

Vertrag gemäß § 140a SGB V

**zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen
und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

zwischen

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

einerseits

und

der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
– nachfolgend KKH genannt –

andererseits

- **gemeinsam Vertragspartner** genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele und Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Teilnahme der Ärzte
- § 5 Beitritt weiterer Krankenkassen
- § 6 Pflichten der Ärzte
- § 7 Pflichten der teilnehmenden Versicherten
- § 8 Pflichten der KV Nordrhein
- § 9 Pflichten der KKH
- § 10 Vergütung, Rechnungslegung
- § 11 Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
- § 13 Begleitung und Weiterentwicklung des Vertrages
- § 14 Datenschutz/Datenübermittlung/Datentransparenz
- § 15 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
- § 16 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Arztes
- Anlage 3 Beitrittserklärung Krankenkasse
- Anlage 4 Modul 1: Eingangsuntersuchung
- Anlage 5 Modul 2: Betreuung von (multimorbiden) Patienten mit einer erhöhten Behandlungsintensität
Anhang 1: Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten
- Anlage 6 Modul 3: Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans
- Anlage 7 Modul 4: Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen
- Anlage 8 Modul 5: Besondere Versorgung in Pflegeheimen (unbesetzt)
- Anlage 9 Modul 6: Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
- Anlage 10 Modul 7: (unbesetzt)
- Anlage 11 Modul 8: (unbesetzt)
- Anlage 12 Modul 9: (unbesetzt)
- Anlage 13 Dokumentation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Haus- und Pflegeheimbesuchen
- Anlage 14 Dokumentation Medikationsplan
- Anlage 15 Anforderung Medikations-Übersicht (unbesetzt)
- Anlage 16 Technische Anlage (unbesetzt)

Anmerkung:

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

Präambel

Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag über die besondere Versorgung der Versicherten der KKH gemäß § 140a SGB V die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV Nordrhein sowohl im Bereich der hausärztlichen als auch der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen KKH und der 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.

Durch den demografischen Wandel, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie weitere Einflussfaktoren nimmt die Zahl der Patienten, die kontinuierlich und umfassend medizinisch betreut werden müssen, zu. Insbesondere multimorbide Patienten nehmen einen immer größeren Raum und mehr Zeit in der Arztpraxis für die komplexe Behandlung ihres Erkrankungszustandes ein. In diesen Fällen manifestiert sich der besondere Betreuungsaufwand, z. B. durch die unabdingbare und genaue Kenntnis des Krankheitsbildes und -geschehens, der verordneten medizinischen Therapien, der verordneten Arzneimittel etc. für die Behandlung des jeweiligen Patienten im Sinne einer fachgruppenübergreifenden, ganzheitlichen Betreuung.

Ziel soll es daher sein, eine entsprechende Kombination aus medikamentöser, persönlicher, psychosozialer Betreuung sowie weiterer Maßnahmen, wie z. B. präventiver Leistungen, zu erreichen, die aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig ergänzen. Hierfür bedarf es einer entsprechenden Ausweitung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie psychotherapeutischen Behandlung im Bezirk der KV Nordrhein, um den stetig steigenden Herausforderungen in der medizinischen Versorgung gerecht zu werden.

Gleichzeitig sollen hierdurch Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden, indem unnötige stationäre Einweisungen, Arznei- und Heilmittelverordnungen sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten verringert und die dadurch entstehenden Kosten reduziert werden.

§ 1

Ziele und Gegenstand des Vertrages

- 1) Personen mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität, insbesondere im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung. Als besonders betreuungsintensive Patienten werden diejenigen Personen verstanden, die einer umfassenden, kontinuierlichen und engmaschigen Betreuung und hierbei insbesondere auch der Versorgung mit Arzneimitteln bedürfen. Zur Optimierung der Versorgung dieser Versicherten soll daher zunächst die Rolle der haus- und fachärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt und dadurch den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen in verstärktem Maße Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V). Zur Erhöhung der Beratungs- und Behandlungsintensität stellen die teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement für ihre Patienten zur Verfügung. Ein besonderer Fokus fällt dabei 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. 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 Haus- und Pflegeheimbesuchen legt. Die Vertragspartner haben eine Übersicht mit besonders betreuungsintensiven Krankheiten (Anhang 1 zu Modul 3) vereinbart, in welchem insbesondere Erkrankungen aufgeführt sind, die in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie in der psychotherapeutischen Behandlung von einer erhöhten Betreuungsintensität geprägt sind und eine umfassende und kontinuierliche Versorgung durch den behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt sowie Psychotherapeuten erfordern. Hierzu soll die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen verbessert werden, indem Doppeluntersuchungen oder stationäre Aufenthalte vermieden werden.

- 2) Auch die Ausstellung und Überprüfung von Medikationsplänen wird mit diesem Vertrag verfolgt, in dem alle von den Ärzten verordneten Arzneimittel sowie die Selbstmedikation erfasst werden. Durch die regelmäßige Überprüfung des Medikationsplans werden die Versicherten bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente unterstützt und das weitere behandelnde Fachpersonal über die medikamentöse Einstellung der Versicherten informiert. Durch diese transparente Darstellung der Arzneimittelversorgung wird die mehrfache Verordnung wirkungsgleicher Medikamente sowie mögliche Neben- bzw. Wechselwirkungen von Medikamenten reduziert bzw. vermieden (Anlage 6 Modul 3).
- 3) Ergänzend zu den besonders betreuungsintensiven Erkrankungen sind für die Erbringung der Leistungen nach den Modulen dieses Vertrages der individuelle Gesundheitszustand sowie der medizinische Bedarf des Versicherten ausschlaggebend. Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in der Anlage 5 (Anhang 1) aufgeführten Krankheiten geeignet sind, die besondere Behandlungsintensität und kontinuierliche Betreuung in der Versorgung abzubilden. Soweit ein Anpassungsbedarf, insbesondere aufgrund von Änderungen der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM) durch das DIMDI besteht, werden sich die Vertragspartner einvernehmlich auf eine Änderung der Anlage 5 (Anhang 1) im Schriftverkehr verständigen und diese Änderungen umsetzen.
- 4) Zur Erreichung der Ziele dieses Vertrages haben die Vertragspartner, entsprechende Module als Anlagen zu diesem Vertrag vereinbart. Die Vertragspartner sind sich einig, darüber hinaus weitere Module zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung als Anlage zu diesem Vertrag zu vereinbaren.
- 5) Weiterhin streben die Vertragspartner die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen an. Dies soll durch eine gezielte Förderung von Besuchsleistungen durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten erfolgen, und dadurch eine qualifizierte ambulante Versorgung vor Ort während und außerhalb der Sprechstunden ermöglicht werden. Insbesondere durch die Vermeidung von Krankentransporten und Krankenhauseinweisungen sollen zudem Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

- 6) Darüber hinaus beabsichtigen die Vertragspartner, den Dialog über die Vereinbarung einer qualitätsgesicherten medizinischen und pflegerischen Versorgung aufzunehmen. Hierzu zählen insbesondere auch der Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen allen an der Versorgung Beteiligten zu etablieren und die erforderlichen Strukturen für eine kooperative und koordinierte Zusammenarbeit gemeinsam mit dem Pflegeheim zu fördern.
- 7) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- 1) Dieser Vertrag gilt für Versicherte der KKH, die ihre Teilnahme an dem Vertrag gemäß Anlage 1 erklärt haben. Diese weisen ihren Anspruch durch Vorlage ihrer elektronischen Gesundheitskarte oder durch Übergabe eines Überweisungsscheins (Muster 6 der Vordruckvereinbarung) nach. § 19 BMV-Ä gilt entsprechend.
- 2) Dieser Vertrag gilt für alle Hausärzte/Fachärzte/Psychotherapeuten gemäß § 4, die die dort genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme gemäß Anlage 2 erklärt haben. Diese werden im Folgenden „Arzt“ bzw. „Ärzte“ genannt.

§ 3 Teilnahme der Versicherten

- 1) Teilnahmeberechtigt sind alle bei der KKH versicherten Personen mit besonderer oder schwieriger und langwieriger Erkrankungen sowie multimorbider Krankheitsbilder, die eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität erfordern und/oder die die Teilnahmevoraussetzungen aus den Modulen erfüllen. Grundlage für die Einschätzung, ob eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, ist die zwischen den Vertragspartnern gemeinsam erstellte Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten (Anhang 1 zu Anlage 5), die eine umfassende und kontinuierliche Versorgung durch den Arzt erfordern. Zur Feststellung, inwiefern eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, die die Teilnahme an diesem Vertrag ermöglicht, führt der Arzt zunächst eine Eingangsuntersuchung (Anlage 4) im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot dieses Vertrages durch.

- 2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KKH (**Anlage 1**). Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEWE). Das Original der TEWE wird durch den behandelnden Arzt wöchentlich an die jeweils zuständige Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein übersandt und von dort aus wöchentlich an die KKH weitergeleitet. Der behandelnde Arzt dokumentiert die Teilnahme in der Patientenakte durch Kennzeichnung des Patienten mit der SNR 95000 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 95001 (Patienten, die im Pflegeheim leben). Die Praxis sowie der Versicherte erhalten jeweils eine Kopie der TEWE. Die Kopie der TEWE des Versicherten soll in der Patientenmappe aufbewahrt werden. Darüber hinaus werden die Vertragspartner die Übermittlung der TEWE in elektronischer Form im Jahr 2018 umsetzen. Auf dieser Basis wird die KV Nordrhein ein Verzeichnis über die eingeschriebenen Versicherten erstellen und führen. Dieses Verzeichnis stellt die KV Nordrhein der KKH monatlich über einen sFTP-Server oder einem anderen, mit der KKH abgestimmten und dem Datenschutz genügendem Verfahren, zur Verfügung. Über die Details der Übermittlung verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich. Gleichzeitig wird die KV Nordrhein der KKH das Original der TEWE in elektronischer Form wöchentlich zur Verfügung stellen.
- 3) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt worden sind.
- 4) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die KKH den Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- 5) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der KKH ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals kündigen.
- 6) Die KKH wird die KV Nordrhein unverzüglich über den Widerruf oder die Kündigung und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit des Widerrufs oder der Kündigung, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die KKH den Arzt über die KV Nordrhein ohne schuldhafte Verzögerung nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Leistungen nach diesem Vertrag.

- 7) Eine gleichzeitige Teilnahme an diesem und weiteren Verträgen der KKH zur besonderen Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen ist zur Vermeidung einer Doppelversorgung ausgeschlossen. Sollte ein Versicherter einmalig zwischen zwei Verträgen wechseln wollen, kann die KKH ihm nach ihrem Ermessen aus diesem Grund bezüglich des alten Vertrags ein außerordentliches Kündigungsrecht einräumen.
- 8) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet auch
- mit dem Wegfall einer besonderen Behandlungsintensität gemäß Anlage 5 bzw. der Teilnahmevoraussetzungen aus den Modulen,
 - mit dem Ende der Versicherung bei der KKH,
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - bei Beendigung des Vertrages.

§ 4 Teilnahme der Ärzte

- 1) Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem Vertragsarzt/Psychotherapeuten angestellten Ärzte, die ihren Praxissitz im Bezirk der KV Nordrhein haben sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bezirk der KV Nordrhein Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Ausgenommen sind hiervon Ärzte der Fachgruppen, die keine direkten Arzt-Patientenkontakte haben. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
- 2) Um an diesem Vertrag teilzunehmen, müssen die Ärzte viermal jährlich an einem Qualitätszirkel oder einer vergleichbaren Fortbildung mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft teilnehmen und gegenüber der KV Nordrhein nachweisen. Hierzu zählen auch Qualitätszirkel und Fortbildungen, die aufgrund anderer vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig besucht werden und u. a. die Versorgung behandlungsintensiver Patienten zum Gegenstand haben. Für die Teilnahme an den Qualitätszirkeln und Fortbildungen gelten die Regelungen der KV Nordrhein.

- 3) Mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 2) beantragen die Ärzte gemäß Absatz 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag und erkennen die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an. Die Teilnahmeerklärung reicht der Arzt bei der jeweils für den Praxissitz zuständigen Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein ein.
- 4) Nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KV Nordrhein sowie Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Arzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung. Die Teilnahme beginnt mit der Erteilung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- 5) Darüber hinaus müssen die Ärzte
 - Besuche im häuslichen Umfeld sowie im Pflegeheim anbieten und durchführen sowie
 - den Medikationsplan unter Einbindung der Selbstmedikation ausstellen und überprüfen und bei Bedarf die von anderen Ärzten verordneten Arzneimittel im Rahmen der Multimedikation und die Priscus-Liste berücksichtigenum Leistungen nach den Modulen 1 bis 4 durchzuführen und abzurechnen.
- 6) Um Leistungen nach den Modulen erbringen und abrechnen zu können sind die gegebenenfalls in den Anlagen genannten Voraussetzungen zu erfüllen und gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.
- 7) Die teilnehmenden Ärzte können ihre Teilnahme an dem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigung ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals.
- 8) Die Teilnahme des Arztes am Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit,
 - der Feststellung der KV Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gemäß § 12,
 - dem Ende dieses Vertrages.

§ 5

Beitritt weiterer Krankenkassen

- 1) Der Beitritt von weiteren Krankenkassen ist mit einer Frist von zwei Monaten vor Beginn eines Quartals möglich. Die Krankenkasse zeigt ihren Beitrittswunsch schriftlich (Anlage 3) gegenüber den im Rubrum genannten Vertragspartnern an. Der Beitritt erfolgt im Einvernehmen der Vertragspartner. Die Vertragspartner erklären innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Anlage 3 bei der KV Nordrhein bzw. KKH schriftlich, ob sie mit dem Beitritt einverstanden sind. Mit dem Beitritt erklärt die beitretende Krankenkasse ihr Einverständnis mit sämtlichen Regelungen dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
- 2) Beigetretene Krankenkassen haben kein Recht zur Änderung dieses Vertrages. Absatz 1 Satz 5 gilt, bei Änderungen dieses Vertrages, entsprechend.
- 3) Die beigetretene Krankenkasse kann ihre Teilnahme an dem Vertrag unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die Krankenkasse den Arzt über die KV Nordrhein nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch gegen die kündigende Krankenkasse für Leistungen nach diesem Vertrag. (bis zur Bekanntmachung)

§ 6

Pflichten der Ärzte

- 1) Der Arzt hat gegenüber den teilnehmenden Versicherten folgende Pflichten:
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 - Optimierung von Behandlungsabläufen,
 - Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versichertenzufriedenheit,
 - Umfassende Beratung, Information und Aufklärung des Versicherten über die Versorgungsinhalte dieses Vertrages sowie die Pflichten des Versicherten gemäß § 7,
 - Persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin,
 - Einholung der Erklärung des Versicherten gemäß Anlage 1 und Weiterleitung an die KV Nordrhein,

- Durchführung einer Eingangsuntersuchung gemäß Anlage 4 inklusive Anamnese im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot dieses Vertrages,
 - Beratung und Aufklärung des Versicherten über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils,
 - Sektor- und/oder arztgruppenübergreifende Therapieplanung und Festlegung des Behandlungsprozesses in Abstimmung mit dem Versicherten,
 - Aufklärung und Motivation des Versicherten zur Inanspruchnahme präventiver und rehabilitativer Maßnahmen,
 - Durchführung von Beratungsgesprächen bei Patienten mit besonders schwerwiegenden und langwierigen Krankheiten bzw. multimorbiden Krankheitsbildern,
 - Zusammenstellung und Aushändigung einer individuellen Patientenmappe mit allen Informationen und Angaben des Versicherten (z. B. Kopie der TEWE des Versicherten, Medikationsplan, Befunde),
 - Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen,
 - Ausstellung und Überprüfung von Medikationsplänen,
 - Behandlung multimorbider Patienten nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (z. B. Leitlinie Multimorbidität).
- 2) Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 erfolgt die patientenindividuelle Versorgung der Versicherten im Rahmen der nach diesem Vertrag vereinbarten Anlagen.

§ 7

Pflichten der teilnehmenden Versicherten

Die Versicherten verpflichten sich grundsätzlich mit der Teilnahme

- die vereinbarten Termine beim Arzt einzuhalten,
- die ärztlichen Anweisungen im Rahmen des Therapieplans einzuhalten und diesen nicht ohne Absprache mit dem Arzt abzuändern,
- durch andere Ärzte verordnete oder privat beschaffte Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhauseinweisungen dem Arzt mitzuteilen,
- die vom Arzt verordneten Arzneimittel entsprechend des Behandlungsplans einzunehmen und bei Unverträglichkeiten/Komplikationen den Arzt zeitnah zu kontaktieren,
- die Patientenmappe zu allen Terminen und Untersuchungen der behandelnden Ärzte mitzuführen und alle hierin enthaltenen Unterlagen und Informationen vorzuhalten.

§ 8

Pflichten der KV Nordrhein

- 1) Die KV Nordrhein veröffentlicht den Vertrag in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Teilnahmevoraussetzungen und der weiteren Pflichten der an der Vertragsumsetzung interessierten Ärzte.
- 2) Die KV Nordrhein informiert die Ärzte umfassend und unverzüglich über Änderungen im Rahmen dieses Vertrages. Sie wirkt darauf hin, dass Ärzte, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie unterstützt die teilnehmenden Ärzte insbesondere bei der Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel.
- 3) Die KV Nordrhein erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Dieses Verzeichnis stellt die KV Nordrhein der KKH monatlich über einen sFTP-Server oder einem anderen, mit der KKH abgestimmten, dem Datenschutz genügenden Verfahren, zur Verfügung. Über die Details der Übermittlung verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich. Eine Übersicht der teilnehmenden Ärzte kann auf der Homepage der KV Nordrhein und der KKH veröffentlicht werden. Die teilnehmenden Ärzte sind mit der Veröffentlichung ihres Namens, der Praxisadresse, der Fax-/Telefonnummer und ggf. der Internetadresse einverstanden.
- 4) Die KV Nordrhein übernimmt die Durchführung des Teilnahme- und Genehmigungsverfahrens gemäß § 4 sowie die Abrechnung der in diesem Vertrag geregelten vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen, die diesbezügliche Vergütung der Ärzte sowie die Rechnungsstellung gegenüber der KKH.

§ 9

Pflichten der KKH

Die KKH prüft die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Teilnahme des jeweiligen Versicherten an dem Versorgungsangebot nach diesem Vertrag und bestätigt der KV Nordrhein durch Übersendung des (ggf. korrigierten) Teilnahmeverzeichnisses das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bei ihren Versicherten. Die KKH informiert ihre Versicherten über die Inhalte des Vertrages sowie mögliche Änderungen.

§ 10

Vergütung, Rechnungslegung

- 1) Die teilnehmenden Ärzte rechnen die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung gegenüber der KV Nordrhein versichertenbezogen entsprechend der in den Anlagen enthaltenen Regelungen ab.
- 2) Die Vergütungen für Leistungen nach diesem Vertrag werden durch die KKH außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert und den Ärzten durch die KV Nordrhein als Einzelleistung vergütet.
- 3) Die gleichzeitige Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen aus diesem Vertrag und dem EBM oder weiterer Versorgungsverträge ist ausgeschlossen. Im Übrigen verbleibt es bei den für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Grundsätzen.
- 4) Die KV Nordrhein weist die Leistungen dieses Vertrages gegenüber der KKH im Rahmen der Rechnungslegung im Formblatt 3 unter dem Konto 400; Kapitel 90.5 bis zur 6. Ebene aus. Für den Zahlungsverkehr gelten die zwischen der KV Nordrhein und der KKH vereinbarten Regelungen der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung.
- 5) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungskostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils geltenden Fassung.
- 6) Für die Abrechnungsunterlagen 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.
- 7) Ergänzend zu den Abrechnungsunterlagen (Rechnung und Formblatt 3) erhält die KKH quartalsweise einen gesonderten Nachweis über die insgesamt an die teilnehmenden Ärzte gezahlten Vergütungen gemäß den Anlagen des Vertrages.
- 8) 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.

§ 11

Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen

- 1) Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, gelten die gesetzlichen Regelungen entsprechend. In diesen Fällen werden sich die Vertragspartner bilateral verständigen. Die Ärzte haben den erhöhten Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.

- 2) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich gemäß §§ 12, 70 SGB V, eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung vorzunehmen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet und sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- 1) Die KV Nordrhein kann im Einvernehmen mit der KKH bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann sowie bei Verstößen gegen gesetzliche, vertragsärztliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen neben gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits gezahlter Vergütung für abrechnete Leistungen, wenn diese in direktem Zusammenhang mit dem Pflichtverstoß stehen und/oder
 - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.

- 2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher vorheriger Zustimmung der KKH möglich.

§ 13

Begleitung und Weiterentwicklung des Vertrages

- 1) Die Vertragspartner tauschen sich quartalsweise über die Umsetzung sowie die Auswirkungen dieses Vertrages im Hinblick auf die Verbesserung der Strukturen und der Versorgung von Patienten mit besonderen bzw. langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Erkrankungsbildern sowie in Bezug auf die Stärkung der haus- und fachärztlichen Versorgung aus. Zu diesem Austausch gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme, insbesondere der in den Anlagen aufgeführten Leistungen durch die teilnehmenden Versicherten. Weitere, zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns noch in der Entwicklung befindliche Versorgungsinhalte werden in den quartalsweisen Austausch einbezogen.
- 2) Die Vertragspartner behalten sich eine Evaluation, hinsichtlich der angestrebten Zielsetzung des Vertrages 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 beschriebenen Zielsetzungen erreicht und insbesondere die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Entwicklung der Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen konkret erzielt werden konnten. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden dieses Vertrages nachweisbar sein.
- 4) Unter Berücksichtigung der Akzeptanz und des Entwicklungsstandes 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.

§ 14

Datenschutz/Datenübermittlung/Datentransparenz

- 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 Ver-

tragspartner 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. Ab dem 25. Mai 2018 sind die Vorgaben nach der EU-DSGVO zu erfüllen.
- 3) Eine statistische und ggf. wissenschaftliche Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten.

§ 15

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2018 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Abrechnungsquartals, erstmals zum 31.12.2018, gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden. Abweichend davon können die Anlagen 5 bis 16 einzeln von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Abrechnungsquartals gekündigt werden.
- 2) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund 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.
- 3) Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche – insbesondere aufsichtsrechtliche – Maßnahmen (§ 89 SGB IV), einem Vertragspartner die Durchführung des Vertrages oder einzelner Vertragsbestandteile ganz oder teilweise untersagt oder eine Untersagung droht. Die durch eine gerichtliche Entscheidung oder behördliche Maßnahme betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der ge-

richtlichen Entscheidung bzw. die Bestandskraft der behördlichen Maßnahme abzuwarten oder dagegen Rechtsmittel oder Rechtsbehelfe einzulegen.

- 4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- 5) Im Falle einer Kündigung werden die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten sowie die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Weise über die Folgen der Kündigung informiert. Die Art und Weise der Information nach Satz 1 werden die Vertragspartner einvernehmlich festlegen.

§ 16

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.

Düsseldorf, Hannover, den 22.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein



Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Dr. med. Carsten König, M. San.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**Kaufmännische Krankenkasse
KKH**



Klaus Böttcher
Hauptabteilungsleiter

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



Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung

zum Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Vertragsziele von der Einschreibung profitieren kann.

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und –fristen der besonderen Versorgung informiert hat.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich freiwillig und kostenfrei an der besonderen Versorgung teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der besonderen Versorgung bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen kann.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei meiner Krankenkasse versichert bin. Mein behandelnder Arzt wird von mir über einen Kassenwechsel informiert.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung, Widerrufsbelehrung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.
- ich der Weitergabe aller Daten der verordneten Arzneimittel an den behandelnden Arzt im Zusammenhang mit der Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans und der Dokumentation der Ergebnisse zustimme, sofern ich mindestens fünf zu Lasten der GKV verordnungsfähige Fertigarzneimittel dauerhaft und zeitgleich einnehme.
- **ich weiß, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.**
- **ich weiß, dass die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse mir eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben meiner Krankenkasse nicht mehr benötigt werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein führt.

Zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Zu 2.: Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihren Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Original für die Krankenkasse, 1. Kopie für den Versicherten, 2. Kopie für die Praxis

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Ort, Datum / Unterschrift Versicherter – BetreuerIn – Bevollmächtigte/r

Anlage 2: Teilnahmeerklärung des Arztes

zum Vertrag gem. § 140a SGB V zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

Für Ärzte/Psychotherapeuten der Bezirksstelle Düsseldorf:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung-
40182 Düsseldorf
Fax: 0211 5970 8574

Für Ärzte/ Psychotherapeuten der Bezirksstelle Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung-
50668 Köln
Fax: 0221 7763 6550

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-/Psychotherapeuten-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt/Psychotherapeut:		
Durchführung der besonderen Versorgung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o. g. Versorgungsstärkungsvertrag der

- AOK Rheinland/Hamburg
 Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
 DAK-Gesundheit

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Regelungen des Vertrages (insbesondere die Nutzung des Portals der KV Nordrhein) in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen. Mir sind die Abrechnungsbedingungen und Voraussetzungen aus dem Vertrag und seinen Anlagen bekannt.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkassen, mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkassen einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein und der Krankenkassen.
4. Die ggf. erforderlichen Voraussetzungen zur Abrechnung der in den Anlagen genannten Leistungen

- füge ich diesem Antrag bei oder
 wurden bereits nachgewiesen und liegen der KV Nordrhein vor.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Anlage 3: Beitrittserklärung Krankenkasse

**zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

zurücksenden an:

.....
.....
.....
.....

Fax-Nr.:

Beitrittserklärung

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____ **Fax:** _____

VKNR: _____

Beitritt zum: _____ (Bitte Datum einfügen!)

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum o. g. Vertrag zwischen der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH und der KV Nordrhein. Die beitretende Krankenkasse lässt alle Regelungen des Vertrages uneingeschränkt gegen sich gelten.

Datum

Stempel Krankenkasse / Unterschrift Vorstand

Anlage 4: Modul 1 Eingangsuntersuchung

zum Vertrag gem. § 140a SGB V zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1

Eingangsuntersuchung/ Feststellung der medizinischen Voraussetzungen/Compliance

Zur Feststellung, inwiefern eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, führt der Arzt zunächst eine Eingangsuntersuchung im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot des Versorgungsstärkungsvertrages (§ 6 Abs. 1 des Vertrages) durch, sofern der Versicherte dem Arzt nicht aus der laufenden Behandlung bekannt ist und die für die Teilnahme an diesem Vertrag relevante Erkrankung festgestellt werden soll. Die Eingangsuntersuchung enthält die folgenden Leistungen:

Obligatorische Leistungen:

- Anamnese (Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils, Vorerkrankungen etc.),
- Einschreibung des Versicherten in das Versorgungsangebot des Versorgungsstärkungsvertrages,
- Versand der TEWE des jeweiligen Versicherten zur Teilnahme an der Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein an die KV Nordrhein,
- Dem Prinzip der „sprechenden Medizin“ folgend, Erstellung eines Therapieplans gemeinsam mit dem Versicherten, in dem verschiedene an die individuelle Betreuungsintensität angepasste Maßnahmen, z. B. in Bezug auf die Lebensführung, präventive Maßnahmen besprochen werden. Hierzu zählt auch die Verständigung auf Kontrolltermine, damit der Behandlungsprozess beobachtet werden kann und ggf. Anpassungen an dem Therapieplan vorgenommen werden können.
- Beratung und Aufklärung über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils für den Versicherten.

Fakultative Leistungen:

- Überprüfung des Impfstatus sowie die Beratung über die eventuell bestehende Notwendigkeit präventive Maßnahmen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen oder weitere Impfungen, durchzuführen.
- Fachbezogene klinische Untersuchung.
- Indikationsspezifische Labordiagnostik.
- Puls, Blutdruck-Messung

§ 2

Vergütung und Abrechnung

- 1) Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistung	Vergütung	SNR
Eingangsuntersuchung gemäß § 1 und/oder Einschreibung des Versicherten	5,00 €	95002

- 2) Die Eingangsuntersuchung kann während der Teilnahme des Versicherten an dem Vertrag nur einmal von dem einschreibenden Arzt abgerechnet werden.

Anlage 5: Modul 2
Betreuung von (multimorbiden) Personen mit einer
erhöhten Behandlungsintensität

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1

Grundsätze

Personen mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität, insbesondere im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung. Als besonders betreuungsintensive Patienten werden diejenigen Personen verstanden, die einer umfassenden, kontinuierlichen und engmaschigen Betreuung bedürfen. Um diesem erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Versorgung gemäß § 1 Abs. 1 und § 6 des Vertrages gerecht zu werden sowie die Behandlung insgesamt zu verbessern, führt der Arzt regelmäßig Betreuungsgespräche mit dem Versicherten sowie ggf. seiner Angehörigen durch, in dessen Rahmen folgende Inhalte enthalten und besprochen werden:

- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Optimierung von Behandlungsabläufen,
- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versichertenzufriedenheit,
- Umfassende Beratung, Information und Aufklärung des Versicherten über die Versorgungsinhalte dieses Vertrages sowie die Pflichten des Versicherten gemäß § 7,
- Persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin,
- Einholung der Erklärung des Versicherten gemäß **Anlage 1** und Weiterleitung an die KV Nordrhein,
- Beratung und Aufklärung des Versicherten über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils,
- Therapieplanung und Festlegung des Behandlungsprozesses in Abstimmung mit dem Versicherten,

- Aufklärung und Motivation des Versicherten zur Inanspruchnahme präventiver und rehabilitativer Maßnahmen,
- Durchführung von Beratungsgesprächen bei Patienten mit besonders schwerwiegenden und langwierigen Krankheiten bzw. multimorbiden Krankheitsbildern,
- Zusammenstellung und Aushändigung einer individuellen Patientenmappe mit allen Informationen und Angaben des Versicherten (z. B. Kopie der TEWE des Versicherten, Befunde).

§ 2

Vergütung und Abrechnung

- 1) Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.
- 2) Die Höhe der jeweiligen Vergütungspauschale ergibt sich in Abhängigkeit vom Umfang des erhöhten ärztlichen Aufwandes im jeweiligen Behandlungsfall je Quartal.

Leistung	Vergütung	SNR
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 1 für betreuungsintensive Patienten (mindestens eine gesicherte Diagnose je Indikationsgruppe gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	3,00 €	95101
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 2 für betreuungsintensive Patienten (je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	6,00 €	95102
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 3 für betreuungsintensive Patienten (je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus drei unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	9,00 €	95103

<p>Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 4 für betreuungsintensive Patienten</p> <p>(je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus vier oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)</p>	<p>12,00 €</p>	<p>95104</p>
--	----------------	--------------

- 3) Die Abrechnung und Vergütung der besonderen Betreuung nach den SNR 95101 bis 95104 setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gemäß Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Weitere Voraussetzung hierfür ist, dass bei den teilnehmenden Versicherten in dem jeweiligen Quartal von dem Arzt mindestens eine Erkrankung gemäß des Anhang 1 zu dieser Anlage (Übersicht der betreuungsintensiven Krankheiten) gesichert, endstellig nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung durch den behandelnden Arzt festgestellt und behandelt worden ist. Eine Abrechnung der SNR 95101 bis 95104 kann nicht erfolgen, wenn die besondere Versorgung im Rahmen dieses Moduls im jeweiligen Behandlungsquartal nicht erfolgte.
- 5) Die KV Nordrhein und die KKH überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung entsprechend der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V.
- 6) Die Indikationsgruppen, die zugehörigen ICD-10-GM-Schlüssel sowie die Zuordnung der Indikationsgruppen zu den jeweiligen Vergütungspauschalen ergeben sich aus dem Anhang zu dieser Anlage.
- 7) Die Abrechnung derselben Vergütungspauschale für einen Patienten durch mehrere Ärzte derselben Arztgruppe im jeweiligen Quartal ist ausgeschlossen, es sei denn, eine Mit-/Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder Auftragsleistung eines Arztes derselben Arztgruppe ist aus medizinischen Gründen erforderlich (§ 24 Abs. 4 BMV-Ä). Hiervon sind die Fälle ausgenommen, in denen kein schuldhaftes Verhalten des Arztes vorliegt.
- 8) Sofern sich einzelne Indikationsgruppen aus medizinischer Sicht ausschließen, ist eine Abrechnung dieser Indikationsgruppen nebeneinander nicht möglich.
- 9) Die gleichzeitige Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen aus dieser Anlage und dem EBM oder weiterer Versorgungsverträge, z. B. DMP Verträge, Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, ist ausgeschlossen.

Anhang 1 zu Anlage 5: Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten

zum Vertrag gem § 140a SGB V zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

Indikation / ICD-10-Code	Bezeichnung
Anämien - Indikationsgruppe 1	
D46.0	Refraktäre Anämie ohne Ringsideroblasten, so bezeichnet
D46.1	Refraktäre Anämie mit Ringsideroblasten
D46.4	Refraktäre Anämie, nicht näher bezeichnet
D46.7	Sonstige myelodysplastische Syndrome
D46.9	Myelodysplastisches Syndrom, nicht näher bezeichnet
D59.0	Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie
D59.1	Sonstige autoimmunhämolytische Anämien
D59.2	Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie
D59.4	Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien
D59.6	Hämoglobinurie durch Hämolyse infolge sonstiger äußerer Ursachen
D59.8	Sonstige erworbene hämolytische Anämien
D59.9	Erworbene hämolytische Anämie, nicht näher bezeichnet
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien
Atherosklerose - Indikationsgruppe 2	
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
chronische Niereninsuffizienz - Indikationsgruppe 3	
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
chronische respiratorische Insuffizienz - Indikationsgruppe 4	
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]

J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
chronischer Schmerz - Indikationsgruppe 5	
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
Depression - Indikationsgruppe 6	
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
Folgen eines Schlaganfalls - Indikationsgruppe 7	
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten
Hemiplegie / Hemiparese - Indikationsgruppe 8	
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
Krankheiten der Atmung und der Atmungsorgane - Indikationsgruppe 9	
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: FEV1 <35 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.01	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 35 % und < 50 % de s Sollwertes
J44.02	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 50 % und < 70 % de s Sollwertes
J44.03	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >= 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: FEV1 <35 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.12	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.13	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 70 % des Sollwertes
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; [vor 2016]: Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes; [vor 2016]: Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.83	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >= 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; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.91	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.92	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.93	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes; [vor 2016]: Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >= 70 % des Sollwertes
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J47	Bronchiektasen
J98.2	Interstitielles Emphysem
J98.3	Kompensatorisches Emphysem
Pulmonale Herzkrankheit - Indikationsgruppe 10	
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.1	Kyphosklotische Herzkrankheit
I27.2-	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie

I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße
Tetraparese / Tetraplegie - Indikationsgruppe 11	
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.60	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
G82.61	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
G82.62	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
Lebererkrankungen - Indikationsgruppe 12	
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
K74.0	Leberfibrose
K74.1	Lebersklerose
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
Komplikationen und Zustand nach Transplantationen - Indikationsgruppe 13	
T86.5-	Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates
T86.50	Durchblutungsstörung eines Hauttransplantates
T86.51	Nekrose eines Hauttransplantates
T86.52	Verlust eines Hauttransplantates
T86.59	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates
T86.8-	Versagen und Abstoßung sonstiger transplantierte Organe und Gewebe
T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges
T86.88	Versagen und Abstoßung: Sonstige transplantierte Organe und Gewebe

T86.9	Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organs und Gewebes; [vor 2016]: Versagen und Abstoßung eines nicht näher bezeichneten transplantierten Organes und Gewebes
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik
Z94.8-	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

Anlage 6: Modul 3
Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1

Grundsätze

1. Bei Versicherten, die 5 und mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden, wird ein Medikationsplan erstellt. Der Medikationsplan enthält möglichst sämtliche Arzneimittel inkl. Selbstmedikation. Hierbei sollen auch die Arzneimittel-Verordnungen anderer behandelnder Ärzte des Versicherten mit einbezogen werden. Dazu werden unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt. Bei Versicherten mit besonderen bzw. multimorbiden Erkrankungen soll ein verstärktes Augenmerk auf die Verordnung von Arzneimitteln gelegt werden und eine intensivere Überprüfung des Medikationsplans erfolgen. Daneben soll insbesondere auch auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen der Medikation unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes des Versicherten eingegangen werden und bei Bedarf eine Anpassung/Umstellung der Medikation (Arzneimitteltherapie sowie Selbstmedikation) erfolgen.

2. Der Arzt kann, sofern dies aus medizinischer Sicht erforderlich ist, einmal jährlich sämtliche von dem Versicherten tatsächlich eingenommene Arzneimittel inkl. Selbstmedikation strukturiert erfassen (Anlage 14) und deren mögliche Neben- und Wechselwirkungen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Erfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch den Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden. In der Patientenmappe soll eine Kopie des aktuellen Medikationsplans vorhanden sein, sofern dieser erstellt wurde. Dieser soll dem Ver-

sicherten oder einer Betreuungsperson in einer für diesen verständlichen Form zur Verfügung gestellt und erläutert werden. Einmal jährlich sowie zusätzlich bei Bedarf, z. B. aufgrund von Änderungen der Arzneimittelverordnungen, kann eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Medikationsplans vorgenommen werden.

3. Daneben kann bei Bedarf die Priscus-Liste bei der Überprüfung der Medikation älterer Personen herangezogen werden.
 4. Des Weiteren beabsichtigen die Vertragspartner im Rahmen des Moduls zur Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans eine Medikamenten-Übersicht aller verordneten Arzneimittel aller behandelnden Ärzte des Versicherten zu implementieren. Künftig sollen hierdurch bereits in der Vergangenheit verordnete Arzneimittel sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen Berücksichtigung bei der Überprüfung/Umstellung der Medikation finden.
- 1) Die Abrechnung und Vergütung des Medikationsplans setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gem. Anlage 1 erklärt haben.

§ 2

Vergütung und Abrechnung

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe. Voraussetzung für eine Abrechnung ist, dass im Medikationsplan mindestens 5 Arzneimittel gelistet sind.

Leistung	Vergütung	SNR
<p>Überprüfung des Medikationsplans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausstellung bzw. Überprüfung der Arzneimittelverordnungen inkl. der Selbstmedikation des Versicherten - Überprüfung möglicher Neben-/Wechselwirkungen der auf dem Medikationsplan aufgeführten Medikamente - Berücksichtigung, sofern erforderlich und vorliegend, der von anderen Ärzten verordneten Arzneimittel - Umstellung der Arzneimittel-Verordnung, sofern dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist - Bereitstellung eines Exemplars für die Patientenmappe <p>Die Abrechnung dieser SNR kann maximal zweimal im Jahr, in unterschiedlichen Quartalen, erfolgen. (Die GOP 01630 sowie die Zuschläge nach dem EBM sind nicht neben der SNR 95021 berechnungsfähig.)</p>	7,00 €	95021

<p>Gesprächspauschale zum Medikationsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Austausch mit einem oder mehreren weiteren behandelnden Ärzten über die Arzneimitteltherapie - Überprüfung inwiefern unter Berücksichtigung dieser weiteren Informationen eine Anpassung der Medikation (Arzneimitteltherapie und Selbstmedikation) erforderlich ist <p>Die Abrechnung dieser SNR kann maximal zweimal im Jahr, in unterschiedlichen Quartalen, erfolgen.</p> <p>(Die GOP 03230 ist nicht neben der SNR 95022 berechnungsfähig.)</p>	<p>10,00 €</p>	<p>95022</p>
--	----------------	--------------

Anlage 7: Modul 4
Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1

Grundsätze

- 1) In den erforderlichen Fällen werden zur ergänzenden Beurteilung des Gesundheitszustandes und zur Behandlung des jeweiligen Patienten Haus- und Pflegeheimbesuche während und außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten durch den teilnehmenden Arzt durchgeführt. Soweit die Indikation dies aus medizinischer Sicht erfordert, werden Dringlichkeitsbesuche durchgeführt.
- 2) Bei der Durchführung der Haus- bzw. Pflegeheimbesuche soll der behandelnde Arzt in den medizinisch erforderlichen Fällen eine Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Bedarfs sowie eine mögliche Anpassung der Behandlung an spezifische Bedingungen vornehmen. Die Dokumentation erfolgt hierbei entsprechend der Anlage 13 und wird bei der weiteren Behandlung, auch der übrigen Module, berücksichtigt.
- 3) Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Haus- und Pflegeheimbesuche sowie Dringlichkeitsbesuche nach den SNR 95009 bis 95020 setzen voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gemäß Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Leistungen nach dieser Anlage können nicht neben folgenden Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Strukturvertrag nach § 73a SGB V a. F. zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Nordrhein nach den SNR 91101, 91112 sowie den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01411B, 01412B und 01415
 - Vertrag § 73a SGB V a. F. über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeheimenrichtungen in Nordrhein nach den SNR 92410, 92411 sowie 92413

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

§ 2

Vergütung und Abrechnung:

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistung	Vergütung	SNR
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	95009
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	95010
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	95019
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	95020
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01411 EBM	40,00 €	95011
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01412 EBM	40,00 €	95012
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01415 EBM	40,00 €	95015
Besuch eines weitere Patienten nach GOP 01413 EBM	12,50 €	95013

Anlage 9: Modul 6
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen
des Diabetes mellitus

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1
Grundsätze

- 1) Durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen soll das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien bei Diabetes mellitus verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

- 2) Hierzu werden innerhalb der definierten Versorgungsfelder
 - Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten
 - Neurologische Komplikation: LUTS
 - Vaskuläre Komplikationen
 - Diabetesleber
 - Nephrologische Komplikationen

in regelmäßigen Abständen Screening-Programme zur Früherkennung durchgeführt. Sofern im Rahmen eines Screenings eine bestimmte Diagnose bestätigt wird, erfolgt die weitere Betreuung entsprechend der Leitlinien und der unter §§ 3 – 7 beschriebenen Inhalte.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

- 1) Um Leistungen nach diesem Modul erbringen und abrechnen zu können, müssen die Ärzte die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:
 - a) Der Arzt soll durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal betreuen.
 - b) Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung bzw. Genehmigung:
 - Versorgungsfeld 1: Vorhaltung des Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung sowie Stimmgabel und Monofilament
 - Versorgungsfeld 2: Vorhaltung bzw. Ausstellung eines Miktionstagebuches für den Patienten (diverse kostenfreie Vorlagen im Internet verfügbar)
 - Versorgungsfeld 3: Vorhandensein eines Taschendopplers bzw. Genehmigung zur Durchführung der Doppler- oder semiautomatischen Blutdruckmessung (DINAMAP) bzw. anderer Pulssensoren
 - Versorgungsfeld 4: Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der abdominellen Sonographie und der erforderlichen Labordiagnostik (Leberwertbestimmung)
 - Versorgungsfeld 5: Vorhaltung von Urin-Teststreifen zur Darstellung des Mikroalbumin-Kreatinin-Quotienten sowie ggf. die Durchführung weiterer labordiagnostischer Leistungen.
 - c) Der Arzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken nach diesem Modul vertraut.

- 2) Um Leistungen nach diesem Modul durchführen und abrechnen zu können, müssen die Voraussetzungen entsprechend Abs. 1. erfüllt sein, die der Arzt gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen hat.

- 3) Die Abrechnung und Vergütung der besonderen Betreuung nach den SNR 95040 bis 95082 setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gem. Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Die Leistungen dürfen nur bei Versicherten mit bereits gesicherter Diabetesdiagnose durchgeführt werden.
- 5) Das jeweilige Modul darf nicht durchgeführt werden, wenn die entsprechenden Abrechnungsdiagnosen des Screening-Programms bei positivem Befund bereits bekannt sind. Sie gelten als bekannt, wenn der teilnehmende Arzt sie in den vorhergehenden letzten 4 Quartalen mindestens einmal gesichert kodiert hat.

§ 3

Versorgungsfeld 1: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

Im Rahmen dieses Programms wird zunächst die Schweißsekretion mittels geeignetem Testpflaster bestimmt und eine ausführliche körperliche Untersuchung unter obligater Verwendung einer Stimmgabel sowie eines Monofilamentes durchgeführt (Screening).

Bei Feststellung einer diabetischen Polyneuropathie wird der Untersuchungsbefund ausführlich mit dem Versicherten besprochen. Hierzu gehört auch eine Aufklärung über die Risiken und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden kann. Danach erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabetes-einstellung.

Bei einer vorliegenden diabetischen Polyneuropathie wird im Rahmen der anschließenden Weiterbetreuung der Verlauf der Erkrankung kontrolliert; bspw. die gründliche Fußinspektion.

§ 4

Versorgungsfeld 2: Neurologische Komplikation: LUTS

Im Rahmen des Screenings erfolgt eine gezielte Befragung, bspw. zu Miktionsstörungen und Miktionsfrequenz unter Einbindung eines 48h-Protokolls (sog. Miktionstagebuch).

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung kontrolliert, dabei wird insbesondere der Erfolg der empfohlenen Therapie thematisiert.

§ 5

Versorgungsfeld 3: Vaskuläre Komplikationen

Zum Untersuchungsprogramm (Screening) gehören eine ausführliche Anamnese und die sorgfältige klinische Untersuchung mit geeigneten Untersuchungsmethoden (Durchführung der ABI-Methode mittels Taschendoppler, semiautomatischem System etc.) mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte.

Anschließend erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung. Mit dem Versicherten werden Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart, z. B. Gewichtsreduktion bei Übergewicht.

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst.

§ 6

Versorgungsfeld 4: Diabetesleber

Inhalt des Screenings ist eine Untersuchung und Interpretation der Leber/Leberwerte mit geeigneten Untersuchungsmethoden (obligate sonographische Untersuchung der Leber).

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst.

§ 7

Versorgungsfeld 5: nephrologische Komplikationen

Das Screening umfasst die Untersuchung mit einem spezifisch für die Darstellung des Mikroalbumin-Kreatinin-Quotienten geeigneten Urin-Teststreifen oder Veranlassung einer dem entsprechenden labormedizinischen Untersuchung.

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert.

In diesem Zusammenhang wird das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue nachverfolgt und die Ziele ggf. angepasst.

§ 8

Vergütung und Abrechnung:

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistungen zum Versorgungsfeld 1: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten	Vergütung	SNR
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: G59.0, G63.2, G99.0 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95040

Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - G59.0, G63.2, G99.0 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95041
Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung Kann nur im gleichen Quartal zusammen mit der SNR 95040 abgerechnet werden.	17,00 €	95042
Leistungen zum Versorgungsfeld 2: Neurologische Komplikation: LUTS		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95050
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95051
Leistungen zum Versorgungsfeld 3: vaskuläre Komplikationen		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: I70.2- sowie zusätzlich ein Code aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95060
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - I70.2- sowie zusätzlich ein Code aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95061
Leistungen zum Versorgungsfeld 4: Diabetesleber		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: K77.8 sowie zusätzlich ein Code aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95070

Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - K77.8 sowie zusätzlich ein Code aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95071
Leistungen zum Versorgungsfeld 5: nephrologische Komplikationen	Vergütung	SNR
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4 oder N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, sowie zusätzlich ein Code aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95080
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - N18.1, N18.2, N18.3, N18.4 oder N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, sowie zusätzlich ein Code aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95081
Teststreifen Mikroalbuminurie Nur neben der SNR 95080 und 95081 je Fall max. 1x je Versorgungsfeld 5 und nicht neben der GOP 32135 abrechenbar.	2,00 €	95082

Grundsätzlich gilt, dass das jeweilige Screening-Programm

- nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden kann,
- nicht abgerechnet werden kann, wenn dieses in einem der letzten drei Quartale abgerechnet wurde und
- im Quartal nicht neben dem jeweiligen Weiterbetreuungsprogramm abgerechnet werden kann.

Für das jeweilige Weiterbetreuungsprogramm gilt, dass dieses

- maximal zweimal je Krankheitsfall abgerechnet werden kann (jedoch in unterschiedlichen Quartalen),
- nur abrechenbar ist, wenn in einem der drei vorhergehenden Quartale das jeweilige Screening-Programm (mit auffälligem Untersuchungsbefund) abgerechnet wurde.

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

Anlage 13: Dokumentation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Haus- und Pflegeheimbesuchen

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

1. Allgemeine Angaben zum Besuch

Datum und Uhrzeit: _____

Ort des Besuchs: zu Hause Pflegeheim

2. Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Patienteneinschätzung: gut mittel schlecht

Arzteinschätzung: gut mittel schlecht

Medikationsplan: vorhanden nicht vorhanden
 wird neu ausgestellt bzw. angepasst

Stimmungslage: zufrieden unglücklich depressiv

Ernährungszustand: adipös normal schlecht

Versorgung gewährleistet? ja nein
 folgende Maßnahmen erforderlich: _____

3. Besondere Angaben zum Gesundheitszustand

Größe: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____ Puls: _____

Insuffizienzzeichen: Beinödeme Luftnot

Schmerzen: akut chronisch Lokalisation: _____

Wunden: akut chronisch rezidivierend bekannt
 folgende Maßnahmen erforderlich:

Injektionen: s.c. i.m.

Laborabnahme: insb. folgende Parameter: _____

Besonderheiten/Anmerkungen: _____

Geplante Maßnahmen: Folgebesuch Weiterleitung an Facharzt/Pflegeheim/Krankenhaus
 Gespräch mit Angehörigen Sonstiges: _____
 medizinische Maßnahmen: _____

Ort, Datum

Stempel Arzt und Unterschrift

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

Anlage 14: Dokumentation Medikationsplan

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen
und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

I. Erfassung der Arzneimitteltherapie (verschreibungspflichtig)

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund

Hinweis: Die Tabelle soll nicht ausgefüllt werden, da diese Angaben bereits in dem Medikationsplan in der PVS enthalten sind.

Ergebnis des Beratungsgesprächs

- Arzneimitteltherapie ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich
 Arzneimitteltherapie wurde nach Beratungsgespräch wie folgt angepasst
- Anzahl Fertigarzneimittel vor der Analyse: ____ Anzahl Fertigarzneimittel nach der Analyse: ____
- Umstellung der Arzneimitteltherapie
- Umstellung/Anpassung der Dosierungen
 Reduzierung der Anzahl Fertigarzneimittel
 Umstellung der Anzahl Fertigarzneimittel
 Interaktionsrisiken wurden reduziert
 PRISCUS-Arzneimittel konnten vermieden werden
 Sonstiges: _____
- Einbindung weiterer __ (Anzahl) verordnender Ärzte bei
- Umstellung/Anpassung der Dosierungen
 Reduzierung der Anzahl Fertigarzneimittel
 Umstellung der Anzahl Fertigarzneimittel
 Interaktionsrisiken wurden reduziert
 PRISCUS-Arzneimittel konnten vermieden werden
 Sonstiges: _____
- Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer behandelnder Ärzte.

Kommentar: _____

II. Erfassung der Selbstmedikation

Wirkstoff	Handelsname	Stärke/ Form	Grund der Einnahme	Einnahmehäufigkeit	Tagesdosis/ Einheit	Hinweise
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Ergebnis des Beratungsgesprächs

- Selbstmedikation ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich
 Selbstmedikation wurde nach Beratungsgespräch angepasst

Umstellung der Arzneimitteltherapie

Umstellung/Anpassung der Dosierungen

Reduzierung der Wirkstoffe

Umstellung der Wirkstoffe

Sonstiges: _____

Einbindung weiterer behandelnder Ärzte bei

Umstellung/Anpassung der Dosierungen

Umstellung/Reduzierung der Wirkstoffe

Sonstiges: _____

Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer behandelnder Ärzte

Kommentar: _____

Zusammenfassung I und II

Ich wurde ausführlich über die Art, den Umfang und die Notwendigkeit der Änderungen des Medikationsplans (Arzneimitteltherapie und Selbstmedikation) informiert und beraten.

Arztstempel

Datum

Unterschrift Versicherter



Kaufmännische
Krankenkasse

Besondere Versorgung

Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein (ab 01.01.2018)

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot „Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein“ teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Für KKH-Versicherte mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Erkrankungen, sowie mehrfachen sog. multimorbiden Krankheitsbildern, ermöglicht die KKH Ihnen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität innerhalb der haus- und fachärztlichen Versorgung. Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte werden Ihre Teilnahmevoraussetzungen prüfen und alle Details mit Ihnen gemeinsam besprechen. Ausschlaggebend für die Erbringung der Leistungen nach den Modulen dieses Vertrages sind der individuelle Gesundheitszustand sowie der medizinische Bedarf.

Der teilnehmende Arzt koordiniert diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen. Er optimiert die Behandlungsabläufe und nimmt eine umfassende Beratung, Information und Aufklärung über die Versorgungsinhalte dieses Vertrages vor.

Mögliche Behandlungsmodule können sein:

- Eingangsuntersuchung
- Betreuung von (multimorbiden) Patienten mit einer erhöhten Behandlungsintensität
- Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplanes
- Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen
- Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Die Sektor- und/oder arztgruppenübergreifende Therapieplanung und Festlegung des Behandlungsprozesses erfolgt in Abstimmung mit Ihnen.

Ihre Teilnahme

Teilnehmen können alle KKH-Versicherten. Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnen der Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung.

Ihre Teilnahme beginnt mit der Unterschrift. Damit diese Versorgung ein Erfolg wird, ist es auch an Ihnen, einen Beitrag zu leisten. Das bedeutet grundsätzlich für Sie:

- Sie nehmen vereinbarte Termine bei Ihrem Arzt wahr,
- Sie halten ärztliche Anweisungen im Rahmen des Therapieplans ein und ändern diese nicht ohne Absprache mit Ihrem Arzt,
- Sie teilen ihm mit, wenn andere Ärzte Ihnen Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel verordnen,
- Sie nehmen die vom Arzt verordneten Arzneimittel entsprechend des Behandlungsplans ein und suchen bei Unverträglichkeiten/Komplikationen zeitnah einen Arzt auf,
- Sie bringen Ihre Patientenmappe zu den Terminen und Untersuchungen mit.

Belehrung zum Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KKH kündigen. Die außerordentliche Kündigung bleibt hiervon unberührt. Ihre Teilnahme ist bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündbar. Ein wichtiger Grund ist z.B. ein Wohnortwechsel oder ein nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten- bzw. Psychotherapeuten-Patienten-Verhältnis.

Ihre Teilnahme endet automatisch

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der KKH bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit Ende des Vertrages,
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.

Ihre Teilnahme endet dagegen nicht automatisch, wenn der Arzt/Psychotherapeut nicht mehr an dem Vertrag teilnimmt. In diesem besonderen Fall können Sie ebenfalls die Teilnahme beenden oder bei einem anderen Leistungserbringer weiter versorgt werden.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Sie sind damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über Sie und Ihre Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen Ihrer Teilnahme zur optimalen Abstimmung Ihrer Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Merkblatt zum Datenschutz wurde Ihnen ausgehändigt.



Kaufmännische
Krankenkasse

Besondere Versorgung

Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein (ab 01.01.2018)

Datenschutzmerkblatt

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die ab Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet!

Datenschutzhinweis: Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert.

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und mit Ihrer datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur Durchführung der Versorgung benötigt die KKH die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, wie Ihren Namen, Ihre Identifikationsnummer und das Einschreibedatum, die Ihr Arzt von Ihnen als Teilnehmer erhebt und an die KKH weiterleitet.

Mit Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des für die Versorgung Erforderlichen durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird seitens des Arztes geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung die korrekte Abrechnung und leitet diese an die KKH weiter.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die KKH als Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs werden eingehalten. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen wird durch den Datenschutzbeauftragten der KKH überwacht.

Wenn die Versorgung abgeschlossen ist oder Sie die Beendigung Ihrer Teilnahme erklären oder aus anderen Gründen nicht weiter am Versorgungsstärkungsvertrag teilnehmen, werden Ihre Teilnehmerdaten gelöscht, sobald sie nicht mehr für die Vergütung der bis dahin erbrachten Leistungen sowie die Vertragsabwicklung benötigt werden.