

**Vertrag gemäß § 73a SGB V
zur Weiterentwicklung der Strukturen
bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern
in der Region Rheine**

zwischen der

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Robert-Schimrigk-Str.4-6

44141 Dortmund

- nachfolgend "KVWL" -

und

der AOK NORDWEST, Dortmund

– handelnd als Landesverband – (Bereich West)

– nachfolgend „Krankenkasse“ genannt –

im Benehmen mit

dem Ärzte-Verbund Rheine e.V.,

Nasigerstrasse 17

48432 Rheine

– nachfolgend „Praxisnetz“ genannt –

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziele

§ 2 Geltungsbereich

§ 3 Teilnahme der Vertragsärzte

§ 4 Teilnahme der Versicherten

§ 4a Einschreibe- und Datenprozess

§ 5 Aufgaben der KVWL

§ 6 Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

§ 7 Operative Aufgaben des Praxisnetzes

§ 8 Aufgaben der Krankenkassen

§ 9 Vergütung

§ 10 Abrechnung

§ 11 Projektausschuss

§ 12 Datenschutz

§ 13 Beitritt weiterer Krankenkassen

§ 14 Inkrafttreten, Kündigung und Haftung

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit

§ 16 Schlussbestimmungen

Anlagen

- Anlage 1: Teilnehmendes Praxisnetz
- Anlage 2: Teilnahmeerklärung für Ärzte
- Anlage 3: Teilnahmeerklärung für Versicherte
- Anlage 4: Elektronisches Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte
- Anlage 5: Arztentlastende/r Versorgungsassistent/-innen
- Anlage 6: Vergütung/Abrechnung des Praxisnetzes
- Anlage 7: Vertragscontrolling
- Anlage 8: Beigetretene Krankenkassen

Erläuterungen:

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

„Entlastende Versorgungsassistentinnen“ sind weibliche und männliche entlastende Versorgungsassistenten.

Präambel

Die Vertragspartner verfolgen das Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung von Versicherten in Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Dabei stimmen die Vertragspartner darin überein, dass eine dauerhaft effiziente und hohen Qualitätsansprüchen genügende medizinische Versorgung nur gelingt, wenn die verschiedenen Versorgungssektoren besser als bisher zusammenwirken. Auf Grundlage des § 73a SGB V schaffen die Vertragspartner im Rahmen einer Erprobung eine ausbaufähige Struktur, an die perspektivisch weitere vertragliche Regelungen zu Pflegeheimen und Krankenhäusern in den Regionen angeknüpft werden können. Im Mittelpunkt des Projektes steht die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Umgesetzt wird diese durch das vor Ort verantwortlich tätige Praxisnetz, das in der **Anlage 1** genannt ist. Dem Praxisnetz obliegt die Organisation und Erreichbarkeit versorgender Netzärzte sowie die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Vorrangiges Ziel ist es, zum Wohle der Pflegeheimbewohner unnötige und belastende Krankenhauseinweisungen zu verhindern. Grundsätzlich soll die Versorgung der Patienten im Pflegeheim vorausschauend-proaktiv und nicht ausschließlich anlassbezogen erfolgen, um schwierige Notfallsituationen zu vermeiden.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und bestehende Verträge zur gesetzlichen Regelversorgung bleiben unberührt. Anliegen der Vertragspartner ist es, mit dem vorliegenden Vertragswerk zukunftsfähige Versorgungsstrukturen in vertrauensvoller Zusammenarbeit zu etablieren.

Dieses Vertragswerk führt den bestehenden Vertrag der Integrierten Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region weiter und orientiert sich an dem im Rahmen des so genannten „MGEPA-Projektes Pflegeheimbewohner“ Mitte 2014 für Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna abgeschlossenen Vertragswerk. Die Grundkonstruktion ist zurückzuführen auf eine Initiative des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V, in dem Vertreter des Landes Nordrhein-Westfalen, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weitere Beteiligte vertreten sind. Das gemeinsame Landesgremium hatte empfohlen, die Versorgung von Pflegeheimbewohnern in den Fokus zu rücken.

§ 1

Ziele

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verbessern durch aufeinander abgestimmte Leistungen und ein aktives Schnittstellenmanagement Qualität und Effizienz der Versorgung von Pflegeheimbewohnern nachhaltig. Dies soll insbesondere durch folgende Instrumente erreicht werden:
1. Heimbefuche der Vertragsärzte während und außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten,
 2. Bereitschaftsdienste der Vertragsärzte,
 3. Anlassbezogene Befuche der Vertragsärzte,
 4. Nicht anlassbezogene Regelvisiten der Vertragsärzte,
 5. Quartalsgespräche,
 6. Einsatz von entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA),
 7. Identifizierung und Betreuung von Hochrisikopatienten,
 8. Einleitung prophylaktischer Maßnahmen,
 9. Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit,
 10. Indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung,
 11. Optimierung der Kommunikationsstrukturen,
 12. Kooperation mit der Pflegeberatung der beteiligten Krankenkassen,
 13. Aufbau geriatrischer Fachkompetenz.
- (2) Die Vertragsteilnehmer verpflichten sich zu einer engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit. Dies gilt insbesondere für den zeitnahen Austausch erforderlicher Informationen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der Versicherten sowie des Schnittstellenmanagements.
- (3) Die Vertragsteilnehmer erklären sich bereit, gemeinsam Kommunikationsleitfäden und verbindliche Prozessabläufe bei medizinischen Notfällen zu implementieren. Die Vertragsteilnehmer erarbeiten und etablieren Handlungsabläufe unter Berücksichtigung ihrer Einflussmöglichkeiten zu ausgewählten kritischen Bereichen der pflegerischen und medizinischen Versorgung auch im sektorenübergreifenden Zusammenhang.
- (4) Die Vertragsteilnehmer verpflichten sich zur gemeinsamen Erarbeitung und Etablierung von Strukturen zur Schaffung von Qualitätstransparenz und Qualitätssicherung.

- (5) Etwaige Meinungsverschiedenheiten sollen im Sinne dieser Vereinbarung einvernehmlich beigelegt werden. Im Übrigen gelten die Regelungen nach § 11 zum Projektausschuss.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für alle im Bereich der KVWL niedergelassenen Vertragsärzte, die ihren Vertragsarztsitz (Zulassung und Hauptbetriebsstätte) in der Region Rheine haben (siehe Postleitzahlen in **Anlage 1**) und Mitglied eines Praxisnetzes in dieser Region sind, das an diesem Vertrag teilnimmt und in der **Anlage 1** aufgeführt ist.
- (2) Als niedergelassene Vertragsärzte i. S. des Abs. 1 gelten auch die bei niedergelassenen Ärzten angestellten Ärzte.

§ 3

Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Vertragsärzte i. S. d. § 2 Abs. 1 und 2 beantragen ihre Teilnahme durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 2** gegenüber der KVWL über das Praxisnetz. Die KVWL prüft, ob der Vertragsarzt die weiteren Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt. Bei angestellten Ärzten übernimmt der anstellende Vertragsarzt die Einschreibung.

- (2) Für eine Teilnahme bestehen folgende Anforderungen, die der KVWL gegenüber jeweils nachzuweisen sind:
1. Mitgliedschaft im Praxisnetz nach Anlage 1,
 2. Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und/oder E-Mail-Adresse, wobei die Faxnummer und/oder die E-Mail-Adresse dem Praxisnetz und der KVWL mitgeteilt werden,
 3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Anschrift der Betriebsstätte(n), Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse in einem öffentlichen Verzeichnis der Leistungserbringer auf der Homepage des Praxisnetzes, der Krankenkassen und der KVWL.
- (3) Das Praxisnetz hat die KVWL über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in Abs. 1 und 2 genannten Voraussetzungen betreffen. Erfüllt der Vertragsarzt die Voraussetzungen gemäß Abs. 1 und 2 nicht mehr, beendet die KVWL in Absprache mit den beteiligten Krankenkassen nach vorheriger Anhörung des Vertragsarztes dessen Teilnahme. Gleiches gilt, wenn der Vertragsarzt gegen ihm vertraglich auferlegte wesentliche Verpflichtungen verstößt.
- (4) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme am Vertrag schriftlich gegenüber der KVWL über das Praxisnetz kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Quartalsende. Die Teilnahme am Vertrag endet automatisch mit Beendigung der Zulassung oder Anstellung. Das Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Kündigt ein Vertragsarzt, hat er die von ihm betreuten Versicherten mindestens vier Wochen vor Teilnahmeende über sein Ausscheiden zu informieren. Unabhängig von den Regelungen zur Kündigung ist die Teilnahme des Arztes auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, in dem dieser – gleich aus welchem Rechtsgrund – zwischen den Vertragspartnern endet.
- (5) Die Kündigung der Teilnahme an diesem Vertrag durch einzelne Vertragsärzte gegenüber der KVWL oder durch die KVWL gegenüber einzelnen Vertragsärzten hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen dieses Vertrages zwischen den Vertragspartnern.

§ 4

Teilnahme der Versicherten

- (1) An den Leistungen dieses Vertrages können die Versicherten der vertragschließenden Krankenkasse teilnehmen, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Geltungsbereich dieses Vertrages leben und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in dieser vollstationären Pflegeeinrichtung innehaben und von einem an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt (hausärztlich) betreut werden. Die Regelungen gelten nicht für Patienten, die sich zur Verhinderungspflege (§39 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§42 SGB XI) im Pflegeheim aufhalten.
- (2) Voraussetzung für die Teilnahme eines Versicherten nach Absatz 1 ist dessen schriftliche Teilnahmeerklärung (vgl. **Anlage 3**). Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet
 1. mit dem Ende der Versicherung bei der Krankenkasse,
 2. sofern die (haus-)ärztliche Betreuung nicht mehr von einem an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarzt durchgeführt wird, wobei eine Übernahme der (haus-)ärztlichen Betreuung durch einen anderen an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarzt möglich ist,
 3. mit dem Tag vor Beginn der vergütungswirksamen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung oder an dem Vertrag unter Berücksichtigung des § 132d SGB V zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld in Westfalen-Lippe (Palliativvertrag) teilnimmt,
 4. durch die Kündigung des Versicherten. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen. Die jeweilige Krankenkasse wird die Vertragspartner über die Beendigung der Teilnahme informieren. Eine erneute Teilnahme ist bei Vorliegen der Voraussetzungen möglich. Das Recht des Patienten auf Widerruf seiner Teilnahme ist hiervon unberührt,
 5. bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes an einen Ort außerhalb der vollstationären Pflegeeinrichtung.
- (4) Das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl wird nicht eingeschränkt.

- (5) Die vergütungswirksame Teilnahme an einem Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V schließt eine Teilnahme am vorliegenden Vertrag aus. Gleiches gilt für die Teilnahme am Palliativvertrag bzw. an Verträgen nach § 119b SGB V.

§ 4a

Einschreibe- und Datenprozess

- (1) Der Vertragsarzt organisiert die Einschreibung des Versicherten (Teilnahmeerklärung nach **Anlage 3**) und leitet die Teilnahmeerklärung im Original unverzüglich an das Praxisnetz weiter, eine Kopie der Teilnahmeerklärung verbleibt beim Patienten und in der jeweiligen Arztpraxis. Das Praxisnetz übersendet zeitnah die Teilnahmeerklärung an die KVWL. Die KVWL stellt der Krankenkasse die Daten der Einschreibung als Excel-Tabelle über einen SFTP-Server (Secure File Transfer Protocol) zeitnah zur Verfügung. Auf Anforderung der jeweils zuständigen Krankenkasse stellt die KVWL die eingescannten Teilnahmeerklärungen der zuständigen Krankenkasse zur Verfügung. Die Originale verbleiben im Rahmen der Aufbewahrungsfrist bei der KVWL.
- (2) Die KVWL übermittelt vorab die ungeregelten Abrechnungsdaten (Symbolnummern aus diesem Vertrag sowie die abgerechneten Besuchsziffern des EBM für die teilnehmenden Versicherten) analog § 295 SGB V elektronisch spätestens 6 Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals an die Krankenkasse. Die endgültige Abrechnung erfolgt gem. § 10 des Vertrages.

§ 5

Aufgaben der KVWL

- (1) Die KVWL führt ein elektronisches Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte („Arztverzeichnis“), welches Anlage des Vertrages ist (vgl. **Anlage 4**). Die Anlage ist regelmäßig zu aktualisieren. Teilnahmeerklärungen von Vertragsärzten und Austritte von Vertragsärzten sind einzupflegen. Mindestens quartalsweise ist das Arztverzeichnis den Krankenkassen als Excel-Datei zur Verfügung zu stellen. Im Quartal nach Vertragsbeginn ist diese Datei wöchentlich zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die KVWL überprüft stichprobenhaft das Fortbestehen der Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte während der Dauer des Vertrages.

- (3) Die KVWL informiert die Krankenkassen über die Beendigung der Teilnahme eines Vertragsarztes an dieser Vereinbarung im Rahmen der Übermittlung des elektronischen Arztverzeichnisses.

§ 6

Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

- (1) Den Vertragsärzten kommt im Rahmen des Versorgungskonzeptes eine zentrale Rolle zu. Sie sind erste Ansprechpartner für Patienten, deren Familie, deren Bezugspersonen oder gesetzliche Vertreter sowie der Pflegeeinrichtungen. Die teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen in Abstimmung mit den beteiligten Haus- und Fachärzten und Pflegeeinrichtungen die Koordination der medizinischen Versorgung der Pflegeheimbewohner. Die Vertragsärzte übernehmen insbesondere innerhalb ihres Praxisnetzes die Steuerung der medizinischen Versorgung der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Versicherten. Die Vertragsärzte des Praxisnetzes stellen in ihren Praxen die medizinische Betreuung ihrer Patienten während der üblichen Sprechstunden/Hausbesuchszeiten sicher.
- (2) Maßnahmen nach § 6 Abs. 3 bis 13 sind obligatorisch. Das Praxisnetz entscheidet, ob es Maßnahmen
- nach § 6 Abs. 14 und 15 (Alternative 1) oder
 - nach § 6 Abs. 15 und 16 (Alternative 2) oder
 - nach § 6 Abs. 14, 15 und 16 (Alternative 3)
- umsetzt. Die Umsetzung einer der genannten Alternativen ist obligatorisch. Das Praxisnetz meldet den Vertragspartnern vor Inkrafttreten des Vertrages schriftlich, welche Alternative in der Region umgesetzt wird. Ein Wechsel zwischen den Alternativen innerhalb der Laufzeit dieses Vertrages ist nicht ausgeschlossen; er ist der Krankenkasse unverzüglich anzuzeigen.
- (3) **Information der Patienten.** Die Vertragsärzte informieren ihre Patienten, die die Kriterien zur Teilnahme an diesem Vertrag erfüllen und motivieren sie zur Teilnahme.
- (4) **Dokumentation im Pflegeheim.** Die Vertragsärzte wirken auf eine nachvollziehbare Dokumentation hin. Der Datenschutz ist dabei zu wahren. Einzelheiten über die Form sind über Praxisnetz und Pflegeheime zu regeln.

- (5) **Heimbesuche.** Die Vertragsärzte verpflichten sich zu mindestens 2 Heimbesuchen/persönlichen Kontakten je Versicherten und Quartal. Für die Vergütung von Besuchen von Patienten in einem Pflegeheim gelten die Regelungen des EBM, soweit in den Anlagen und Anhängen zu dieser Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist.
- (6) **Vertretungsregelungen.** Die Vertragsärzte verpflichten sich zur Abstimmung gegenseitiger Vertretungsregelungen und sind mit der anlassbezogenen Mitbehandlung ihrer Patienten durch teilnehmende Vertragsärzte einverstanden.
- (7) **Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit.** Die Vertragsärzte berücksichtigen die einschlägigen Regelungen zur Pharmakotherapie insbesondere bei älteren chronisch kranken und multimorbiden Patienten. Zu Beginn der Teilnahme des Versicherten ist dazu vom einschreibenden Vertragsarzt die Medikation zu überprüfen und ein Medikamentenbedarfsplan aufzustellen. Spätestens alle 6 Monate hat eine Überprüfung der Medikation hinsichtlich Medikamentenplan und Medikamentenbedarfsplan stattzufinden. Die Pharmakotherapie ist durch konsequente Arzneimittelauswahl und -dosierung zu optimieren (siehe z.B. „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten“).
- (8) **Fortbildung.** Jeder Vertragsarzt nimmt mindestens einmal jährlich an einer von der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsmaßnahme mit hausärztlichen Inhalten oder gleichwertigen Fortbildungen der Kassenärztlichen Vereinigung teil. Die Inhalte der Fortbildung umfassen insbesondere Themen der
- Ambulanten Geriatrie,
 - Demenz,
 - Gerontopsychiatrie,
 - Palliativmedizin,
 - Patientenzentrierten Gesprächsführung,
 - Psychosozialen Betreuung und
 - Schmerztherapie.
- (9) **Qualitätszirkel.** Innerhalb des teilnehmenden Praxisnetzes finden mindestens zweimal jährlich Qualitätszirkel nach KVWL-„Leitlinie-Qualitätszirkel“ statt. Die Teilnahme des Vertragsarztes ist einmal jährlich verpflichtend. Kooperierende Pflegeheime kön-

nen teilnehmen. Für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel erhalten die Vertragsärzte einen Nachweis. Gegenstand der Qualitätszirkelarbeit ist auch die Entwicklung regionaler Versorgungs- und Behandlungspfade für einzelne Krankheitsbilder. Hierzu sollten folgende Krankheitsbilder gehören:

- Arthrosen,
- COPD,
- Demenz,
- Diabetes Mellitus,
- Herzinsuffizienz,
- Hypertonie,
- Niereninsuffizienz,
- Sturzprophylaxe,
- Vorhofflimmern,
- Wunde,
- Zustand nach Apoplex.

- (10) **Identifizierung und Betreuung von Hochrisikopatienten.** Die Krankenkasse kann unter ihren an dieser Vereinbarung teilnehmenden Versicherten Hochrisikopatienten (z. B. Herzinsuffizienzpatienten) identifizieren und benennen. Der Vertragsarzt prüft, ob bei diesen Patienten ein Krankheitsmonitoring installiert und wie die Therapie zwischen Haus- und Fachärzten koordiniert wird. Für einzelne Gruppen von Patienten können dabei regionale Versorgungs- und Behandlungspfade entwickelt werden. Vgl. dazu Abs. 9 zu Qualitätszirkelarbeit.
- (11) **Identifizierung und Einleitung von prophylaktischen Maßnahmen.** Die Vertragsärzte identifizieren bei den von ihnen betreuten Heimbewohnern Risiken, die zu schweren Folgeerkrankungen führen können und leiten in enger Abstimmung mit dem Pflegeheimpersonal entsprechende prophylaktische Maßnahmen ein (z. B. Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Exsikkoseprophylaxe).
- (12) **Quartalsgespräche.** Das Praxisnetz stellt sicher, dass regelmäßig und möglichst quartalsweise mit allen Pflegeheimen, in denen an dieser Vereinbarung teilnehmende Versicherte wohnen, Gespräche geführt werden. In diesen Quartalsgesprächen sollen Optimierungspotenziale in den medizinisch-pflegerischen Prozessen ermittelt und aufgegriffen werden, um zukünftig unnötige Krankenhausfälle zu vermeiden. An den Quartalsgesprächen nehmen maximal 3 Vertreter des Praxisnetzes, Mitarbeiter des

Pflegeheimes – vorzugsweise die Pflegedienstleitung – sowie ggfs. Vertreter der Krankenkasse teil. Quartalsgespräche können in einem allgemeinen Teil Schulungsbau-
steine für die Pflegefachkräfte beinhalten. Einzelheiten sind regional zu regeln.

- (13) **Heimsprechstunde/Nicht anlassbezogene Besuche.** Nicht anlassbezogene Besuche sollten vornehmlich am Freitag oder Samstag stattfinden. Im Rahmen der nicht anlassbezogenen Besuche können auch geriatrische/neurologische Konsile stattfinden. Die teilnehmenden Vertragsärzte vereinbaren dazu in Abstimmung mit dem Pflegeheim feste, regelmäßige Termine zur Betreuung der Versicherten. Einzelheiten sind regional zu regeln.
- (14) **Bereitschaftsdienste der Vertragsärzte.** Es gilt § 6 Abs. 2. Die teilnehmenden Vertragsärzte des Praxisnetzes gewährleisten auch außerhalb der Sprechstunden/Hausbesuchszeiten die medizinische Betreuung der Patienten in der Form, dass mindestens ein an dieser Vereinbarung teilnehmender Vertragsarzt rufbereit ist. Die teilnehmenden Vertragsärzte werden sich über die Sicherstellung dieser Rufbereitschaft untereinander verständigen. Die Rufbereitschaft beginnt um 07:00 Uhr. Sie endet montags bis freitags um 22:00 Uhr und samstags, sonntags sowie an Feiertagen um 20:00 Uhr.
- (15) **Dringende Besuche.** Es gilt § 6 Abs. 2. Die teilnehmenden Vertragsärzte des Praxisnetzes stellen sicher, dass sie auf Veranlassung eines Pflegeheimes, in dem an dieser Vereinbarung teilnehmende Versicherte wohnen, am gleichen Tag Besuche bei Versicherten vornehmen, soweit die Indikation dies aus medizinischer Sicht erforderlich macht. Dies gilt bei nach Abs. 2 gewählter Alternative 2 auch für eine Veranlassung durch die entlastende Versorgungsassistentin.
- (16) **Einsatz von entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA).** Es gilt § 6 Abs. 2. Zur Sicherung der Versorgung, Steigerung der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit gilt es, den Vertragsarzt so zu unterstützen, dass mehr Zeit für die Behandlung der Patienten nutzbar ist. Eine Lösungsoption stellt der Einsatz von entlastenden Versorgungsassistentinnen dar, d. h. der Einsatz von arztunterstützenden, medizinischen Fachkräften zur Gewährleistung einer nachhaltigen, effizienten Patientenbetreuung mit Spezialausbildung im Fallmanagement, welche den Vertragsarzt bei der koordinierten Betreuung seiner Patienten mit Eigenkompetenz unterstützen. Im Fokus liegt dabei die Koordination des Behandlungsgeschehens. Entlastende Versorgungsassistentinnen sind als „verlängerter Arm“ des Vertragsarztes zu verstehen. Es ist

nicht ihre Aufgabe, pflegerisch tätig zu werden und Dienstleistungen der Pflege zu erbringen. Einzelheiten zum Einsatz entlastender Versorgungsassistentinnen sind in **Anlage 5** und der Tätigkeitsbeschreibung des Praxisnetzes für die EVA geregelt.

- (17) **Andere Maßnahmen.** Die Entwicklung weiterer Maßnahmen ist nicht ausgeschlossen.

§ 7

Aufgaben des Praxisnetzes

- (1) Die operative Umsetzung der Versorgungsschwerpunkte wird durch geeignete Maßnahmen der KVWL und des Praxisnetzes im Rahmen eines Kooperationsvertrages sichergestellt.
- (2) Das Praxisnetz organisiert die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag. Diese erfolgt ausschließlich über eine Betriebsstättennummer je Praxisnetz, welche durch die KVWL neu vergeben wird. Auf Basis der von der KVWL geleisteten Zahlungen erfolgt deren Verbuchung und Ausschüttung nach den von den Mitgliedern/Gesellschaftern des Praxisnetzes gefassten Beschlüssen.
- (3) Das Praxisnetz verpflichtet sich insbesondere, die Koordinierung und Umsetzung der Versorgung und die Teilnahme der Vertragsärzte wie folgt vorzunehmen:
 1. Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme für Netzärzte,
 2. Beantwortung und Erledigung von Anfragen der Netzärzte zur Teilnahme,
 3. Organisation der Teilnahme der Netzärzte nach Maßgabe des Vertrages,
 4. Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen von Netzärzten und Weiterleitung an die KVWL,
 5. Versand von Informationsunterlagen an die teilnehmenden Netzärzte,
 6. Organisation und Angebot von netzspezifischen Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln nach § 6 Abs. 9 sowie Ausstellung entsprechender Nachweise über die Teilnahme der Vertragsärzte,
 7. Erfassung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln des Praxisnetzes sowie Information der Krankenkassen über die Teilnehmer der Qualitätszirkel.

- (4) Leistung des Praxisnetzes ist die Umsetzung des Vertrages, ohne dass den Vertragspartnern über die mit diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen hinaus weitere Kosten entstehen.
- (5) Das Praxisnetz kann mit einem nach §§ 108, 109 SGB V zugelassenen Krankenhaus, im Rahmen dieses Vertrages auf Basis einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung sektorübergreifend zusammenarbeiten. Die inhaltliche Ausgestaltung eines solchen Kooperationsvertrages ist mit der Krankenkasse abzustimmen.
- (6) Das Praxisnetz nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten (**Anlage 3**) entgegen und informiert bei Einschreibung oder bei Veränderungen einmal im Monat das jeweilige Pflegeheim. Einzelheiten über die Form und den Turnus der Benachrichtigung (Papier oder als Datei) sind zwischen Praxisnetz und Pflegeheimen zu regeln.
- (7) Das Praxisnetz stellt allen beteiligten Pflegeheimen und ggf. Krankenhäusern im Jahr 2014 quartalsweise bzw. bei Veränderung eine aktuelle Übersicht der teilnehmenden Ärzte zur Verfügung. Einzelheiten über die Form und den Turnus der Benachrichtigung (Papier oder als Datei) sind zwischen Praxisnetz und Pflegeheimen bzw. Krankenhäusern zu regeln.

§ 8

Aufgaben der Krankenkassen

- (1) Ergeben sich aus der Umsetzung sowie Zielsetzung des Vertrages Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V, weist die an diesem Vertrag beteiligte Krankenkasse auf eine Praxisbesonderheit gegenüber den Prüfungsgremien hin.
- (2) Die Krankenkasse beteiligt sich aktiv an der Projekt- und Gremienarbeit sowie der Entwicklung der Maßnahmen nach § 6. Die Krankenkasse unterstützt den Aufbau und die Weiterentwicklung regionaler Strukturen durch geeignete Koordinations-, Beratungs- und Informationsleistungen.
- (3) Die Krankenkasse benennt dem Praxisnetz einen Pflegeberater nach SGB XI als Ansprechpartner.

- (4) Die Krankenkasse informiert ihre Mitarbeiter intern über die Besonderheiten des Vertrages und des Versorgungskonzeptes.
- (5) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten nach § 4 Abs.1 dieses Vertrages über Art und Inhalt dieser Vereinbarung sowie regionale Besonderheiten des Vertrages und des Versorgungskonzeptes. Die Krankenkasse unterstützt die Vertragsärzte bei der Einschreibung ihrer jeweiligen Versicherten.
- (6) Die Krankenkasse kann teilnehmenden Vertragsärzten auf ihren Wunsch hin eine qualifizierte Arzneimittelberatung anbieten.
- (7) Weitere Aufgaben können sich aus der **Anlage 6** für die Region ergeben.
- (8) Die Krankenkasse stellt die notwendigen Informationen für das Vertragscontrolling gemäß **Anlage 7** bereit. Insbesondere stellt sie vorliegende Erkenntnisse über die Entwicklung der Behandlungskosten (z. B. Kosten für Medikamente und Verbandmittel, für Fahrkosten und stationäre Behandlung) der teilnehmenden Patienten in anonymisierter Form zur Verfügung. Über die Veröffentlichung der Controlling- und Evaluationsergebnisse wird einvernehmlich im Projektausschuss nach § 11 entschieden.
- (9) Die Krankenkasse baut Beziehungsstrukturen zu den beteiligten Ärzten vor Ort, der KVWL sowie zu anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren (z. B. Ämter) auf, die eine vertrauensvolle Kooperation im Sinne einer koordinierten Patientenversorgung ermöglichen.
- (10) Die Krankenkasse informiert die KVWL über die Beendigung der Teilnahme eines Versicherten.

§ 9

Vergütung

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen werden nach Maßgabe der jeweils geltenden Honorarvereinbarungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vergütet, soweit nach Absatz 3 keine weitergehenden Vergütungsregelungen getroffen werden.
- (2) Die Vergütung dieses Vertrages wird in **Anlage 6** geregelt.

- (3) Die für die Vergütung nach Absatz 2 notwendigen finanziellen Mittel sollen aus Minder- ausgaben in den übrigen Leistungsbereichen refinanziert werden. Die Vergütungen für die Maßnahmen nach § 6 werden zusätzlich zu den vertragsärztlichen Leistungen (ge- gemäß EBM) außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Krankenkasse gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistun- gen einschließlich erforderlicher Dokumentation abgegolten.
- (4) Bei wesentlichen Anpassungen des EBM, Abschlüssen oder Änderungen von Sonder- verträgen (z.B. Verträge nach § 119b SGB V) und/oder der Honorarverteilung, die die- sen Vertrag berühren, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über das wei- tere Vorgehen.
- (5) Bei einem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten bleibt der Vergütungsanspruch für die bereits erbrachten Leistungen des Vertragsarztes unberührt.
- (6) Nimmt ein Versicherter vergütungswirksam an einer Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V teil, entfällt der Vergütungsanspruch. Gleiches gilt für die teilneh- menden Versicherten am Palliativvertrag bzw. an Verträgen nach § 119b SGB V.

§ 10

Abrechnung

- (1) Die in diesem Vertrag festgelegten Symbolnummern (siehe **Anlage 6**) werden quartals- weise mit der KVWL abgerechnet.
- (2) Diese Symbolnummern werden von der KVWL kassenseitig im Formblatt 3 unter der Kontenart 400 mit einer Ausweisung der Leistung bis zur 6. Ebene erfasst und unter den in den Anlagen zu den einzelnen Handlungsfeldern genannten Symbolnummern aus- gewiesen.

§ 11 Projektausschuss

- (1) Zur Durchführung dieser Vereinbarung, zur Klärung von Auslegungsfragen sowie Beilegung von Meinungsverschiedenheiten wird ein Projektausschuss gebildet. Dem Projektausschuss gehören Vertreter der KVWL und der teilnehmenden Vertragsärzte sowie des Praxisnetzes einerseits sowie andererseits der beteiligten Krankenkasse mit gleicher Stimmenzahl an. Entscheidungen werden einvernehmlich getroffen; sie können auch auf dem Schriftwege herbeigeführt werden.

- (2) Der Projektausschuss trifft sich mindestens zweimal im Jahr. Die Konstituierung erfolgt im dem ersten Quartal nach Vertragsbeginn. Der Projektausschuss erarbeitet eine Geschäftsordnung.

- (3) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Projektausschuss einzuberufen. Jeder Vertragspartner trägt seine Kosten.

- (4) Im Projektausschuss
 1. erhalten die Teilnehmer die Gelegenheit, sich über aktuelle Entwicklungen dieser Vereinbarung auszutauschen,
 2. sollen Themen zu organisatorischen Fragen und zum Schnittstellenmanagement bearbeitet und Vorschläge entwickelt werden können und Empfehlungen für die praxisnahe und zielorientierte Weiterentwicklung dieser Vereinbarung erarbeitet werden, z.B. Arzneimitteltherapiesicherheit,
 3. soll über Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsauslegung entschieden werden.

- (5) Der Projektausschuss berät insbesondere zu Fragen
 1. des Leistungsumfanges,
 2. der einzubindenden qualifizierten Kooperationspartner,
 3. der Qualität der Versorgung,
 4. der Vertragsauslegung und -weiterentwicklung,
 5. der Dokumentation,
 6. der Evaluation und Erfolgsbewertung,

7. der ökonomischen und medizinischen Entwicklung.
- (6) Der Projektausschuss kann Arbeitsgruppen zu den Maßnahmen nach § 6 sowie zum Vertragscontrolling bilden und erarbeitet Vorschläge und Regeln zur Ermittlung von qualitativen und ökonomischen Kennzahlen. Über die Veröffentlichung von Controlling- und Evaluationsergebnissen wird einvernehmlich im Projektausschuss entschieden.
- (7) Der Projektausschuss entscheidet bei Vertragsverletzungen über die Beendigung der Teilnahme eines einzelnen Vertragsarztes und über weitere Maßnahmen.

§ 12

Datenschutz

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

§ 13

Beitritt weiterer Krankenkassen

- (1) Weitere Krankenkassen oder deren Verbände können diesem Vertrag zum Folgequartal der schriftlichen Anzeige gegenüber der KVWL beitreten. Die KVWL informiert die bereits teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Beigetretene Kassen werden in **Anlage 8** zum Vertrag geführt, die durch die Vertragspartner regelmäßig aktualisiert wird.

§ 14

Inkrafttreten, Kündigung und Haftung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2015 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende frühestens zum 31.12.2016 durch schriftliche Erklärung gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden. Kündigt bei mehreren teilnehmenden Krankenkassen nur eine Krankenkasse, so bleibt der Vertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen.
- (4) Auch nach Wirksamwerden der Kündigung wird der Vertrag für zum Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung eingeschriebene Versicherte bis zum vertraglich definierten Abschluss der Behandlung weitergeführt.

§ 15

Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner stimmen die Eckpunkte ihrer Öffentlichkeitsarbeit miteinander ab. Von der Veröffentlichung sind interne Regelungen, insbesondere Fragen der Vergütung, ausgenommen.

§ 16

Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen ganz oder teilweise unwirksam oder nichtig sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder nichtigen Bestimmungen tritt eine zeitnah zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem ursprünglich angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

Dortmund, 16.02.2015

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Dr. med. Gerhard Nordmann
2. Vorsitzender des Vorstandes

Dortmund, 16.02.2015

AOK NORDWEST

Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender

Anlage 1 zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Rheine

Teilnehmendes Praxisnetz

Region Rheine: Ärzte-Verbund Rheine e.V., Nasigerstrasse 17, 48432 Rheine

Postleitzahlenbereich: 48429, 48431, 48432, 48485

Die Vertragspartner können im Einvernehmen den Postleitzahlenbereich ergänzen.

Antrag auf Teilnahme

**zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von
Pflegeheimbewohnern in der Region Rheine**

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund

(bitte über das zuständige Praxisnetzbüro einreichen lassen)

LANR:

BSNR:

Ich bin über die Inhalte des o. a. Vertrages umfassend informiert.

Ich bin mit den Inhalten der o. a. Vereinbarung einschließlich der Anlagen einverstanden und bereit, die mich betreffenden Aufgaben zu übernehmen.

Ich bin Mitglied in dem folgenden Praxisnetz:

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der o. a. Vereinbarung.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt

Vertragsarztstempel

Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region Rheine

Teilnahmeerklärung für Versicherte

- hier nicht abgedruckt. -

Anlage 4 zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region Rheine

Elektronisches Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte

Das elektronische Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte enthält aktuelle Daten zu Titel, Vorname, Name, PLZ, Ort, Straße, Telefonnummer, Fax, E-Mail, Fachgruppe, Beginn und Ende der Teilnahme, LANR, BSNR

- nicht besetzt -

Arztentlastende Versorgungsassistentinnen

§ 1

Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand dieser **Anlage 5** ist der Einsatz von arztentlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA) gemäß **Anhang 1**. Die EVA sind bei dem im Hauptvertrag genannten Praxisnetz oder bei einer Gesellschaft, an der das Praxisnetz beteiligt ist, oder einem Kooperationspartner angestellt.
- (2) Das Primat der ärztlichen Leistungserbringung bleibt bestehen. Innerhalb dieses Selektivvertrages werden Möglichkeiten der Delegation geschaffen. Die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V vom 01.10.2013 gilt entsprechend.
- (3) Das Praxisnetz hat dafür Sorge zu tragen, dass den EVA ausreichend Arbeitszeit zur sorgfältigen Erfüllung Ihrer Aufgaben zur Verfügung steht. Im Allgemeinen ist für die Versorgung von 100 am Hauptvertrag teilnehmenden Pflegeheimbewohnern der Einsatz von mindestens 1,0 Vollzeitäquivalenten einer arztentlastenden Versorgungsassistentin (EVA) vorzusehen; organisatorisch bedingte Abweichungen sind möglich.

§ 2

Geltungsbereich

Der Geltungsbereich ergibt sich aus § 2 des Hauptvertrages.

§ 3

Persönliche Anforderungen an die arztentlastende Versorgungsassistentin

- (1) Die folgenden persönlichen Anforderungen an eine entlastende Versorgungsassistentin (EVA) sind vor Beginn des Einsatzes der EVA gegenüber der KVWL anzuzeigen:
 1. Grundqualifikation
 - a. Abgeschlossene Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung sowie Nachweis der erfolgreich absolvierten Fortbildung „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) der

Akademie für ärztliche Fortbildung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Westfalen-Lippe oder vergleichbare abgeschlossene Zusatzqualifikation bei Einstellung

oder

- b. Ausbildung zur Krankenschwester mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung sowie Nachweis des Weiterbildungsmoduls Patientenbegleitung und Koordination (Case-Management) der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe sowie der Ärztekammer Westfalen-Lippe oder vergleichbare Qualifikation binnen 3 Monaten nach Einstellung
2. Die Anerkennung anderer Grundqualifikationen ist nicht ausgeschlossen. Die Anerkennung ist abhängig vom einstimmigen Votum des Projektausschusses nach § 11 des Hauptvertrages.
- (2) Zur Aufrechterhaltung der Qualifikation der EVAs ist ein regelmäßiger netzübergreifender Erfahrungsaustausch mit arztentlastenden Versorgungsassistent/-innen anderer Praxisnetze sinnvoll. Die KVWL unterstützt hierbei koordinierend.
 - (3) Zudem ist sicherzustellen, dass je nach Grundqualifikation Rezertifizierungskurse belegt werden. Die entsprechenden Nachweise legt das Praxisnetz der KVWL vor.
 - (4) Das Praxisnetz hat die KVWL über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der oben genannten Voraussetzungen betreffen.

§ 4

Sachliche Anforderungen für die Beschäftigung einer arztentlastenden Versorgungsassistentin

Das Praxisnetz, die Gesellschaft, an der das Praxisnetz beteiligt ist, oder der Kooperationspartner stellt sicher, dass ein angemessener Arbeitsplatz und die erforderlichen Arbeitsmaterialien (z.B. medizinische Ausrüstung, Kommunikationsmittel und Bürobedarf) zur Verfügung stehen.

§ 5

Versorgungsauftrag

- (1) Der Versorgungsauftrag erstreckt und beschränkt sich ausdrücklich auf die Versorgung der am Hauptvertrag teilnehmenden Versicherten in Pflegeheimen.
- (2) Der Versorgungsauftrag der EVA umfasst patientenindividuell bedarfsgerecht die nachfolgend aufgeführten Leistungen:
 - a. Indikationsbezogenes Fallmanagement gemäß der nach § 6 Abs. 9 des Hauptvertrages zu erarbeitenden Behandlungspfade (Monitoringprozess, Deeskalationspfad),
 - b. Patientenbetreuung sowie Unterstützung bei der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP),
 - c. Kommunikation zum Bereich medizinisch-pflegerische Maßnahmen mit der Pflegedienstleitung,
 - d. Information an den Hausarzt bei Krankenhauseinweisungen/-entlassungen,
 - e. Unterstützung beim Überleitungsmanagement,
 - f. Schnittstellen- und Terminmanagement zwischen Haus- und Fachärzten sowie anderen an der Versorgung vor Ort Beteiligten,
 - g. Sicherstellung eines rechtzeitigen und transparenten Informationsflusses,
 - h. standardisierte Dokumentation der durchgeführten Aufgaben,
 - i. Medikamentenkontrolle im Sinne eines Soll/Ist-Abgleiches,
 - j. Eingangs-/Re-Assessments,
 - k. Angehörigenunterstützung,
 - l. Vermittlung von Unterstützung durch soziale Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen usw.,
 - m. Durchführung notwendiger Besuche im Pflegeheim.
- (3) Die EVA stellt sicher, dass jeder Versichertenkontakt mit einer Symbolnummer dokumentiert wird, es gelten die §§ 7 und 10 des Hauptvertrages. Die Dokumentation erfolgt gem. **Anlage 6**.
- (4) Im Übrigen gilt § 11 Abs. 6 Nr. 1 des Hauptvertrages.

§ 6

Teilnahme der Versicherten

Die Teilnahme der Versicherten ist vollständig in § 4 des Hauptvertrages geregelt.

§ 7

Schlussbestimmungen

Es gelten die Regelungen des § 16 des Hauptvertrages.

Vergütung/Abrechnung für die Praxisnetze

Symbolnummern für die kontaktabhängige Quartalspauschale für die medizinischen Versorgungsleistungen der Ärzte:

SNR 93551	im Quartal der Einschreibung je Versichertem	90 EUR
SNR 93552	je Folgequartal nach Einschreibung je Versichertem	80 EUR

Symbolnummern für die Einsätze der EVA:

SNR 93555 EVA

Die EVA nimmt ihren Versorgungsauftrag nach § 5 der Anlage 5 des Vertrages unabhängig von einem Kontakt zum Vertragsarzt oder Krankenhaus wahr, beispielsweise Kommunikation / Einschreibung / Dokumentation / Angehörigenunterstützung.

SNR 93556 EVA – Vertragsarzt

Die EVA wird von einem Vertragsarzt im Rahmen ihres Versorgungsauftrages nach § 5 der Anlage 5 des Vertrages zu einer Maßnahme delegiert. Die EVA nimmt im Rahmen ihres Versorgungsauftrages nach § 5 der Anlage 5 des Vertrages nach einer durchgeführten Maßnahme Kontakt mit dem zuständigen Vertragsarzt auf.

SNR 93557 EVA – Krankenhaus

Die EVA wird zu dem Einweisungs- bzw. Entlassmanagement in das bzw. aus dem Krankenhaus beigezogen. Die EVA nimmt in Bezug auf einen Versicherten Kontakt mit einem Krankenhaus auf bzw. veranlasst die Einweisung.

Eine parallele Abrechnung der entsprechenden EBM-Ziffern 03062 und 03063 für Versicherte der beteiligten Krankenkassen ist ausgeschlossen.

Vertragscontrolling

- (1) Die Krankenkasse, das Praxisnetz und die KVWL stellen die notwendigen Informationen für das Vertragscontrolling gemäß diesem Anhang bereit. Die Krankenkasse stellen insbesondere vorliegende Erkenntnisse über die Entwicklung der Behandlungskosten (z. B. Kosten für Medikamente und Verbandmittel, für Fahrkosten und stationäre Behandlung) der teilnehmenden Patienten in anonymisierter Form zur Verfügung (vgl. § 8 Abs. 8 des Vertrages).
- (2) Der Projektausschuss kann Arbeitsgruppen u. a. zum Vertragscontrolling bilden und erarbeitet Vorschläge und Regeln zur Ermittlung von qualitativen und ökonomischen Kennzahlen. Die Krankenkassen führen die entsprechenden Zahlen zusammen. Über die Veröffentlichung von Controlling- und Evaluationsergebnissen wird einvernehmlich im Projektausschuss entschieden (vgl. § 11 Abs. 7 des Vertrages).
- (3) Für ein erstes Controlling werden die nachfolgenden Parameter benannt.

I. Deskriptive Darstellung des Vertragsgeschehens

- Zahl der eingeschriebenen Versicherten
- ...je Pflegeheim
- ...je Zeitraum (Quartal)
- Zahl der ausgeschriebenen Versicherten („Dropouts“) aufgrund Kündigung, Widerruf, Auszug aus dem Pflegeheim, usw..

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

II. Ökonomische Auswirkung

- Häufigkeit der KH-Aufenthalte der eingeschriebenen Pflegeheimbewohner (KH-Aufenthalte im Jahr)
- Dauer der KH-Aufenthalte der eingeschriebenen Pflegeheimbewohner in Tagen
- Häufigkeit der Patienten-Kontakte nach § 6 Abs. 14-16 des Vertrages

Diese Zahlen sind anonymisiert zusammenzustellen und zwischen Krankenkassen, KVWL und Praxisnetz regelmäßig transparent zu machen.

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

Beispiel:

Das Startquartal II/2015 wird zum ersten Mal im November 2015 bewertet.
Das Quartal III/2015 wird im Februar 2016 bewertet. Dabei werden dann auch die Zahlen für das Quartal II/2015 aktualisiert.

- (4) Ziel ist die Erstellung einer Zeitreihe, in der quartalsweise nachgehalten wird, wie häufig KH-Aufenthalte bei Pflegeheimbewohnern vorkommen. Bestenfalls können im historischen Vergleich Trends abgebildet werden.
- (5) Daneben steht es jeder Krankenkasse offen, eine Vergleichsgruppe zu bilden und diese Gruppe gegen die „Verumgruppe“ laufen zu lassen.
- (6) Kosten für Medikamente und Verbandmittel sowie für Fahrkosten werden zeitnah ermittelt. Über den Turnus verständigt sich der Projektausschuss.
- (7) Details und weitere Schritte werden im Projektausschuss beraten.

Anlage 8 zum Vertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in der Region Rheine

Beigetretene Krankenkassen

- nicht besetzt -