



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG VON INTENSIVPFLEGERISCHER VERSORGUNG UND MEDIZINISCHER REHABILITATION IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (INTENSIVPFLEGE- UND REHABILITATIONSSTÄRKUNGSGESETZ – GKV-IPREG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 20. MAI 2020

11. JUNI 2020

INHALT

| | |
|---------------------|----------|
| VORBEMERKUNG | 3 |
|---------------------|----------|

| | |
|--|----------|
| ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH | 4 |
|--|----------|

| | |
|--|---|
| Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 4 SGB V - Außerklinische Intensivpflege/ besonders qualifizierte Vertragsärzte | 4 |
|--|---|

| | |
|---|---|
| Nummer 2: § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V - Regelungsumfang der G-BA-Richtlinie | 5 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nummer 4: § 40 SGB V - Erleichterung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation | 6 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nummer 10 – 13: §§ 111 – 111c SGB V – Schaffung einheitlicher Versorgungs- und Vergütungsverträge für Leistungen der medizinischen Rehabilitation | 7 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Nummer 14: § 132i SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege | 8 |
|---|---|

ANLAGE: MUSTERVERTRAG BEATMUNGSPATIENTEN

VORBEMERKUNG

Die Regelungen des Regierungsentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensivpflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz GKV-IPReG) sollen dazu dienen, die Versorgung von Patienten mit Bedarf an Intensivpflege und medizinischer Rehabilitation zu verbessern. Die KBV bedankt sich für die Übernahme von Hinweisen zum Referentenentwurf, die am 5. September 2019 zur Verfügung gestellt wurden.

Im Bereich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit außerklinischer Intensivpflege stellt der vorgelegte Gesetzentwurf eine maßgebliche Innovation der Versorgungsstrukturen dar. Im Hinblick auf die Intensivpflege ist der Gesetzentwurf überfällig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat im Jahre 2018 darauf hingewiesen, dass die Versorgung von Patienten mit Intensivpflege in vielfacher Hinsicht unzureichend ist. Die im Regierungsentwurf angesprochenen Aspekte der Verordnung, wie auch der Strukturierung des Leistungsangebotes, gehen in die vorgeschlagene Richtung. Regelungen zur Besserstellung stationärer Pflegeeinrichtungen sowie zur verbesserten Überleitung aus dem Krankenhaus in Intensivpflegeeinheiten sind gleichermaßen zu begrüßen.

Im Bereich der Rehabilitation soll der Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Gleichzeitig werden auf Bundesebene verbindliche Vorgaben für Versorgungsverträge vereinbart und die Vergütungssituation verbessert. Durch die Aufhebung des Genehmigungsvorbehalts für geriatrische Rehabilitation und die Einschränkung der Ablehnungsmöglichkeiten für die Krankenkassen wird die Verbindlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung und damit der Zugang zu medizinischer Rehabilitation für Versicherte deutlich gestärkt bzw. verbessert.

Abweichend vom Regierungsentwurf sollten die Anforderungen zur Versorgung der außerklinischen Intensivpflege, soweit und solange sie die vertragsärztliche Versorgung betreffen, im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verabschiedet werden. In Anbetracht des demographischen Wandels und des damit verbundenen Versorgungsbedarfs wird darüber hinaus angeregt, eine besonders qualifizierte und koordinierte geriatrische Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren. Weiterhin sieht es die KBV als erforderlich an, dass die Interessen der Vertragsärzte bei der Vereinbarung der Rahmenempfehlungen nach § 111 Absatz 7 (neu) insoweit gewahrt werden, dass die KBV bei Empfehlungen zur ambulanten bzw. mobilen Rehabilitation beteiligt oder hilfsweise angehört wird. Ambulante Rehabilitation, insbesondere im geriatrischen Bereich, wird auch durch vertragsärztlichen Angebote wohnortnah zur Verfügung gestellt.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ARTIKEL 1: ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 4 SGB V - AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE/ BESONDERS QUALIFIZIERTE VERTRAGSÄRZTE

Die Verordnung der Intensivpflege soll durch besonders qualifizierte Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgen, die im Falle der kontinuierlichen Beatmung oder Trachetomierung ausweislich der Gesetzesbegründung vorzugsweise insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie, Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie, Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin sein sollen.

Bewertung

Aufgrund der Komplexität der Versorgungsaufgabe bei Patienten, die außerklinischer Intensivpflege bedürfen, wird die Schaffung eines eigenen Anspruches auf außerklinische Intensivpflege in Form des neuen § 37c SGB V außerordentlich begrüßt.

Beatmungspflichtige Patienten bilden sicherlich die größte Gruppe der Patienten mit außerklinischem Intensivpflegebedarf in dieser sehr heterogenen Patientengruppe. Da nicht alle Ursachen der Organverschlechterung pneumologischen, sondern beispielsweise neurologischen Ursprungs sein können, wird die Erweiterung des Fachgruppenspektrums in der beispielhaften („insbesondere“) Aufzählung in der Gesetzesbegründung begrüßt.

Die hier betroffene Gruppe von Patienten besteht aus schwerstkranken Menschen jeden Lebensalters. Diese haben zum Teil dank intensivmedizinischer Interventionen akute, zuweilen lebensbedrohliche Erkrankungsphasen überlebt oder befinden sich in voranschreitenden oder späten Phasen schwerer chronischer Erkrankungen, wie der Herzinsuffizienz oder der COPD. Abhängig von der Grunderkrankung, der Art und Zahl der Begleiterkrankungen sowie des jeweiligen Gesundheitszustands sind diese Patienten zur Aufrechterhaltung ihrer Vitalfunktionen sowie zur Unterstützung der Behandlung zeitweise oder dauerhaft abhängig von implantierten, penetrierenden (z. B. Trachealkanüle, Port) und/oder mit dem Körper verbundenen externen technischen Systemen (z. B. Beatmungsgerät, Zwerchfellstimulator, Infusions-/Spritzenpumpen, Ernährungspumpe, Dialysator, Kunstherz/VAD). Darüber hinaus besteht umfangreicher und individueller Bedarf an pflegerischer Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie nicht zuletzt psychologische Unterstützung der individuellen Bewältigungsarbeit, sowohl für den Patienten selbst, als auch für die Angehörigen. An der vorhergehenden Beschreibung lässt sich erkennen, dass es sich bei intensivpflegerisch betreuten Patienten nicht nur um Menschen mit einer Notwendigkeit der Beatmung handelt, sondern ein weites Spektrum an Erkrankungen und Problemstellungen beachtet werden muss. Insofern wird davon ausgegangen, dass die Regelung auch die Verordnung von Intensivpflege für solche Patienten umfasst, die dann durch Ärzte anderer Fachrichtungen betreut werden. Gerade im Hinblick auf die Multimorbidität der Patienten ist zudem essenziell, dass auch der hausärztlichen Versorgung eine Koordinationsrolle zukommen kann. Entsprechende Erfahrungen bzw. Qualifikationen sind Voraussetzung für eine solche Verordnung.

Dies betrifft beispielsweise auch Hausärzte, die sich in den letzten Jahren besonders in der Versorgung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen oder Beatmungs-WGs engagiert haben und dazu beigetragen haben, erste ärztliche Strukturen in diesem Versorgungsbereich aufzubauen. Da viele Patienten mit Intensivpflegebedarf ein komplexes, multimorbides Krankheitsgeschehen aufweisen, sind Hausärzte mit entsprechender Erfahrung wichtige Partner in der Versorgung, um die Behandlung zu koordinieren. Die Beurteilung des Weaningpotenzials nach Absatz 1 Satz 6 ist, aufgrund der Weiterbildungsordnung, selbstverständlich durch einen Facharzt für Lungenheilkunde vorzunehmen. Die KBV bedankt sich für die Übernahme der Hinweise zum Referentenentwurf zu diesem Abschnitt.

NUMMER 2: § 37C ABSATZ 1 SATZ 8 SGB V - REGELUNGSUMFANG DER G-BA-RICHTLINIE

Nach § 37c Absatz 1 Satz 8 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie nach § 92 SGB V bis zum letzten Tag des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats den Inhalt und den Umfang der Leistungen sowie die Anforderungen an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten, an die Zusammenarbeit der Leistungserbringer sowie deren Qualifikation und die Voraussetzungen der Verordnung der Leistungen einschließlich des Verfahrens zur Erhebung und Dokumentation des Entwöhnungspotenzials vorzunehmen.

Bewertung

In der Begründung wird erläutert, dass Inhalt und Umfang der Kooperation der an der Versorgung beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer zu beschreiben ist. Die KBV begrüßt diese Regelung, da sie es erlaubt, erstmals den besonderen ärztlichen Versorgungsbedarf für diese Patientengruppe abzubilden. Aufgrund der Komplexität dieser Versorgungsaufgaben bedarf es künftig regionaler Netzwerkstrukturen bestehend aus Haus- und Fachärzten, die geeignet sind, eine leitliniengerechte, qualitätsgesicherte und intensive ärztliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Aus diesem Grund hat die Vertragswerkstatt der KBV bereits im Jahr 2018 in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Pneumologen einen Mustervertrag für ein Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten auf der Grundlage von § 140a SGB V entwickelt (siehe Anlage).

Ziel des Konzeptes ist es u. a., durch die qualifizierte Überprüfung des Weaningpotenzials, die Optimierung der Überweisungsabläufe und die Förderung der indikationsgerechten Einweisung in qualifizierte spezialisierte Einrichtungen die Versorgung von Beatmungspatienten und damit die Lebensqualität dieser schwerstkranken Patienten zu verbessern. Die Versorgungsinhalte umfassen insbesondere:

- › Koordination der medizinischen Behandlung von Beatmungspatienten sowie der diese betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- › leitliniengerechte Versorgung der Patienten unter Einbeziehung der kooperierenden (Fach-)Klinik,
- › bei Bedarf Aufnahme der behandelnden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen,
- › Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung der Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen des Netzwerks, insbesondere auch mit dem Hausarzt,
- › Behandlung von immobilen Beatmungspatienten in der Häuslichkeit,
- › Beratung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen in der beatmungsmedizinischen Versorgung.

Abhängig davon, welche Patientengruppen versorgt werden sollen, sind nach diesem Versorgungsvorschlag von den Vertragsärzten entsprechende beatmungsmedizinische Qualifikationen und Erfahrungen vorzuweisen. Zudem müssen im Rahmen eines regionalen Netzwerks Kooperationsvereinbarungen mit spezifischen Fachärzten, Hausärzten, stationären Einrichtungen, Pflegediensten sowie Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten geschlossen werden. Die Beschäftigung von pneumologisch qualifiziertem Assistenzpersonal sowie eine grundlegende technische Ausstattung sind ebenfalls erforderlich.

Diese Versorgungsinhalte sollten in der Richtlinie präzise beschrieben werden, um die hier neu entstehenden Strukturen von Anfang an vollständig zu beschreiben. Es handelt sich hier um neue ärztliche Leistungen, die bisher nicht im EBM abgebildet sind, so dass eine Beschlussfassung über die Vergütung im Bewertungsausschuss erforderlich ist.

Mit der Aufnahme des Textierungsvorschlags der KBV zu § 37c Absatz 1 Satz 4 (Gesetzentwurf zum Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz, RISG) wird diesem dargelegten Erfordernis entsprechend Rechnung getragen.

NUMMER 4: § 40 SGB V - ERLEICHTERUNG DES ZUGANGS ZUR MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Vertragsärztlich verordnete geriatrische Rehabilitation soll nicht mehr von der Krankenkasse überprüft werden. Für die Überprüfung der Indikation sollen geeignete Abschätzungsinstrumente von den Vertragsärzten genutzt werden, die in der entsprechenden G-BA-Richtlinie festgelegt werden. Der Krankenkasse sind die Anwendung der Abschätzungsinstrumente nachzuweisen sowie die entsprechenden Ergebnisse zu übermitteln. Bei Indikationen außerhalb der geriatrischen Rehabilitation kann von der Krankenkasse nur noch aufgrund gutachterlicher Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von der vertragsärztlichen Verordnung abgewichen werden.

Die Entscheidungen der Krankenkassen sollen zukünftig den verordnenden Ärzten, den Versicherten und nach Einwilligung der Versicherten auch Angehörigen oder Vertrauenspersonen übermittelt werden. Hierzu sollen Ärzte die Patienten informieren, die Einwilligung der Patienten einholen und der Krankenkasse des Versicherten übermitteln.

Darüber hinaus soll in der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA festgelegt werden, in welchen Fällen Rehabilitationen im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.

Bewertung

Die Übertragung der Regelungskompetenz auf den G-BA zur Festlegung der Fälle, bei denen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkassen erbracht werden können, ist zu begrüßen. Rückmeldungen aus der Praxis weisen darauf hin, dass es hier einheitlicher Anspruchsgrundlagen bedarf. Das Genehmigungsverfahren mancher Krankenkassen führt dazu, dass ein nahtloser Übergang in eine Anschlussrehabilitation eben nicht erfolgt.

Es wird weiterhin sehr begrüßt, dass Verordnungen medizinischer Rehabilitation in allen anderen Fällen als einer geriatrischen Rehabilitation nur noch aus medizinischen Erwägungen abgelehnt werden können und dafür ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorliegen muss. Dies beugt einem möglichen Risiko vor, dass der vertragsärztlich festgestellte Bedarf an medizinischer Rehabilitation je nach Kas senlage oder aufgrund formaler Gründe von der jeweiligen Krankenkasse abgelehnt wird.

Die Abschaffung des Genehmigungsvorbehalts für Verordnungen von medizinischer Rehabilitation aufgrund geriatrischer Indikationen wird im Zusammenhang mit der Regelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) in Bezug auf § 106b Absatz 4 Nr. 3 SGB V ebenfalls begrüßt. Demnach unterliegen Verordnungen von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Nur so ist sichergestellt, dass die Kosten für verordnete geriatrische Rehabilitation nicht nachträglich von den Krankenkassen beanstandet werden und das Regressrisiko auf die Vertragsärzte übergeht. Damit kann auch die Intention des Gesetzgebers nicht konterkariert werden, da drohende Regresse zu einer restriktiven Ordnungsweise führen würden.

Um den rehabilitativen Behandlungsbedarf adäquat einschätzen zu können, sind bereits heute einige Fachgruppen berechtigt, geriatrische Assessments durchzuführen und nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen. Allerdings unterliegt die Abrechnungsgenehmigung vielfältigen Einschränkungen und bezieht sich längst nicht auf alle Fachgruppen.

Mit der Überarbeitung der Rehabilitations-Richtlinie hat sich der G-BA im Jahr 2015 bewusst dafür entschieden, bei der Verordnung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen keine weitergehenden spezifischen Qualifikationsmaßnahmen vorauszusetzen, so dass jeder Arzt Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen kann. Damit sollten vorrangig diejenigen Ärzte befähigt werden, Rehaleistungen zu verordnen, die sowohl den Krankheitsverlauf als auch die individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren ihrer Patienten am besten beurteilen können. Darüber hinaus werden Fortbildungsangebote für die verordnenden Vertragsärzte von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

In diesem Zusammenhang käme es einer Verordnungseinschränkung gleich, wenn nun die Verordnungsfähigkeit der geriatrischen Rehabilitation mittelbar nur den Vertragsärzten möglich ist, die auch ein entsprechendes Assessment nach EBM abrechnen dürfen.

Um die durch die Rehabilitations-Richtlinie des G-BA für alle Vertragsärzte geschaffene Möglichkeit, medizinische Reha-Maßnahmen zu verordnen, aufrecht zu erhalten, ist es erforderlich, unabhängig von den bestehenden Regelungen im EBM ein geriatrisches Assessment zu implementieren, das im Zusammenhang mit der Verordnung von medizinischer Rehabilitation von allen Fachgruppen durchgeführt und abgerechnet werden kann.

Die Verpflichtung der Krankenkasse, die Leistungsentscheidung zukünftig den verordnenden Ärzten, den Versicherten und bedarfsweise auch den Angehörigen oder Vertrauenspersonen zu übermitteln, wird grundsätzlich begrüßt, wobei der ohnehin aufwendige Prozess der Verordnung einer medizinischen Rehabilitation durch die Information des Patienten, die Einholung der Einwilligung und die Übermittlung an die Krankenkassen noch aufwendiger wird.

Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht der KBV einer Klarstellung, dass die Einwilligung des Patienten nicht der Schriftform und damit auch keiner gesonderten Unterschrift bedarf. Die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation ist insbesondere im Hinblick auf das Ausfüllen des komplexen Ordnungsformulars sehr zeitintensiv. Dieser Aufwand ist in einer vertragsärztlichen Sprechstunde nicht leistbar, so dass das Ausfüllen der Verordnung in der Sprechstundenfreien Zeit erfolgt. Sollte zukünftig die Schriftform und damit eine Unterschrift des Versicherten notwendig werden, wäre das Ausfüllen der Verordnung in der Sprechstunde erforderlich, was unbedingt vermieden werden sollte. Daher schlägt die KBV folgende Klarstellung vor:

Änderungsvorschlag

In § 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt ergänzt:

*„(3)[...] Vor der Verordnung informieren die Ärztinnen und Ärzte die Versicherten über die Möglichkeit, eine Einwilligung nach Satz 5 zu erteilen, fragen die Versicherten, ob sie in eine Übermittlung der Krankenkassenentscheidung durch die Krankenkasse an die in Satz 7 genannten Personen oder Einrichtungen einwilligen, und teilen der Krankenkasse anschließend den Inhalt einer abgegebenen Einwilligung mit. **Die Einwilligung nach den Sätzen 5 und 7 bedarf nicht der Schriftform.**“*

NUMMER 10 – 13: §§ 111 – 111C SGB V – SCHAFFUNG EINHEITLICHER VERSORGUNGS- UND VERGÜTUNGSVERTRÄGE FÜR LEISTUNGEN DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Für die Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen einheitliche Grundsätze und Empfehlungen geschaffen werden. Die Vergütung der medizinischen Rehabilitation soll an das gegenwärtige Tarifgefüge angepasst werden und unterliegt nicht der Begrenzung der Grundlohnsummenentwicklung. Durch Schaffung einer Schiedsstelle sollen vertragslose Zustände unterbunden werden.

Bewertung

Die Regelungen werden begrüßt und stellen einen wesentlichen Baustein in der Förderung der Rehabilitation dar. Es ist unverantwortlich, wenn die Umsetzung tarifvertraglicher Löhne zur Belastung der jeweiligen Rehaeinrichtung dergestalt führen, dass sowohl die personelle Ausstattung als auch die Qualität der Versorgung leiden. Da auch Vertragsärzte Anbieter rehabilitativer Leistungen sind wird deren Vertretung in dem für die Entwicklung von Rahmenempfehlungen maßgeblichen Gremium vorgeschlagen.

Wie schon zuvor ausgeführt werden insbesondere im Bereich der geriatrischen Rehabilitation einschlägige Versorgungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt durch vertragsärztliche Praxen wohnortnah älteren Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt. Die besonderen Anforderungen und Bedingungen solcher Einrichtungen werden bislang in dem für die Rahmenempfehlungen normativ vorgesehenen Gremium nach § 111c, Absatz 5 (neu) nicht abgebildet und sind dort nicht repräsentiert. Aus diesem Grunde wird vorgeschlagen, dass in Angelegenheiten der ambulanten oder mobilen Rehabilitation die KBV als für Leistungen der medizinischen Rehabilitation maßgeblicher Verband gewertet wird. Hilfsweise wird die Einräumung eines Stellungnahmerechts vorgeschlagen.

NUMMER 14: § 132I SGB V – VERSORGUNG MIT AUßERKLINISCHER INTENSIVPFLEGE

Der GKV-Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen und der Spitzenorganisationen zur Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten sollen eine Rahmenempfehlung zur außerklinischen Intensivpflege vereinbaren.

Bewertung

Die Strukturierung der außerklinischen Intensivpflege, wie sie in § 132j SGB V angelegt wird, ist ein längst überfälliger Schritt und die darin vorgesehenen Einzelschritte sind zu begrüßen. Insbesondere im Hinblick auch auf die Versorgung in Wohngemeinschaften und in der Häuslichkeit hat sich in den letzten Jahren eine Regelungslücke ergeben, die, so wird es zumindest durch Vertragsärzte berichtet, zu erheblichen qualitativen Unterschieden in der Versorgung von Intensivpflegepatienten geführt hat. Sowohl fehlende Qualitätsvorgaben als auch unausgeschöpfte Weaningpotenziale führen dazu, dass eine sehr aufwändige und ressourcenintensive, aber mitunter ineffiziente Versorgung vorgehalten wird. Wesentlicher Bestandteil dieser Versorgung in der Häuslichkeit bzw. in Wohngemeinschaften oder vollstationären Pflegeeinrichtungen ist aus Sicht der KBV der regelmäßige, qualifizierte, fachärztliche Kontakt mit den Patientinnen und Patienten, wie er sich künftig maßgeblich auch durch die Ausstellung von Verordnungen nach § 37c SGB V (neu) ergibt. Da in den zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste und -einrichtungen zu schließenden Rahmenempfehlungen insbesondere zu den Einzelheiten zu Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt nach § 132j Absatz 2 Nummer 3 SGB V originäre Interessen von Vertragsärzten berührt sind, ist nach Auffassung der KBV nicht nur ein Stellungnahmerecht, sondern ein Einvernehmen mit der Vertretung der Vertragsärzte herzustellen.

Änderungsvorschlag

§ 132j Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

*„(1) ... Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. **Davon abweichend ist zu den Regelungen nach Absatz 2 Nr. 3 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Einvernehmen herzustellen.** Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 5 zugrunde zu legen.“*

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mustervertrag

für ein Versorgungskonzept
zur Behandlung von

Beatmungspatienten

auf der Grundlage des § 140a SGB V

in Zusammenarbeit mit dem
Bundesverband der
Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Präambel | 3 |
| § 1 Ziele und Gegenstand des Vertrags | 3 |
| § 2 Geltungsbereich | 4 |
| § 3 Teilnahme der Versicherten | 4 |
| § 4 Teilnahmevoraussetzung und -berechtigung für Ärzte | 5 |
| § 5 Strukturvoraussetzungen | 7 |
| § 6 Teilnahmeverfahren für Ärzte | 8 |
| § 7 Allgemeine Aufgaben der teilnehmenden Ärzte der Versorgungsebenen 1 und 2 .. | 9 |
| § 8 Spezifische Aufgaben der Ärzte der Versorgungsebene 1 | 10 |
| § 9 Spezifische Aufgaben der teilnehmenden Ärzte der Versorgungsebene 2 | 10 |
| § 10 Dokumentation | 12 |
| § 11 Hygiene/MRE | 12 |
| § 12 Qualitätssicherung, Evaluation | 12 |
| § 13 Vergütung und Abrechnung | 13 |
| § 14 Wirtschaftlichkeitsstandards | 13 |
| § 15 Besondere Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen | 13 |
| § 16 Besondere Aufgaben der Krankenkasse | 14 |
| § 17 Anpassungsklausel | 14 |
| § 18 Teilnahme weiterer Krankenkassen | 14 |
| § 19 Außendarstellung | 14 |
| § 20 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung | 15 |
| § 21 Datenschutz und -transparenz | 15 |
| § 22 Inkrafttreten und Kündigung | 15 |
| § 23 Salvatorische Klausel | 16 |

Präambel

In Deutschland werden immer mehr Patienten außerklinisch invasiv und nicht-invasiv beatmet. Die genaue Anzahl ist aufgrund fehlender Daten unbekannt, aber es ist von einer Größenordnung von rund 15.000 invasiv beatmeten Patienten auszugehen. Die Anzahl nicht-invasiv Beatmeter ist um ein Vielfaches höher¹. Vor dem Hintergrund des medizinischen und technischen Fortschritts sowie des demografischen Wandels muss mit einer weiter steigenden Zahl von Beatmungspatienten gerechnet werden. Die Tendenz der Ambulantisierung führt dazu, dass immer mehr Patienten außerklinisch beatmet werden. Obwohl diese Entwicklung grundsätzlich zu begrüßen ist, bedeutet sie auch eine Herausforderung für die ambulante Versorgung. Dies zeigt sich in einer zunehmenden Vielfalt von Betreuungsstrukturen mit steigenden Kosten und teilweise mangelnder Transparenz bzgl. Qualität und Effektivität. Es besteht die Gefahr, dass die individuellen Bedürfnisse der Patienten nicht immer im Mittelpunkt der Behandlung stehen und z.B. das Potenzial der Entwöhnung vom Beatmungsgerät (Weaning) nicht vollumfänglich ausgeschöpft wird.

Durch diesen Vertrag soll eine zielgerichtete, der Komplexität des Versorgungsbedarfs gerecht werdende strukturierte und qualitätsgesicherte ambulante Behandlung von Beatmungspatienten etabliert werden. Hierzu werden durch die am Vertrag teilnehmenden Ärzte² regionale Netzwerkstrukturen geschaffen, die eine koordinierte und leitliniengerechte Behandlung von Beatmungspatienten ermöglichen. Diese Netzwerkstrukturen beziehen auch die bereits in der Versorgung von Beatmungspatienten seit Jahren engagierten Haus- und Fachärzte ein und garantieren so die Behandlungskontinuität. Begleitend sollte darüber hinaus die Regelversorgung die aufsuchende Tätigkeit in beschützenden Einrichtungen und Wohngemeinschaften nach § 119b SGB V weiter ausgebaut und strukturiert gefördert werden. Die Behandlung in diesen Versorgungsnetzwerken trägt dazu bei, dass die Abhängigkeit der Patienten von künstlicher Beatmung wenn möglich reduziert und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert wird. Zudem wird ein besonderes Augenmerk auf die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor gelegt, so dass ein professionelles Überleitungsmanagement gewährleistet und der sogenannte Drehtüreffekt verhindert wird.

§ 1

Ziele und Gegenstand des Vertrags

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die ambulante Behandlung von Versicherten, welche invasiv oder nicht-invasiv beatmet werden sowie von dauertracheotomierten Versicherten. Es soll die Möglichkeit zum Aufbau von Netzwerkstrukturen geschaffen werden, welche in Verbindung mit bestehenden Versorgungsstrukturen die Behandlung von Beatmungspatienten optimieren.
- (2) Ziele des Vertrages sind insbesondere:
 - Sicherung der leitliniengerechten Betreuung aller außerklinisch beatmeten Patienten
 - Spezifische Versorgungsmodelle für invasiv und nicht-invasiv beatmete Patienten

¹ Schätzung der KBV auf Basis von Abrechnungsdaten

² Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

- Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen
 - Qualifizierte Überprüfung des Weaningpotenzials
 - Optimierung von Überweisungsabläufen
 - Vermeidung von unnötigen Notarzteinsätzen
 - Förderung der indikationsgerechten Einweisung in qualifizierte stationäre Einrichtungen
- (3) Die Versorgung der Beatmungspatienten erfolgt sektorenübergreifend und im Sinne dieses Vertrags auf drei Ebenen. Die Versorgungsebenen 1 und 2 liegen im ambulanten Bereich; die Versorgungsebene 3 betrifft den stationären Sektor und ist nicht Gegenstand dieses Vertrags.
- a) Auf der Versorgungsebene 1 werden ausschließlich nicht-invasiv beatmete Patienten behandelt.
- b) Auf der Versorgungsebene 2 wird zwischen nicht-invasiver Beatmung (NIV) und invasiver Beatmung unterschieden:
- NIV-Patienten, welche gemäß Anlage 6a einer weitergehenden Therapieüberprüfung und ggf. -anpassung bedürfen. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt im Unterschied zur Versorgungsebene 1 im Wesentlichen in Einrichtungen, die Poly(somno)graphie und Kapnographie vorhalten.
 - Invasiv beatmete Patienten bzw. abhängig nicht-invasiv beatmete Patienten.
- c) Patienten, welche die Kriterien gemäß Anlagen 6a/6b erfüllen, werden an die Versorgungsebene 3 (stationär) überwiesen.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der **Krankenkasse X** des KV **Bezirks X**, die außerklinisch beatmet werden (invasiv oder nicht-invasiv) oder dauerhaft tracheotomiert sind.

§ 3 Teilnahme der Versicherten

- (1) Berechtig zur Teilnahme an diesem Vertrag sind Versicherte der **Krankenkasse X**, welche außerklinisch beatmet werden (invasiv oder nicht-invasiv) oder dauerhaft tracheotomiert sind.
- (2) Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.
- (3) Entscheidet sich der Versicherte oder sein gesetzlicher Betreuer für eine Teilnahme an dem Vertrag, erfolgt die Einschreibung gemäß § 7 Abs. (2) dieses Vertrages durch den teilnehmenden Arzt mittels der Teilnahmeerklärung (Anlage 1). Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frü-

hestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die unterzeichnende Krankenkasse informiert den teilnehmenden Arzt innerhalb von 10 Werktagen über den Widerruf der Teilnahme des Versicherten.

- (4) Die Teilnahme beginnt mit Datum der Einschreibung in den Vertrag.
- (5) Das Nähere zu Rechten und Pflichten des Versicherten ist in der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) des Vertrages geregelt. Unabhängig davon endet die Teilnahme an diesem Vertrag insbesondere wenn:
 - die behandelnden Ärzte und/oder die Krankenkasse des Versicherten nicht mehr am Vertrag teilnehmen,
oder
 - sonstige wichtige Gründe (z.B. zerrüttetes Vertrauensverhältnis) vorliegen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzung und -berechtigung für Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag auf der Versorgungsebene 1 (Behandlung von nicht-invasiv beatmeten Patienten) berechtigt sind im Bereich der **KV X** zugelassene und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die folgende Teilnahmevoraussetzungen erfüllen (vergleiche auch die bildliche Darstellung der in diesem Paragraphen abschließend festgelegten Teilnahmevoraussetzungen in Anlage 3):
 - a) Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, Facharzt für Lungenheilkunde, Facharzt für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen.
 - b) Alle Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie bzw. für Lungenheilkunde, die ihre Facharztweiterbildung vor Inkrafttreten der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 abgeschlossen haben sowie alle Fachärzte für pädiatrische Pneumologie, die jeweils nicht über die Zusatzqualifikation „Internistische Intensivmedizin“ verfügen, müssen zusätzliche Fortbildungen in der aktuellen, leitliniengerechten Behandlung von Beatmungspatienten nachweisen. Dieser Nachweis muss Fortbildungen innerhalb der letzten 18 Monate im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten in folgenden Themen umfassen:
 - Physiologie und Pathophysiologie der Atmung
 - Beatmungszugänge
 - Beatmungsmodi
 - Nichtinvasive Beatmung
 - Praktische Anwendung mit Training an Beatmungsgeräten und Maskensystemen, Auslesen von Parametern
 - c) Dokumentierte Erfahrung mit der Behandlung von 20 Beatmungspatienten innerhalb der letzten zwei Jahre vor Vertragsteilnahme.
 - d) Erfüllung der Strukturvoraussetzungen nach § 5.
 - e) Kooperationsnachweis gemäß § 5 Abs. (1) mit einem teilnehmenden Arzt der Versorgungsebene 2 nach Abs. (2) und der Versorgungsebene 3 (stationäre Einrichtung).
 - f) Teilnahme an einer Online-Einführungsveranstaltung zum Vertrag.

- (2) Zur Teilnahme an diesem Vertrag auf der Versorgungsebene 2 (Behandlung von nicht-invasiv und invasiv beatmeten Patienten) berechtigt sind Ärzte nach Abs. (1), welche zusätzlich folgende Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:
- a) Alle Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie bzw. für Lungenheilkunde, die ihre Facharztweiterbildung vor Inkrafttreten der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 abgeschlossen haben sowie alle Fachärzte für pädiatrische Pneumologie, die jeweils nicht über die Zusatzqualifikation „Internistische Intensivmedizin“ verfügen, müssen zusätzliche Fortbildungen innerhalb der letzten 18 Monate von mindestens 8 CME-Punkten in folgenden Themen nachweisen:
- Repetitorium Physiologie und Pathophysiologie der Atmung
 - Repetitorium Beatmungszugänge
 - Repetitorium Beatmungsmodi
 - Repetitorium nichtinvasive Beatmung
 - Analgesie und Sedierung
 - Invasive Beatmung
 - Invasive Beatmung bei obstruktiven Atemwegserkrankungen (COPD)
 - Invasive Beatmung bei ARDS und Pneumonie
 - Invasive Beatmung bei anderen restriktiven Lungenerkrankungen
 - Extrakorporale Verfahren
 - Schwierige Beatmungseinstellungen
 - Weaning
 - Kategorien
 - Weaningkonzepte bei prolongiertem Weaning
 - Bronchoskopie unter Beatmung
 - Außerklinische Beatmung nach Weaning
 - Bestimmung Weaningpotenzial inkl. Primär- und Folgeassessment gemäß Mustervertrag
 - Praktische Anwendung inkl. Training an Beatmungsgeräten und Maskensystemen
- b) Mindestens 3-monatige Tätigkeit in einem Beatmungs- oder Weaningeinrichtung mit Ersteinstellung und Weaning von Beatmungspatienten sowie deren Verlaufskontrolle (Zeiträume während der Weiterbildung werden angerechnet).
- c) Für die Versorgung von invasiv-beatmeten Patienten in der Versorgungsebene 2 können neben Ärzten aus den genannten Fachgruppen außerdem Fachärzte für Anästhesie, Fachärzte für Neurologie und ggf. weitere Fachgruppen (z.B. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde) zugelassen werden, sofern die genannten beatmungsmedizinischen Qualifikationen und Erfahrungen vorliegen.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung kann in begründeten Ausnahmefällen, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist, dem antragstellenden Arzt die Teilnahme auf den Versorgungsebenen 1 und 2 genehmigen.
- (4) Soweit und solange es für die Versorgung von Beatmungspatienten nach § 9 notwendig ist, können Krankenhausärzte an diesem Vertrag auf der Versorgungsebene 2 teilnehmen, sofern eine Ermächtigung dies zulässt und sofern sie die Qualifizierungsvoraussetzungen nach Abs. (1) und (2) erfüllen.

- (5) Zur Teilnahme an diesem Vertrag als Mitglieder eines Netzwerks gemäß § 5 Abs. (1) (Netzwerkarzt) berechtigt sind im Bereich der KV X zugelassene und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, welche die entsprechende Facharztqualifikation erfüllen sowie Ärzte aus stationären Einrichtungen mit Beatmungsschwerpunkt.
- (6) Die Erfüllung der entsprechenden Teilnahme- und ggf. Strukturvoraussetzungen ist bei Einschreibung sowie während der Teilnahme am Vertrag auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

§ 5

Strukturvoraussetzungen

- (1) Zur Versorgung von Beatmungspatienten im Rahmen dieses Vertrags ist ein sektorenübergreifendes Netzwerk zu bilden. In jedem Netzwerk ist mindestens ein Arzt der Versorgungsebene 2 nach § 4 Abs. (2) tätig, der die Behandlung der teilnehmenden Beatmungspatienten koordiniert und als Ansprechpartner bei Fragen der teilnehmenden Ärzte, der Netzwerkärzte und weiterer Netzwerkpartner zur Verfügung steht.

Unabdingbar für die wohnortnahe Versorgung ist die enge Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten. Deshalb besteht jedes Netzwerk neben den am Vertrag teilnehmenden Ärzten aus mindestens folgenden Kooperationspartnern, um die bedarfsgerechte Koordination und Abstimmung der Versorgung zu gewährleisten:

- a) Hausarzt
 - b) Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - c) Facharzt für Neurologie bzw. Nervenheilkunde
 - d) Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie
 - e) Pädiater, falls Kinder oder Jugendliche im Rahmen des Vertrags behandelt werden
 - f) Facharzt mit Zusatz-Weiterbildung in Infektiologie oder Facharzt für Mikrobiologie oder Zusatzweiterbildung Krankenhaushygiene
 - g) (Fach-)Pflege bzw. Pflegedienst für ambulante Intensivpflege (die außerklinische Pflege von Beatmungspatienten stellt besondere Anforderungen an die Pflegedienste, siehe dazu die aktuelle S2K-Leitlinie zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung)
 - h) Logopäde, Physiotherapeut und Ergotherapeut
 - i) Regionales Krankenhaus (mindestens Innere Medizin und Intensivtherapie)
 - j) Fachabteilung Pneumologie mit Beatmungsschwerpunkt, z.B. Weaning-Einrichtung (Versorgungsebene 3)
- (2) Der Nachweis der Kooperationen erfolgt über die Versorgungsebene 2 gemäß der Vorlage in Anlage 4. Es ist ein ärztlicher Netzwerkbeauftragter aus dem Kreis der teilnehmenden Ärzte der Versorgungsebene 2 zu benennen, dieser übernimmt folgende Aufgaben:
 - Pflege des Kooperationsnachweises gemäß Abs. (1)
 - Sammlung der Qualifikations- und Strukturnachweise aus dem Netzwerk und Weiterleitung an die KV

- (3) Sofern es Änderungen des Kooperationsnachweises gibt, sind diese durch den Netzwerkbeauftragten der KV mitzuteilen.
- (4) Zur Versorgung der beatmungspflichtigen Patienten ist in jedem Netzwerk mindestens eine Pneumologische Assistenz (PA) oder ein Atmungstherapeut (AT) als qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenz zu beschäftigen.
 - a) PA müssen folgende Zertifikate nachweisen:
 - Ärztekammer-Zertifikat „Pneumologische Assistent/in“ und
 - Teilnahmezertifikat DGP/BdP-Kurs „NIV“ oder eine gleichwertige Qualifikation
 - b) AT müssen folgendes Zertifikat nachweisen: Ausbildungszertifikat „Atemtherapeut/in“ (DGP) oder eine gleichwertige Qualifikation
 - c) PA und/oder AT müssen an den jährlichen Fallkonferenzen des Netzwerks teilnehmen.
- (5) Alle Einrichtungen, in denen ein teilnehmender Arzt im Rahmen dieses Vertrags nicht-invasiv beatmete Patienten auf der Versorgungsebene 1 behandelt, verfügen über folgende technische Mindestausstattung:
 - a) Kardiorespiratorische Polygraphie
 - b) Blutgasanalyse inkl. Laktatmessung
- (6) Alle Einrichtungen, in denen ein teilnehmender Arzt im Rahmen dieses Vertrages nicht-invasiv beatmete Patienten auf der Versorgungsebene 2 behandelt (siehe § 1 Abs. (3)b), verfügen *zusätzlich* zu der in Abs. (5) genannten Ausstattung über folgende technische Mindestausstattung bzw. Strukturvoraussetzungen:
 - a) Sauerstoffapplikationssystem
 - b) Überwachte Polysomnographie
 - c) Kontinuierliche Kapnographie
- (7) Alle teilnehmenden Ärzte, welche im Rahmen dieses Vertrags invasiv beatmete oder immobile NIV-Patienten auf der Versorgungsebene 2 behandeln, verfügen über folgende technische Mindestausstattung bzw. Strukturvoraussetzungen:
 - a) mobile Blutgasanalyse inkl. Laktatmessung
 - b) Sicherstellung von Hausbesuchen durch die qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenz (PA/AT)
 - c) Bereitschaft zur persönlichen Durchführung von Hausbesuchen durch den teilnehmenden Arzt

§ 6

Teilnahmeverfahren für Ärzte

- (1) Nach § 4 teilnahmeberechtigte Ärzte, die am Vertrag teilnehmen möchten, füllen die Teilnahmeerklärung in Anlage 2 aus und erbringen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die erforderlichen Nachweise über die Erfüllung der Teilnahme- und Strukturvoraussetzungen.
- (2) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt berechtigt, ab dem Datum der Genehmigung Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen und abzurechnen.

- (3) Die Teilnahme kann seitens des Arztes schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gekündigt werden.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:
- mit dem Ende dieses Vertrages,
 - mit dem im Bescheid bestimmten Zeitpunkt über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
 - mit dem Widerruf oder der Rücknahme der Genehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages.

§ 7

Allgemeine Aufgaben der teilnehmenden Ärzte der Versorgungsebenen 1 und 2

- (1) Die ambulante ärztliche Versorgung von Beatmungspatienten durch die teilnehmenden Ärzte im Rahmen dieses Vertrags umfasst insbesondere die folgenden Aufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:
- a) Leitliniengerechte Versorgung der Beatmungspatienten unter Einbeziehung der kooperierenden (Fach-)Klinik.
 - b) Bei Bedarf Aufnahme der behandelnden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen.
 - c) Die Ergebnisse der Untersuchungen bzw. Kontrollen werden nach § 10 erfasst und dokumentiert.
 - d) Erstellen qualifizierter Arztberichte.
 - e) Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung der Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen des Netzwerks, so dass eine abgestimmte, ganzheitliche Versorgung sichergestellt werden kann.
- (2) Stellt ein teilnehmender Arzt bei einem beatmungspflichtigen Versicherten einen Versorgungsbedarf fest, erfolgt die Information und Aufklärung des Versicherten über die Inhalte des Vertrags. Im Falle der Einwilligung zur Teilnahme erfolgt die Einschreibung des Versicherten in diesen Vertrag. Der teilnehmende Arzt leitet die Teilnahmeerklärungen der Versicherten innerhalb von zehn Tagen nach der Einschreibung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die unterzeichnende Krankenkasse weiter.
- (3) Im Rahmen regelmäßiger Fallbesprechungen mindestens einmal pro Jahr tauschen sich die teilnehmenden Ärzte zu den im Netzwerk behandelten Patienten aus. Fester Bestandteil dieser Fallbesprechungen ist auch jeweils eine Fortbildungseinheit zu einem beatmungsmedizinischen Thema. Die Organisation und Durchführung der Fallbesprechungen verantwortet ein teilnehmender Arzt der Versorgungsebene 2.
- (4) Die teilnehmenden Ärzte sorgen, ggf. unter Einbeziehung der gemäß § 5 Abs. (4) spezialisierten Pflegekräfte, für die Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zur beatmungsmedizinischen Versorgung.

- (5) Der teilnehmende Arzt informiert den Hausarzt der im Rahmen dieses Vertrags behandelten Beatmungspatienten nach jedem Arzt-Patienten-Kontakt über den Verlauf der Behandlung.
- (6) Die teilnehmenden Ärzte versorgen immobile Beatmungspatienten in der Häuslichkeit.
- (7) Eine notwendige Einweisung zur stationären Behandlung ist zur Sicherung der besonderen Qualität und Wirtschaftlichkeit dieses Vertrages, sofern möglich, in eine kooperierende stationäre Einrichtung vorzunehmen.
- (8) Zur optimierten Versorgung von teilnehmenden Patienten ist eine Konsiliartätigkeit der teilnehmenden Ärzte möglich. Hierzu sind durch die teilnehmenden Ärzte Absprachen mit den betreffenden Ärzten zu treffen. Zur Wiedervorstellung des Patienten beim Hausarzt erhält dieser die Befund- und Patientendaten sowie einen aktuellen Behandlungs- und Verordnungsplan.

§ 8

Spezifische Aufgaben der Ärzte der Versorgungsebene 1

- (1) Die ambulante ärztliche Versorgung von nicht-invasiv beatmeten Patienten auf der Versorgungsebene 1 durch die teilnehmenden Ärzte umfasst ergänzend zu den in § 7 genannten Aufgaben insbesondere die folgenden Aufgaben:
 - a) Standardisierte Therapiekontrolle NIV nach Flusschema in Anlage 5.
 - b) Auslesen, Übertragung (z.B. Schnittstelle PVS) und Analyse eventueller gerätespezifischer Speichermedien inkl. Bereitschaft zur Nutzung von Tele-Monitoring-Modulen.
 - c) NIV/Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LTOT)-Patientenschulung in Gruppen bis maximal acht Personen, sechs Unterrichtseinheiten von jeweils 45 Minuten (maximal sechs Unterrichtseinheiten pro Krankheitsfall).
- (2) Bei komplizierten Verläufen, speziellen Fragestellungen oder Problemfällen zieht der teilnehmende Arzt konsiliarisch einen Arzt der Versorgungsebene 2 des Netzwerks hinzu.

§ 9

Spezifische Aufgaben der teilnehmenden Ärzte der Versorgungsebene 2

- (1) Die ambulante ärztliche Versorgung von invasiv und nicht-invasiv beatmeten Patienten auf der Versorgungsebene 2 umfasst, ergänzend zu den in § 7 genannten Punkten, insbesondere die folgenden Aufgaben:
 - a) Koordination der beatmungsmedizinischen Behandlung von Patienten sowie der dies betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach § 9 Abs. (4).
 - b) Bei Bedarf Aufnahme der koordinierenden Tätigkeit innerhalb von fünf Werktagen.
 - c) Bei Vorliegen der Strukturvoraussetzungen gemäß § 5 Abs. (6) optional die Behandlung nicht-invasiv beatmeter Patienten nach § 9 Abs. (2).

- d) Behandlung invasiv beatmeter Patienten nach § 9 Abs. (3).
 - e) Organisation und Durchführung der Fallbesprechungen nach § 7 Abs. (3).
- (2) Die optionale Behandlung **nicht-invasiv beatmeter Patienten** auf der Versorgungsebene 2 erfolgt nur, wenn zuvor eine standardisierte Therapiekontrolle NIV gemäß § 8 Abs. (1) a erfolgt ist und die entsprechenden Überweiskriterien erfüllt sind. Sie umfasst vor allem folgende Elemente:
- a) Kontrolle u./o. Optimierung der NIV nach Flussschema in Anlage 6a.
 - b) Überwachte Polysomnographie inkl. Kapnographie während der Beatmungsperiode; BGA vor Beatmung (z.B. 21:00 – 23:00 Uhr), BGA unter Beatmung (z.B. 5:00 – 7:00 Uhr) und ggf. eine Stunde nach Beatmung.
 - c) Auswertung und synoptische Bewertung aller Befunden, Therapieoptimierung während und ggf. nach dem Schlaf.
 - d) Ggf. Geräte- und Maskenneueinrichtung und Übung ein bis zwei Stunden am Tage unter praxisklinischer Betreuung.
 - e) Auslesen, Übertragung (z. B. Schnittstelle PVS) und Analyse eventueller gerätespezifischer Speichermedien inkl. Bereitschaft zur Nutzung von Tele-Monitoring-Modulen.
 - f) NIV/Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LTOT)-Patientenschulung in Gruppen bis maximal acht Personen, sechs Unterrichtseinheiten von jeweils 45 Minuten (maximal sechs Unterrichtseinheiten pro Krankheitsfall).
- (3) Die Behandlung **invasiv beatmeter oder abhängig nicht-invasiv beatmete Patienten** oder **dauertracheotomierter Patienten** auf der Versorgungsebene 2 umfasst vor allem folgende Elemente:
- a) Übernahme bzw. Aufnahme des Patienten möglichst durch ein strukturiertes Überleitungsmanagement der entlassenden Klinik nach § 9 Abs. (5).
 - b) Beatmungsmedizinisches Primärassessment, (Erstbegutachtung des neu in das Netzwerk aufzunehmenden, außerklinisch beatmungsabhängigen Patienten) nach Flussschema in Anlage 6b.
 - c) Regelmäßige Kontrolluntersuchung (Folgeassessment) des Patienten und der Einstellungen des Beatmungsgeräts nach Flussschema in Anlage 6b.
 - d) Schulung von Angehörigen in Handhabung, Beatmungspflege, Bewältigung von Krisensituationen, Erkennen und Verhalten in kritischen Atemsituationen (mindestens eine, maximal drei Unterrichtseinheiten im Krankheitsfall).
 - e) Regelmäßige Überprüfung der Versorgungs- und Therapieziele und Einschätzung des Weaningpotenzials bzw. Einschätzung des Potenzials zur Dekanülierung.
 - f) Ausführliches ärztliches Gespräch zur Aufklärung, Beratung über Bewältigung einer schweren, chronischen Erkrankung mit erheblichen, lebensverändernden Umständen, verkürzter Lebenserwartung, oder Beratung über Patientenverfügung von Patienten, Angehörigen oder Pflege-, Betreuungspersonen (Mindestdauer 20 Minuten).
- (4) Bei Bedarf (siehe Anlage 6b) erfolgt die Einleitung der erforderlichen Behandlungen durch weitere Fachärzte und ggf. stationäre Einrichtungen durch den Arzt der Ver-

sorgungsebene 2. Erfolgt die Überweisung an Fachärzte oder stationäre Einrichtungen außerhalb des Netzwerkes, werden diese nach Möglichkeit in die Fallbesprechungen einbezogen; alternativ tauscht sich der teilnehmende Arzt regelmäßig mit den externen Fachärzten bzw. Krankenhausärzten aus.

- (5) Das Überleitungsmanagement für invasiv beatmete Patienten berücksichtigt die Vorgaben des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement nach § 39 (1) SGB V und richtet sich nach den „Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung“, einer gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und des AOK-Bundesverbandes (AOK (BV); Randerath WJ et al.: Durchführungsempfehlungen ..., Pneumologie 2011; 65: 72 – 88 bzw. nach der aktuell gültigen Version.

Gemäß Abbildung 1 und 2 der Durchführungsempfehlungen „Ablauf der Überleitung Krankenhaus“ werden der oder die teilnehmenden Ärzte der VE 2 im Sinne einer Entlassungsplanung spätestens fünf Werktage vor der geplanten Entlassung von den Beatmungsmedizinern der entlassenden Klinik informiert. Die ausgefüllten Stammdatenblätter und Überleitungsbögen Hilfsmittel und Behandlungspflege sowie der vorläufige Entlassungsbericht (Anlagen 1 – 4 der Durchführungsempfehlungen) sind einem teilnehmenden Arzt der Versorgungsebene 2 zu übermitteln. Siehe auch die Checkliste Überleitungsmanagement in Anlage 7.

§ 10

Dokumentation

- (1) Zur Dokumentation ist der Dokumentationsbogen gemäß Anlage 9 zu verwenden.
- (2) Innerhalb des Netzwerkes erfolgt unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorgaben der Aufbau und die Nutzung einer gemeinsamen Datenbank, die allen am Netzwerk teilnehmenden Ärzten zugänglich ist und im Rahmen von Qualitätszirkeln zur Versorgung von Beatmungspatienten anonymisiert präsentiert und diskutiert wird.

§ 11

Hygiene/MRE

Alle an der Behandlung und pflegerischen Versorgung des Patienten Beteiligten (z.B. Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst, Transportdienste, Krankenhaus) sind über den MRE-Status oder andere relevante Infektionskrankheiten zu informieren. Das Netzwerk entwickelt für den Fall, dass derart besiedelte oder infizierte Patienten behandelt werden, spezielle (Behandlungs-)Strategien, die eine weitere Übertragung vermeiden. Diese sind in einem allgemeinen, für das Netzwerk gültigen Hygieneplan zu regeln.

§ 12

Qualitätssicherung, Evaluation

- (1) Die Behandlung der beatmungspflichtigen Versicherten orientiert sich an den aktuellen medizinischen Leitlinien sowie darauf aufbauenden Behandlungspfaden. Als Grundlage dient die jeweils aktuellste Fassung der S2-Leitlinie der Deutschen Gesell-

schaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.: S2K-Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, solange keine S3-Leitlinie vorliegt.

- (2) Die teilnehmenden Ärzte nehmen regelmäßig an Qualitätszirkeln im Netzwerk (mind. 1x pro Jahr) zu beatmungsmedizinischen Sachverhalten teil.
- (3) Für Zwecke der Evaluation erheben die teilnehmenden Ärzte ab Vertragsbeginn die dafür notwendigen Daten. Die zu erhebenden Daten sowie die Häufigkeit der Übermittlung sind in § 10 Abs. (1) geregelt.
- (4) Die Evaluationsergebnisse erhalten die Partner der Vereinbarung.
- (5) Über den Umgang mit den Ergebnissen der Evaluation und des Benchmarkings erfolgt eine Abstimmung unter den Vertragspartnern.

§ 13

Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Leistungen nach dieser Vereinbarung werden gemäß Anlage 10 vergütet und abgerechnet.
- (2) Die Finanzierung für Leistungen nach dieser Vereinbarung durch die Krankenkassen erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, den Verwaltungskostensatz der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung in Abzug zu bringen.

§ 14

Wirtschaftlichkeitsstandards

- (1) Sollten durch die Umsetzung dieser Vereinbarung zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Ärzte erforderlich werden und dies zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106, § 106d oder § 106b SGB V führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach diesem Versorgungsauftrag erbrachten Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.
- (2) Ärztliche Leistungen, die nach § 13 dieser Vereinbarung vergütet und abgerechnet werden, werden nicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106d SGB V berücksichtigt.

§ 15

Besondere Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt bedarfsweise eine Aufstellung der teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die Teilnahmeerklärungen für Vertragsärzte (vgl. Anlage 2) zur Verfügung.

§ 16

Besondere Aufgaben der Krankenkasse

- (1) Die vertragsschließende Krankenkasse unterstützt das Versorgungsprogramm nach diesem Vertrag, indem sie ihre Versicherten in geeigneter Weise über den Vertrag informiert. Dazu entwickelt sie Informationsmaterialien für teilnahmeberechtigte Versicherte.
- (2) Die Bereitstellung und die Verteilung von Einschreibeunterlagen und Versicherteninformationen erfolgt durch die Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung, die diese den Ärzten zur Verfügung stellt.
- (3) Die vertragsschließende Krankenkasse unterstützt die teilnehmenden Ärzte bei der Umsetzung des Vertrages, z.B. durch entsprechende Informationsmaterialien und Benennung von Ansprechpartnern.

§ 17

Anpassungsklausel

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren, dass sie sich bei Bedarf über eine Weiterentwicklung des Vertrages verständigen.
- (2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.
- (3) Zu den Aufgaben der Vertragspartner gehören insbesondere auch:
 - die einheitliche Weiterentwicklung der Leistungen,
 - die Empfehlung zur Anerkennung von Fortbildungen,
 - das Vertragsmonitoring, insbesondere im Hinblick auf die erzielte Versorgungsqualität,
 - die Öffentlichkeitsarbeit.
- (4) Die Vertragspartner können sich darauf verständigen, dass die in Abs. 3 genannten Aufgaben von einem Vertragspartner übernommen werden.

§ 18

Teilnahme weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen, die nicht im Rubrum genannt wurden, ist möglich. Er beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages akzeptiert.

§ 19

Außendarstellung

- (1) Die Partner dieser Vereinbarung sind in gegenseitiger Abstimmung dazu berechtigt, den Versorgungsauftrag nach außen darzustellen. Dazu zählt die zweckmäßige

Information der Versicherten, interessierter Ärzte sowie interessierter Krankenkassen.

- (2) Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit und der Versicherten sind gemeinsam abzustimmen. Darüber hinaus können die einzelnen Vertragspartner die durch sie vertretenen Mitglieder nach Bedarf informieren.

§ 20

Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage geregelt. Sie ist Bestandteil dieser Vereinbarung.
- (2) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben der Vereinbarung und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. In der Technischen Anlage ist spezifiziert, wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend, jedoch längstens bis zum Ablauf einer Frist von 2 Wochen nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf dieser Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der Technischen Anlage als Datenannahmestellen aufgeführten annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der datenliefernden Stelle auf Nachlieferung.
- (3) Wenn die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 2 ordnungsgemäß erfüllt sind, ist die datenliefernde Stelle verpflichtet, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt der Reklamation korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

§ 21

Datenschutz und -transparenz

- (1) Die vertragsschließenden Parteien sowie die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte sind verpflichtet, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die vertragsschließenden Parteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach dem Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (2) Bei der Umsetzung des Vertrages sind die ärztliche Schweigepflicht sowie die einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu gewährleisten.

§ 22

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am **xx.xx.201x** in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner gegenüber dem/den anderen mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende, erstmals jedoch zum **xx.xx.xxxx**, schriftlich

gekündigt werden. Die Kündigung der Krankenkasse gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung dieses Vertrages erfolgt mit Wirkung für alle teilnehmenden Vertragsärzte, die Mitglied der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung sind und an diesem Vertrag teilnehmen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 23 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

Für die Kassenärztliche
Vereinigung

Für die Krankenkasse

Anlagen:

- Anlage 1: Muster-Teilnahmeerklärung Versicherter
- Anlage 2: Muster-Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 3: Teilnahmevoraussetzung und –berechtigung für Ärzte
- Anlage 4: Muster-Kooperationsvereinbarung
- Anlage 5: Standardisierte Therapiekontrolle NIV (VE1)
- Anlage 6a: Kontrolle und/oder Optimierung der NIV (VE2)
- Anlage 6b: Primär- und Folgeassessment bei invasiv Beatmeten oder abhängig NIV-Beatmeten (VE2)
- Anlage 7: Checklisten
- Anlage 8: Muster-Bericht über standardisierte Therapiekontrolle
- Anlage 9: Muster-Dokumentationsbogen
- Anlage 10: Vergütung

Anlage 1: Muster-Teilnahmeerklärung Versicherter

zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung von Beatmungspatienten als besonderer Versorgungsauftrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung X und der Krankenkasse Y

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

Patienteninformation:

Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine zielgerichtete, der Komplexität der Betreuung gerecht werdende qualifizierte Behandlung von Beatmungspatienten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen besondere Voraussetzungen erfüllen, um die Leistungen nach diesem Vertrag erbringen zu können.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind eine leitliniengerechte Versorgung von Beatmungspatienten sowie Koordination der medizinischen Behandlung und der betreffenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Hierzu werden durch die am Vertrag teilnehmenden Ärzte regionale Netzwerkstrukturen geschaffen, die eine koordinierte und leitliniengerechte Behandlung von Beatmungspatienten ermöglichen. Durch diese ambulante Behandlung sollen stationäre Aufenthalte vermieden und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig.

Hinweise zum Datenschutz:

Zu Abrechnungszwecken dürfen die Kassenärztliche Vereinigung und meine Krankenkasse meine Abrechnungsdaten von an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten erhalten. Ich willige ein, dass ggf. Daten zu meiner Keim- und Resistenzlage im Rahmen eines Hygieneplan im behandelnden Netzwerk weitergeben werden dürfen, um Übertragungen zu vermeiden und eine sichere Behandlung zu gewährleisten. Diese Daten werden nach Abschluss der Behandlung bzw. Abrechnung unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht.

Die sonstigen gesetzlichen Geheimhaltungspflichten und die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bleiben hiervon unberührt. Ich wurde über die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten umfassend informiert.

Erklärung der Patientin/des Patienten:

Ja, ich will an dem Vertrag zur Behandlung von Beatmungspatienten als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. **Ich bin darüber belehrt worden, dass ich diese Teilnahmeerklärung binnen zwei Wochen nach Unterschrift durch Abgabe einer Erklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse Y ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse Y.**

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Eine Kopie dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung für Versicherte wurde mir ausgehändigt.

Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

Vertragsarztstempel

Anlage 2:
Muster-Teilnahmeerklärung Arzt

Teilnahmeerklärung für Ärzte zum Vertrag zur Behandlung von Beatmungspatienten

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ bzw. in einer § 311er Einrichtung tätigen Arzt der Vertretungsberechtigte)

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Zugelassener **Facharzt/Fachärztin** für _____

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder* **den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt**

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____

Telefon/Fax _____

Zugelassener **Facharzt/Fachärztin** für _____

Tätig als: **Vertragsarzt** **angestellter Arzt**

Tätig in: **Einzelpraxis** **Berufsausübungsgemeinschaft** **MVZ oder Einrichtung nach § 311 SGB V**

Ich bestätige, die zur Teilnahme am Vertrag notwendigen Voraussetzungen zu erfüllen und lege die erforderlichen Nachweise als Anlage bei.

Die Antragstellung erfolgt für

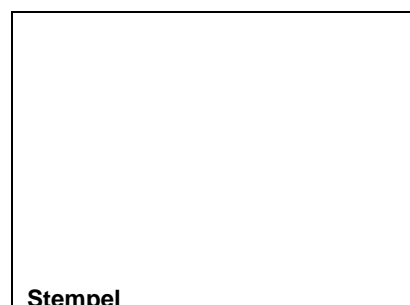
die Versorgungsebene 1 *oder* **die Versorgungsebene 2** *oder*

die Versorgungsebenen 1 und 2

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) erkläre die Teilnahme an o.g. Vereinbarung und verpflichte mich zur Einhaltung der darin getroffenen Regelungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift Vertragsarzt

Ort, Datum _____ ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ



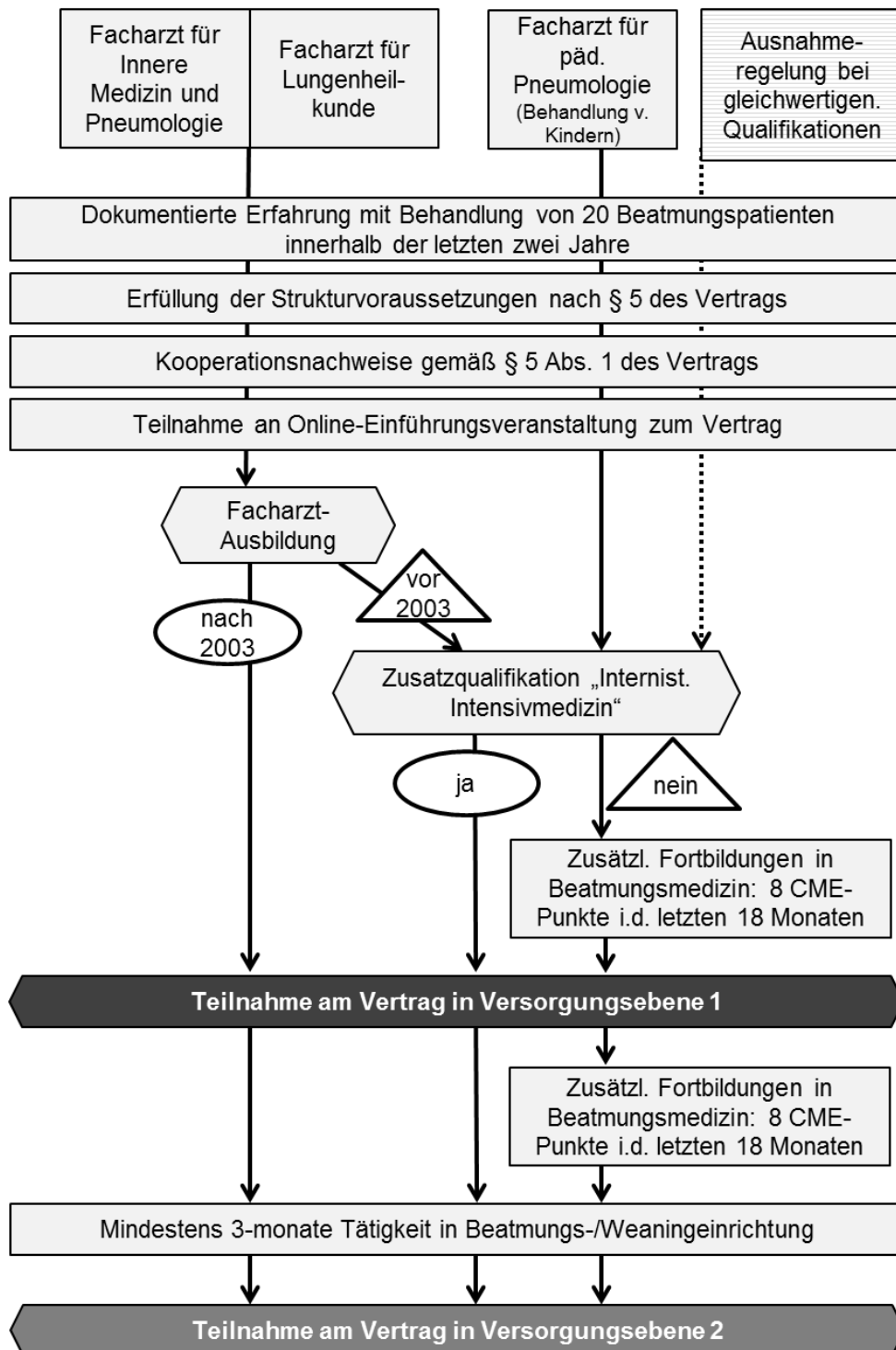
Kassenärztliche Vereinigung ...

...

...

Anlage 3:

Teilnahmevoraussetzung und –berechtigung für Ärzte



Anlage 4:
Muster-Kooperationsvereinbarung

Mustervereinbarung zur ärztlichen Versorgung im Rahmen des Vertrags „Versorgungskonzept zur Behandlung von Beatmungspatienten“ gemäß § 140a SGB V

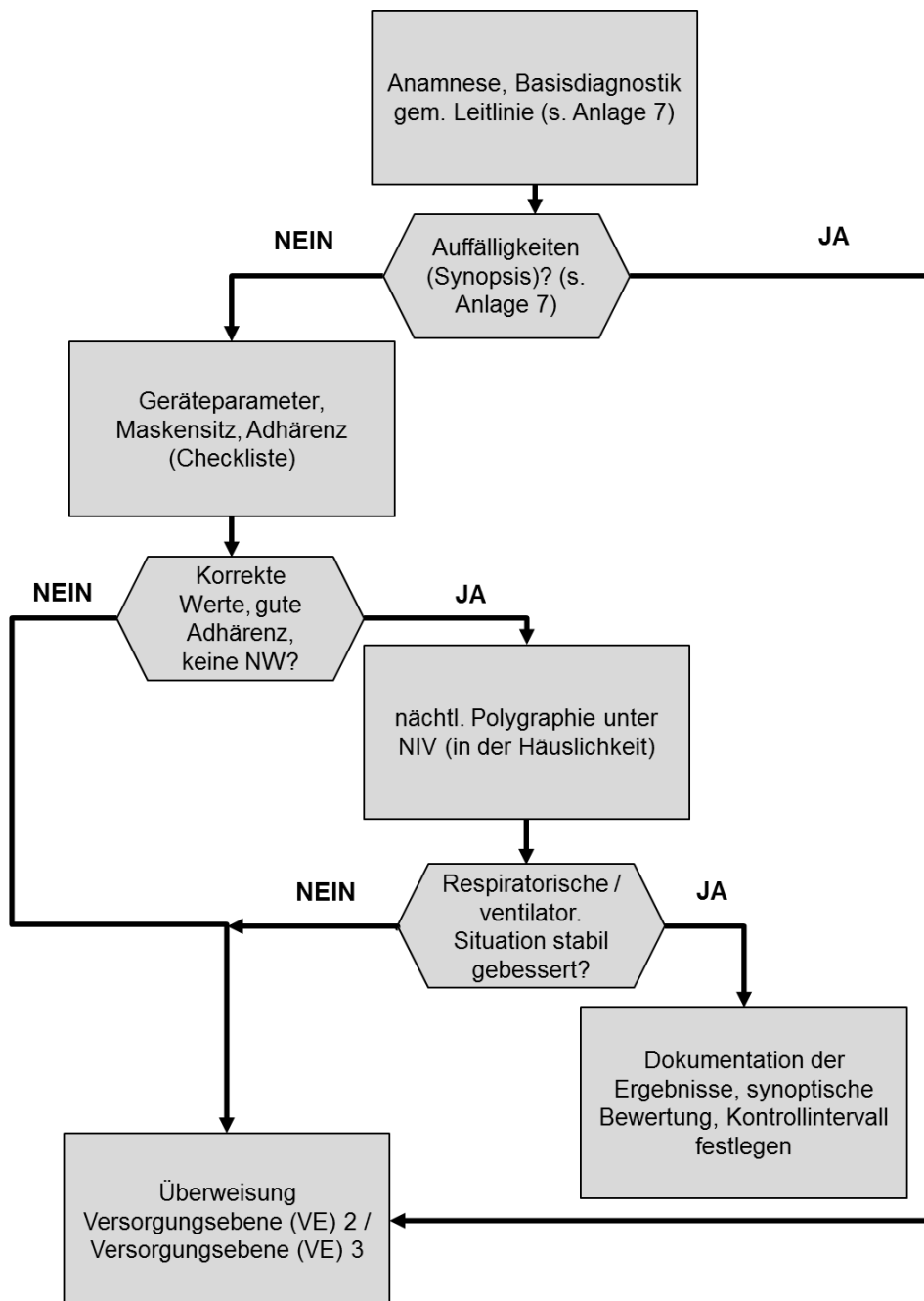
Die unterzeichnenden Ärzte bzw. Angehörigen sonstiger Heilberufe bilden ein Netzwerk zur Versorgung von Beatmungspatienten gemäß § 4 Abs. 1 – 4 des oben genannten Vertrags.

| Fachgebiet | Name + Anschrift | Unterschrift |
|---|------------------|--------------|
| Versorgungsebene 2 Netzwerkbeauftragter* : ... weitere Ärzte ... | | |
| Versorgungsebene 1 | | |
| Allgemeinmedizin/ Hausarzt | | |
| Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | | |
| Neurologie | | |
| Innere Medizin und Gastroenterologie | | |
| Pädiater | | |
| Facharzt mit Zusatz- Weiterbildung in Infektiologie | | |
| (Fach-)Pflege, Pflegedienst | | |
| Logopäde | | |
| Physiotherapeut | | |
| Ergotherapeut | | |
| Regionales Krankenhaus | | |
| Beatmungs-/Weaning- Einrichtung | | |

* Bei mehreren teilnehmenden Ärzten auf der Versorgungsebene 2 in einem Netzwerk ist ein Netzwerkbeauftragter zu benennen.

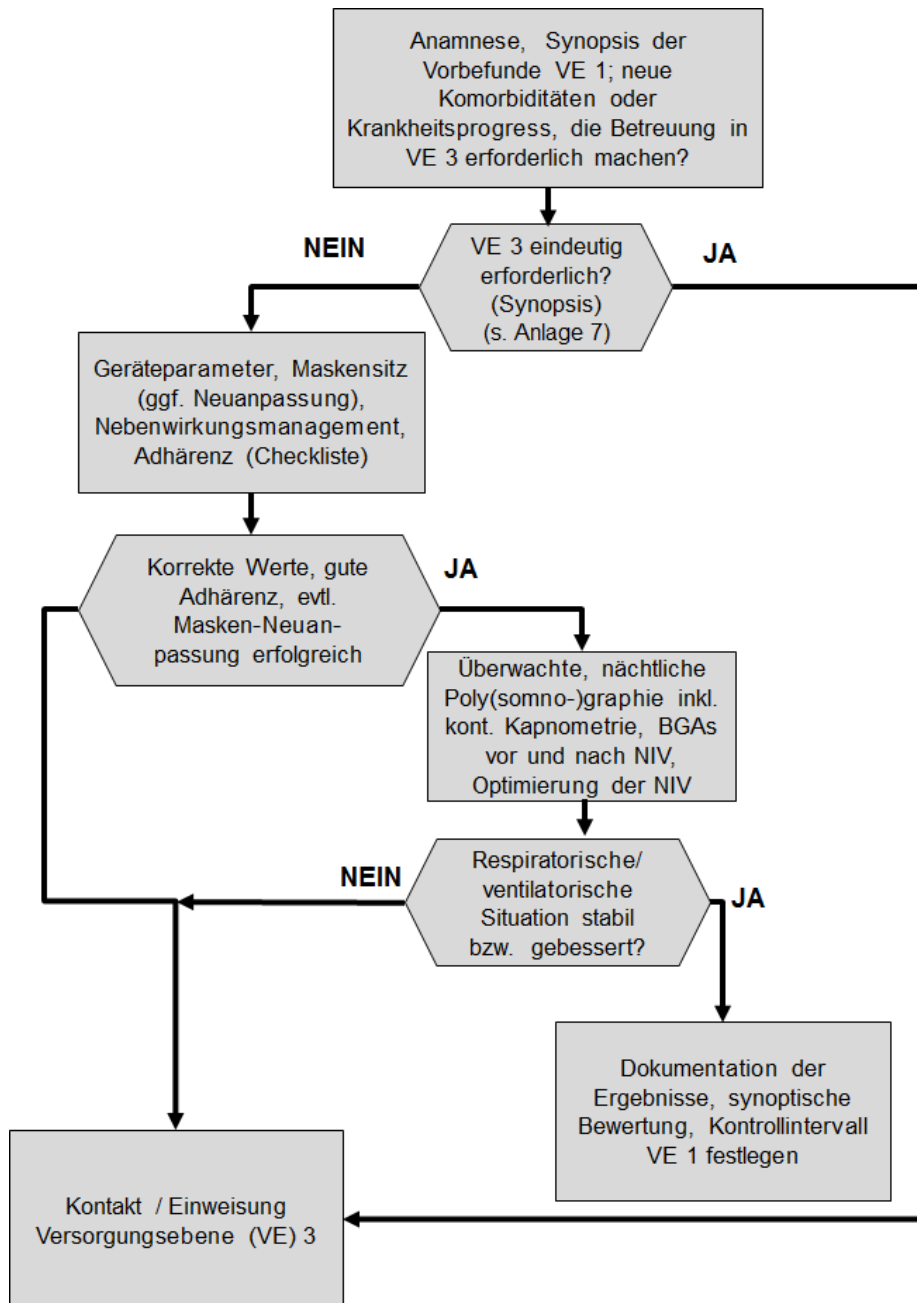
Anlage 5: Standardisierte Therapiekontrolle NIV

Überweiskriterien: VE 1 → VE 2



**Anlage 6a:
Kontrolle und/oder Optimierung der NIV (VE2)**

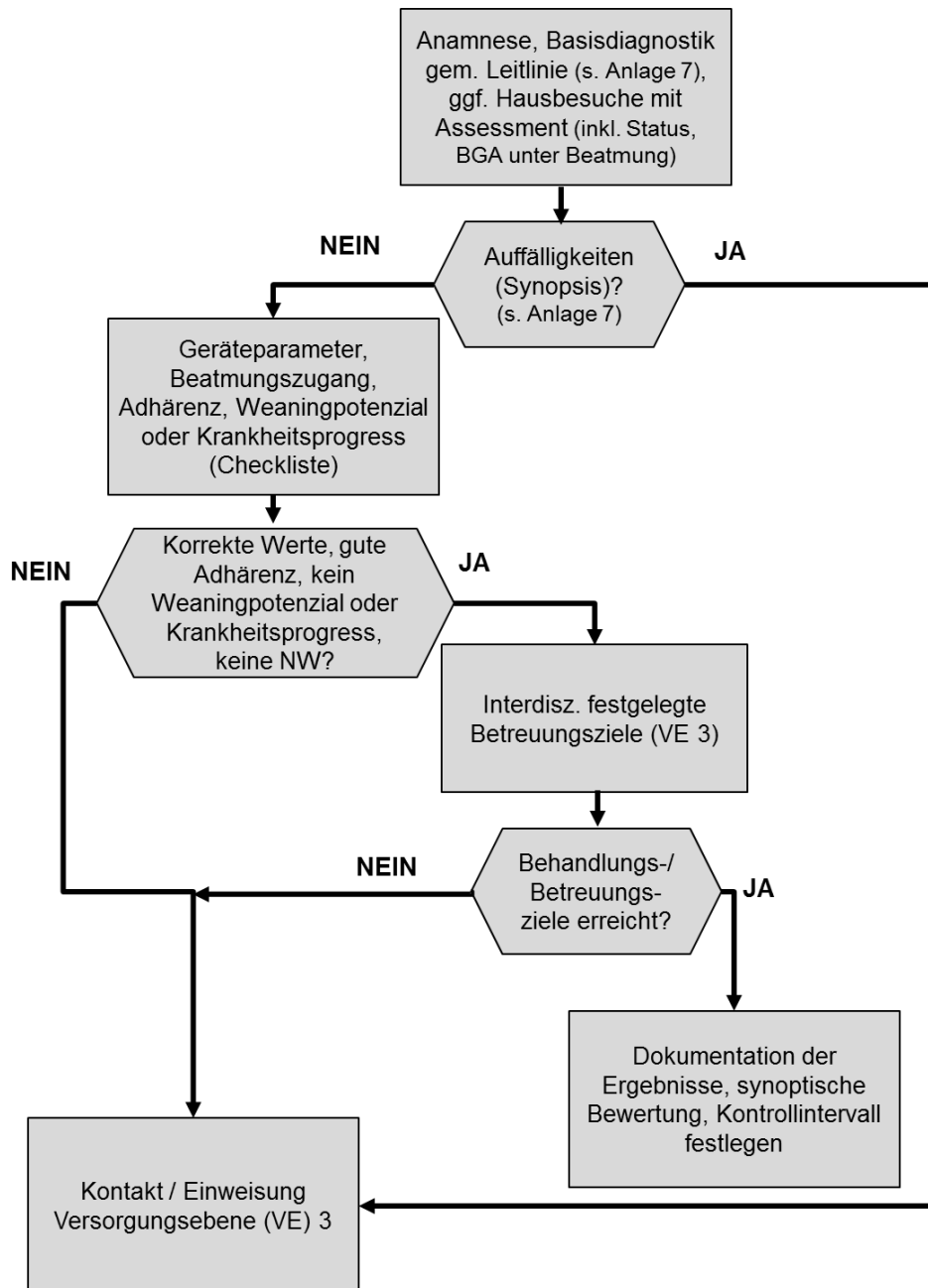
Überweisungskriterien: VE 2 → VE 3



Anlage 6b:

Beatmungsmedizinisches Primär- oder Folgeassessment (betrifft nur invasiv beatmete und abhängig nicht-invasiv beatmete Patienten)

Überweiskriterien: VE 2 → VE 3



Anlage 7: Checklisten

Basisdiagnostik gemäß aktueller S2-Leitlinie

- Größe und Gewicht, EKG
- Blutgasanalysen am Tage unter Raumlufbedingungen, bzw. bei Langzeitsauerstofftherapie mit der entsprechenden verordneten Sauerstoffflussrate
- Lungenfunktion (Spirometrie, Ganzkörperplethysmographie, ggf. atemmuskuläre Funktionsmessung (z.B. P0.1, PImax)
- ggf. Basislabor
- Röntgen des Thorax, ggf. Vorbilder hinzuziehen
- ggf. Belastungsuntersuchung (z.B. 6-Minuten-Gehtest)

Auffälligkeiten gemäß aktueller S2-Leitlinie:

- Zunahme von Dyspnoe / Reduktion der Belastbarkeit / Abgeschlagenheit
- Schlafstörungen (nächtliches Erwachen mit Dyspnoe, nicht erholsamer Schlaf, Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung, Alpträume)
- Erythrozytose (Polyglobulie)
- Zeichen der CO₂-assoziierten Vasodilatation (Gefäßerweiterung der Konjunktiven, Beinödeme, morgendliche Kopfschmerzen)
- Depression / Angst / Persönlichkeitsveränderungen
- Mehr Sekretproduktion
- Beinödeme zunehmend
- Zyanose neu oder zunehmend
- Zunehmende Tachykardie
- Absaugfrequenz erhöht
- Fieber
- Häufigere Gerätealarme
- Sauerstoffbedarf erhöht
- Beatmungszeiten zunehmend (Spontanatmungsphasen geringer)"
- Akuter Myokardinfarkt innerhalb der letzten 4 Wochen
- Instabile Angina pectoris
- Manifeste Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III oder IV

- Höhergradige Herzrhythmusstörung, wenn keine medikamentöse oder gerätetechnische Korrektur vorliegt
- Diabetes mellitus mit symptomatischen nächtlichen Hypoglykämien
- klinisch relevante Trachealstenose
- Medikamentös unzureichend eingestellte Epilepsie (persistierende Symptomatik bzw. nächtliche Krampfpotenziale)
- Verschlechterung der Begleitsymptome der Grunderkrankung (z.B. Dysphagie bei Amyotropher Lateralsklerose, Gewichtsabnahme bei COPD)

Überleitungsmanagement: Stationär → Ambulant

Medizinische Voraussetzungen für eine außerklinische Beatmung sind, dass bereits im entlassenden Krankenhaus folgende Kriterien erfüllt wurden:

- Prüfung, ob die Umstellung von einer invasiven auf eine nichtinvasive Beatmung möglich ist,
- aktuell keine weiteren kurzfristigen Fortschritte (innerhalb der nächsten 4 Wochen) im Weaningprozess zu erwarten sind,
- alle Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung ausgeschöpft wurden und zumindest eine stabile Situation der Beatmung über ≥ 7 Tage erreicht wurde,
- der Patient ohne kreislaufunterstützende Medikamente hämodynamisch stabil ist,
- die Nierenfunktion des Patienten stabil ist oder bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz die Dialyseversorgung sicher gestellt ist und
- die Ernährung oral, enteral mittels Ernährungssonde oder parenteral sichergestellt ist.

Der teilnehmende Arzt der Versorgungsebene 2 prüft nach § 9 Abs. (3) und (4) zum Zeitpunkt des Basisassessment und während seiner Kontrolluntersuchungen die o.g. Punkte. Sind diese nicht erfüllt, erfolgt die elektive Einweisung, gemäß individueller Faktoren in die am besten geeignete Abteilung (kooperierende Beatmungs-/Weaningeinrichtung).

In Akutfällen, die nicht das Weaning oder eine stationäre Beatmungsoptimierung betreffen, erfolgt die Einweisung in das nächstgelegene Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung.

Der teilnehmende Arzt der Versorgungsebene 2 entscheidet während seiner Betreuungszeit, ob und wann weitere Fachgebiete zur ambulanten Betreuung konsiliarisch oder therapeutisch hinzugezogen werden.

Anlage 8:

Muster-Bericht über standardisierte Therapiekontrolle

Standardisierte Therapiekontrolle bei apparativer Therapie von invasiv und nicht-invasiv beatmeten Patienten

Patientenkennung Geb., Ort, Straße

Hier Feld für Empfängeranrede („Arzt“), wir berichten Ihnen heute über unseren gemeinsamen Patienten.

O.g. Patient stellte sich am _____ in unserer Einrichtung zur Kontrolluntersuchung/Therapieoptimierung der apparativen Therapie einer chronischen ventilatorischen Insuffizienz vor. (Alternativ bei invasiv Beatmeten oder immobilen Patienten: Wir führten am eine Kontrolluntersuchung/Therapieoptimierung bzw. ein beatmungsmedizinisches Primärassessment der apparativen Therapie einer chronischen ventilatorischen Insuffizienz in der Häuslichkeit durch.

Diagnosen (ICD-Codierung):

Chronische ventilatorische Insuffizienz (J96.11) infolge

...
...

ggf. Abhängigkeit vom Respirator (bei beatmungsabhängigen) (Z99.0)

ggf. Vorhandensein eines Tracheostomas (Z93.0)

ggf. Dysphagie bei Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle, Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma (R13.1)

ggf. Funktionsstörung eines Tracheostomas, incl. Blutung aus dem Tracheostoma, Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges, Sepsis des Tracheostomas, Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie (J95.0)

ggf. Stenose der Trachea nach medizinischen Maßnahmen (J95.81) - excl. erworbene Trachealstenose (J39.80)

ggf. Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge (J95.82)

ggf. Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern (MRE U80. !, u.a. U81-85!)

Komorbiditäten:

...
...

Beatmungszugang: _____, (Maske, Tracheostoma etc.)

nicht-invasive Beatmung seit _____, / von _____ bis _____,

(wenn) tracheotomiert seit _____, / von _____ bis _____,

(wenn) invasiv beatmet seit _____, / von _____ bis _____,

ggf. letzter Aufenthalt in Beatmungseinrichtung von _____ bis _____

Beatmungsgerät Hersteller / Typ / Modell: Therapiegerät: _____,

wichtige Beatmungsparameter: Beatmungsform: _____, IPAP min/max: _____, EPAP/PEEP: _____, AZV: _____, ml, AF: _____/min

Zuletzt geändert am: _____,

(v.a. bei NIV) Vor-Zählerstand: _____, Stunden-Zählerstand aktuell: _____, durchschnittliche Nutzung pro Tag: _____.

Langzeitsauerstofftherapie: flow l/min (mit/ohne Beatmung), tgl. Nutzung, Mobilität: _____ h

ggf. weitere apparative Therapien: _____ (z.B. Cuff assist, Inhalationssystem, Befeuchtersystem etc.)

ggf. Zweitgerät: nein / ja: wenn ja, Funktionsprüfung erfolgt - Parameter identisch.

MRE im Fall _____ unbekannt / nein / nicht erhoben

MRE in der Vorgeschichte unbekannt / nein / nicht erhoben

wenn

Folgende Befunde wurden erhoben (zutreffendes auszufüllen):

Wichtige körperliche Untersuchungsbefunde:

BGA:

Lufu:

EKG:

Ggf. weitere:

Zusammenfassende Bewertung:

Die Kontroll-Untersuchung/ das Primärassessment ergab (k)eine ausreichende Stabilität von Grund- und Begleiterkrankung und (k)eine stabile und komplikationsfreie Beatmungssituation. Es besteht (k)eine ausreichende Adhärenz zur Therapie, Es traten keine / folgende Nebenwirkungen der Beatmung auf: (z.B. Maskenprobleme, Nasenschleimhautprobleme, Trachealstenose, ..., etc.) Die Beatmung führt zu einer aktuell nicht ausreichenden Augmentierung der alveolären Ventilation und ist aus (pneumologisch-beatmungs-) medizinischer Sicht nicht effektiv. (Unterstrichenes ggf. streichen). Die Pflege und Hilfsmittelversorgung ist in angemessener Art und Weise (nicht) gewährleistet.

Nach Zusammenschau aller erhobenen Befunde werden folgende Empfehlungen getroffen: (Unterstrichenes ggf. streichen)
Fortführung der o.g. Therapie, keine Änderung erforderlich. Ergänzungen:....

Eine konsiliarische Hinzuziehung des Facharztes für ... erfolgte. Eine Verordnung folgender Heil- u./o. Hilfsmittel erfolgte:

Die (elektive) Einweisung in die kooperierende Beatmungs-/Weaningeinrichtung wurde veranlasst.

Wir haben die Vorstellung im (VE 2/3) vorgesehen, da eine polysomnographisch/kapnographisch überwachte Therapiekontrolle/-optimierung medizinisch indiziert ist.

Ggf. weitere Maßnahmen: _____

Wir bitten um regelmäßige Kontrollen (incl. Labor) und ggf. Therapieoptimierung der Medikation... (z.B. Blutdruck, Diabetes, Niereninsuffizienz, etc.)

Wir haben – Ihr freundliches Einverständnis voraussetzend – den Patienten in _____ Monaten für die nächste Kontrolle vorgesehen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Anlage 9:
Muster-Dokumentationsbogen

| Item | Auswahl |
|---|--|
| Patientenkennung | |
| Geburtsjahr | |
| Geschlecht | männlich / weiblich |
| Pflegestufe | |
| Beatmungssetting | Beatmungs-WG, Häuslichkeit, ... |
| unterstützende Angehörige | |
| nicht-invasive Beatmung | seit / von ... bis |
| tracheotomiert | seit / von ... bis |
| invasiv beatmet | seit / von ... bis |
| Beatmungsgerät | Hersteller / Typ / Modell |
| Einstellungen / Beatmungsparameter | |
| stationäre Beatmung: Beginn | |
| Ende | |
| Anzahl Weaningversuche | Daten |
| | |
| MRE im Fall | unbekannt / nein / nicht erhoben / Erreger: .../ Resistenzspektrum |
| MRE in der Vorgeschichte | unbekannt / nein / nicht erhoben / Erreger: .../ Resistenzspektrum |
| | |
| <i>zu ergänzen...</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Anlage 10: Vergütung

Dem im Vertrag abgebildeten spezifischen und besonders komplexen Versorgungsbedarf von Beatmungspatienten soll mit dieser Vergütungsvereinbarung Rechnung getragen werden. Zudem soll die vorzuhaltende Struktur, die als Voraussetzung zur Teilnahme an dem Vertrag definiert wurde, abgebildet werden. Im Behandlungsfall kann ein Arzt entweder die unten aufgeführten Leistungen der Versorgungsebene (VE) 1 oder der VE 2 berechnen. (Ausnahme: s.u.)

Die versorgungsebenenspezifischen Leistungen sind patientenbezogen zu berechnen. Ärzte, die die Berechtigung haben, Leistungen aus beiden Versorgungsebenen zu berechnen, können nur die jeweiligen Leistungen der Versorgungsebene berechnen, in die der Patient eingestuft wurde. Ausnahme: Ergibt sich aus den Untersuchungen der VE 1 gemäß Anlage 5 unmittelbar die Notwendigkeit der Kontrolle u./o. Optimierung der NIV in VE 2 (Erfüllung von Überweiskriterien von der VE 1 in die VE 2) und sind die Ärzte berechtigt, aus beiden VE Leistungen zu berechnen, können Leistungen beider VE innerhalb eines Behandlungsfalles berechnet werden.

Versorgungsebene 1

Neben den Pauschalen der Versorgungsebene 1 können auch die versorgungsebenenübergreifenden Leistungen berechnet werden (siehe unten).

| Pseudo- ziffer | Leistungsbeschreibung | Vergütung |
|-------------------|--|--|
| xxxx | Durchführung der standardisierten Therapie- kontrolle NIV gemäß Anlage 5 Vorhaltung der in § 5 dargestellten besonderen Strukturvoraussetzungen und bedarfsgerechte Erbringung der Leistungen gemäß § 7 und § 8. | x € (max. einmal pro Quartal berechnungsfähig, mind. einmal pro Jahr zu erbringen) |

Versorgungsebene 2:

Neben den Pauschalen der Versorgungsebene 2 können auch die versorgungsebenenübergreifenden Leistungen berechnet werden (siehe unten).

| Pseudo- ziffer | Leistungsbeschreibung | Vergütung |
|-------------------|--|--|
| xxxx | Kontrolle u./o. Optimierung der NIV gemäß Anlage 6a, wenn ÜW-Kriterien gemäß Anlage 5 erfüllt waren (NIV-Patient) Vorhaltung der in § 5 dargestellten besonderen Struktur- voraussetzungen und bei bedarfsgerechter Erbringung der Leistungen gemäß § 7 und § 9. | x € (einmal pro Quartal berechnungsfähig) |

| | | |
|------|---|--|
| xxxx | <p>Beatmungsmedizinisches Primärassessment (Erstbegutachtung des neu in das Netzwerk aufzunehmenden, außerklinisch beatmungsabhängigen Patienten) gemäß Anlage 6b:</p> <p>mobile BGA unter Beatmung, Studium der Entlassungspapiere des verlegenden Krankenhauses, Studium und Überprüfung der Überleitbögen, Einschätzung von Weaningpotenzial, Prognose und möglichen Krankheits- und Lebensqualität verbessernden Maßnahmen, Erstellung von Behandlungsplänen, Erstverordnung der notwendigen Hilfs- und Heilmittel, patientenbezogene Koordination von Netzwerkpartnern etc.</p> | <p>x € (einmal je Patient berechnungsfähig)</p> |
| xxxx | <p>Beatmungsmedizinisches Folgeassessment (Verlaufsbeurteilung des bereits im Netzwerk aufgenommenen, außerklinisch beatmungsabhängigen Patienten) gemäß Anlage 6b:</p> <p>mobile BGA unter Beatmung, erneute Einschätzung von Weaningpotenzial, Prognose und möglichen Krankheits- und Lebensqualität verbessernden Maßnahmen, Anpassung von Behandlungsplänen, Folgeverordnung der notwendigen Hilfs- und Heilmittel, patientenbezogene Koordination von Netzwerkpartnern etc.</p> | <p>x € (einmal je Quartal berechnungsfähig)</p> |
| xxxx | <p>Hausbesuch durch den pneumologischen Assistenten gemäß § 5 Abs. 4 (regulär, geplant):</p> <p>Anamnese, körperliche Untersuchung, mobile BGA unter Beatmung, Studium der Pflege- und Heilmitteldokumentation, Auslesen, Übertragung (Schnittstelle) und Analyse evtl. gerätespezifischer Speichermedien, interdisziplinäre Beratung mit Beatmungsmediziner, Hausarzt, Pflegepersonal, Betreuern oder Angehörigen, Koordination von Netzwerkpartnern</p> | <p>x € je Besuch x € je Besuch eines weiteren Patienten in gleicher Wohneinheit</p> |
| xxxx | <p>Hausbesuch durch den pneumologischen Assistenten gemäß § 5 Abs. 4 (unmittelbar ausgeführt nach Bestellung, oder ab 19 Uhr bis 8 Uhr, oder an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen)</p> <p>Anamnese, körperliche Untersuchung, mobile BGA unter Beatmung, Studium der Pflege- und Heilmitteldokumentation, Auslesen, Übertragung (Schnittstelle) und Analyse evtl. gerätespezifischer Speichermedien, interdisziplinäre Beratung mit Beatmungsmediziner, Hausarzt, Pflegepersonal, Betreuern oder Angehörigen, Koordination von Netzwerkpartnern</p> | <p>x € je Besuch x € je Besuch eines weiteren Patienten in gleicher Wohneinheit</p> |
| xxxx | Trachealkanülenwechsel (Arzt) | x € |
| xxxx | Trachealkanülenwechsel (PA/AT) | x € |

| | | |
|------|---|-----------------|
| xxxx | Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13662 (Bronchoskopie) bei mobiler Erbringung (z.B. in der Häuslichkeit) | x € |
| xxxx | Beobachtung oder Betreuung am Patientenbett in kritischen Situationen oder nach Intervention, z.B. nach Kanülenwechsel oder Bronchoskopie, je 20 min, max. 60 min | x € / je 20 min |
| xxxx | Schulung Angehörige bzw. von Laienpflegekräften in Handhabung, Beatmungspflege, Bewältigung von Krisensituationen, Erkennen und Verhalten in kritischen Atemsituationen (mindestens 1, max. 3 UE im Krankheitsfall) | x € / UE |
| xxxx | Ausführliches ärztliches Gespräch zur Aufklärung, Beratung über Bewältigung einer schweren, chronischen Erkrankung mit erheblichen, lebensverändernden Umständen, verkürzter Lebenserwartung, oder Beratung über Patientenverfügung von Patienten, Angehörigen oder Pflege-, Betreuungspersonen (Mindestdauer 20 min) | x € |

Versorgungsebenenübergreifende Pauschalen:

| Pseudo-ziffer | patientenbezogene Leistungen | Vergütung |
|---------------|---|-----------|
| xxxx | Einschreibepauschale (bei Neupatienten) | x € |
| xxxx | NIV/LTOT-Patientenschulung in Gruppen bis max. 8 Personen, 6 UE à 45' (max. 6 UE im Krankheitsfall) | x € / UE |
| | | |
| xxxx | Konsiliarische Erörterung zwischen Ärzten unterschiedlicher Versorgungsebenen bzw. zwischen teilnehmenden Ärzten und Netzwerkärzten. <i>Abrechenbar für die an der Erörterung teilnehmenden Ärzte. Gemäß Anlage 4 (Kooperationsvereinbarung) eingetragene Netzwerkärzte dürfen diese Gebührenordnungsposition unter Angabe des koordinierenden Arztes der Versorgungsebene 2 berechnen.</i> <i>Die Teilnahme als Netzwerkarzt erfolgt immer auf Veranlassung durch einen koordinierenden Arzt der Versorgungsebene 2.</i> | x € |

| | | |
|------|---|----------------------------|
| xxxx | Zuschlag zum Hausbesuch für teilnehmende Ärzte Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01410 | x € |
| xxxx | Zuschlag zum Hausbesuch für Netzkärzte (Konsilzuschlag Hausbesuch) Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01410 <i>Gemäß Anlage 4 (Kooperationsvereinbarung) eingetragene Netzkärzte dürfen diese Gebührenordnungsposition unter Angabe des koordinierenden Arztes der Versorgungsebene 2 berechnen.</i> <i>Der Hausbesuch als Netzkarzt erfolgt immer auf Veranlassung durch einen koordinierenden Arzt der Versorgungsebene 2.</i> | x € |
| xxxx | Fallbezogene Hygienepauschale | x € je Quartal und Patient |

| Pseudo-ziffer | Nicht-patientenbezogene Leistungen | Vergütung |
|----------------------|---|------------------|
| xxxx | Koordinierungspauschale des Netzwerkbeauftragten 1x je Quartal, bei bis zu 10 invasiv beatmeten Patienten Leitung, Koordination des Netzwerkes, Ansprechperson für Netzwerk- und Vertragspartner, Kommunikation/Repräsentanz, Qualifikation, Fortbildung, Organisation und Moderation der jährlichen Netzwerktreffen/Qualitätszirkel bzw. Fallkonferenzen | x € / Quartal |
| xxxx | Zuschlag Koordinierungspauschale je weitere 5 Patienten | x € / Quartal |