

Vereinbarung zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
und
AOK Berlin – Die Gesundheitskasse
über
die Förderung einer qualitativen Präfinalversorgung
krebs- und AIDS-kranker Patienten im häuslichen Bereich
gemäß § 73 a SGB V

Präambel

Die Vertragspartner erklären einvernehmlich, die Vereinbarung vom 01.01.1994 mit den gebotenen Änderungen zu ersetzen und den besonderen Aufwand bei einem Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumor- bzw. AIDS-Erkrankung durch entsprechend qualifizierte Ärzte auch weiterhin zusätzlich zu unterstützen.

Die Partner dieser Vereinbarung sind sich einig, dass es sich bei diesen Leistungen nicht um solche handelt, die bereits durch den EBM erfasst und vergütet werden.

§ 1
Gegenstand und Ziel

- (1) Die vorliegende Vereinbarung regelt die Inanspruchnahme des Arztes durch einen schwerst krebs- bzw. AIDS-kranken Patienten für Besuche, Visiten und ärztliche Behandlungen beim Hausbesuch und berücksichtigt den besonderen zeitlichen, fachlichen und organisatorischen Aufwand durch einen Home-Care-Arzt. Aufgrund der 24-stündigen Verfügbarkeit im Rahmen der Home-Care-Versorgung soll die Leistung überwiegend durch einen in der onkologischen bzw. AIDS-Schwerpunktpraxis speziell für die Hausbesuchstätigkeit angestellten Home-Care-Arzt erbracht werden.
- (2) Als schwerst krebskranker Patient gilt ein antineoplastisch ausbehandelter Patient und als schwerst AIDS-kranker Patient gilt ein antiretroviral ausbehandelter Patient mit Zeichen der Progredienz, der seine Wohnung aufgrund seiner Krankheit nicht mehr ohne fremde Hilfe verlassen kann und ohne die spezialisierte ärztliche Betreuung auf eine stationäre Behandlung angewiesen wäre.
- (3) Die Partner dieser Vereinbarung schließen diese mit dem Ziel,
 - dem Versicherten eine qualitätsgesicherte hochwertige spezialisierte ärztliche Betreuung unter häuslichen Bedingungen anzubieten
 - dem Versicherten das Verbleiben zu Hause zu ermöglichen und stationäre Aufenthalte zu vermeiden.

§ 2 Teilnahme

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist gegenüber der KV Berlin schriftlich zu beantragen und ist erst mit der Erteilung einer Genehmigung durch die KV Berlin möglich.
- (2) Anträge zur Teilnahme an dieser Vereinbarung können nur niedergelassene Vertragsärzte mit der Abrechnungsgenehmigung gemäß der jeweiligen Onkologie- bzw. AIDS-Vereinbarung stellen. Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gem. § 3 Absatz 1 beizufügen. Dem Antrag ist ferner eine Verpflichtungserklärung beizufügen, nach der sich der Vertragsarzt bzw. der angestellte Arzt verpflichtet, die in der Vereinbarung aufgeführten Anforderungen, insbesondere gemäß § 3 Absatz 3 sicherzustellen und die Pflichten, insbesondere gemäß § 4, zu erfüllen.

Für Ärzte, die bereits vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung eine Genehmigung der KV Berlin zur Durchführung von Home-Care erhalten haben, gilt für ein Jahr die vereinfachte Verlängerung der Genehmigung / Teilnahme der befristeten Übergangsregelung gemäß § 9.

- (3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet:
 - Mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - Mit dem Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem der Vertragsarzt seine Tätigkeit als Home-Care-Arzt einstellt,
 - Mit der Feststellung der KV Berlin, dass der Home-Care-Arzt die Anforderungen dieser Vereinbarung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (4) Die AOK Berlin erhält jeweils eine Kopie des Genehmigungsbescheides sowie eine Benachrichtigung über die Beendigung der Teilnahme.

§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme

- (1) Die Voraussetzung für die Erbringung der Home-Care-Leistungen ist die Approbation als Arzt und der Nachweis umfassender Erfahrungen und Kenntnisse bei der Behandlung sterbender Krebs- bzw. AIDS-Patienten. Diese sind in geeigneter Weise zu belegen.
- (2) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen Zweifel an der fachlichen Befähigung, hat sich die Onkologie- bzw. AIDS-Kommission in einem Kolloquium gem. den Qualitätssicherungsrichtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V von der Fachkunde des Antragstellers bzw. des angestellten Arztes zu überzeugen.
- (3) Der Home-Care-Arzt hat eine 24-Stunden-Rufbereitschaft sicherzustellen. Die direkte Anbindung des Home-Care-Arztes an Schwerpunktpraxen für Onkologie bzw. für AIDS ist sicherzustellen.

§ 4 Pflichten des Home-Care-Arztes

- (1) Der Home-Care-Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an jährlich mindestens 6 von der KV Berlin oder der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunktthemen Onkologie / AIDS.
- (2) Der Home-Care-Arzt ist zur regelmäßigen Dokumentation gemäß Anlage 1 verpflichtet. Die Dokumentation muss für jeden Patienten, bei dem ein Home-Care-Besuch stattgefunden hat, am Ende des jeweiligen Quartals erstellt werden. Diese Dokumentation hat der Home-Care-Arzt der KV Berlin in anonymisierter Form zur Auswertung zur Verfügung zu stellen, sie ist bei der Quartalsabrechnung mit einzureichen.
- (3) Die erforderlichen Nachweise gemäß Absatz 1 sind einmal jährlich unaufgefordert bei der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen und zwar jeweils bis zum 31. März des Folgejahres.

§ 5 Leistung, Vergütung

- (1) Als besonderer organisatorischer Aufwand gilt die Festlegung, dass der Home-Care-Arzt grundsätzlich jeder Zeit, also auch nachts und an den Wochenenden, für seine Patienten erreichbar ist. Der zeitliche Aufwand des Hausbesuches beträgt mindestens 30 Minuten.
- (2) Der besondere Aufwand wird mit einem Zuschlag zur Nr. 25 BMÄ vergütet und unter der Pseudonummer 9055 P abgerechnet. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt auf dem Behandlungsausweis durch die onkologische Schwerpunktpraxis bzw. AIDS-Schwerpunktpraxis bzw. die unter die Übergangsregelung nach § 9 dieser Vereinbarung fallenden Praxen.
- (3) Der Zuschlag kann ab dem ersten Home-Care-Besuch nur einmal pro Tag und Home-Care-Patient abgerechnet werden. Ist im Ausnahmefall mehr als ein Home-Care-Besuch am Tag notwendig, so ist die Uhrzeit und eine Begründung für die Notwendigkeit eines weiteren Home-Care-Besuchs anzugeben.
- (4) Auf dem Behandlungsausweis ist der den Besuch ausführende Arzt zu kennzeichnen.
- (5) Je Quartal kann der niedergelassene Vertragsarzt auf Grund der Präsenzpflcht in seiner Praxis maximal **10** Home-Care-Patienten betreuen. Der angestellte Home-Care-Arzt kann maximal **100** Home-Care-Patienten betreuen.
- (6) Der Zuschlag beträgt 37 EUR, verändert um eine Variable nach § 6. Die Vergütung erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.
- (7) Die Vergütung setzt die Erfüllung aller Anforderungen gem. der §§ 2, 3 und 4 dieser Vereinbarung voraus, insbesondere die quartalsweise Abgabe der Dokumentationen.
- (8) Ärzte, die unter die Übergangsregelung lt. § 2 Absatz 2 und § 9 fallen, sind von der Fallzahlbegrenzung gem. Absatz 5 für ein Jahr ausgenommen.
- (9) Für niedergelassene Vertragsärzte, die unter die Übergangsregelung lt. § 2 Absatz 2 und § 9 fallen und die selber die Home-Care-Betreuung erbringen, kann innerhalb die-

ses Jahres der Vorstand der KV Berlin auf deren Antrag wegen „besonderer Ausrichtung der Praxis auf die Home-Care-Betreuung“ in Abweichung von Absatz 5, Satz 1 unbefristet eine Fallzahlbegrenzung von 100 Patienten genehmigen.

§ 6 Abrechnung

- (1) Die KV Berlin übermittelt der AOK Berlin quartalsweise eine Aufstellung der gemäß dieser Vereinbarung behandelten Patienten der AOK Berlin einschließlich der Anzahl der abgerechneten Frequenzen der Nummer 9055 P des aktuell abgeschlossenen Quartals sowie der 9055 des Vorjahresquartals bis zum 30. des Folgemonats. Die Aufstellung erfolgt getrennt nach den Statuskennzeichen der Versicherten bzw. betreuten Personen in elektronischer Form, z.B. Excel-Dateien.
- (2) Die Vergütung setzt zu einem bestimmten Teil den Nachweis von Krankenhausvermeidung voraus und erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Daten gemäß Absatz 1. Gemessen werden die durch Home-Care-Ärzte veranlassten Krankenhaufälle pro Quartal pro 100 behandelten Home-Care Patienten gegenüber dem Vorjahresquartal.
 - Steigen die Krankenhaufälle gegenüber dem Vorjahresquartal um 5%, erfolgt ein Abschlag des Zuschlages nach § 5 Absatz 6 in Höhe von 10 vom Hundert.
 - Sinken die Krankenhaufälle gegenüber dem Vorjahresquartal um 5%, erfolgt eine Erhöhung des Zuschlages nach § 5 Absatz 6 in Höhe von 10 vom Hundert.
- (3) Für den Personenkreis nach § 264 SGB V findet Absatz 2 keine Anwendung, die Höhe des Zuschlages beträgt kontinuierlich 37 EUR.
- (4) Die AOK Berlin übermittelt der Honorarabteilung der KV Berlin mit der Zahlung den nach Absatz 2 ermittelten Wert der Veränderung.
- (5) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen, nach Vorliegen von 2 Quartalen die Entwicklung der Krankenseinweisungen gemeinsam zu bewerten und sich ggf. über die Höhe der Vergütung erneut zu verständigen.

§ 7 Qualitätssicherung

- (1) Für die Umsetzung des Vertrages ist die Home-Care-Kommission zuständig, die mit Vertretern der Onkologie-Kommission bzw. der AIDS-Kommission der KV Berlin sowie einem nicht-stimmberechtigten Vertreter der AOK Berlin besetzt ist. Im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages haben die Kommissionen der KV Berlin folgende Aufgaben zu erfüllen:
 - die Prüfung der Eingangsvoraussetzungen sowie der Erfordernisse die sich aus den §§ 2 bis 4 ergeben
 - Beobachtung von Auffälligkeiten bei den von den Home-Care-Ärzten veranlassten Krankenseinweisungen und Einleitung von Steuerungsmaßnahmen
 - Durchführung von Kolloquien gem. § 3 Absatz 2.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin stellt der AOK Berlin jährlich einen Qualitätssicherungsbericht über die Home-Care-Versorgung zur Verfügung.

§ 8
Inkrafttreten und Kündigung

Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2004 in Kraft und gilt bis 31.12.2005.

§ 9
Übergangsregelung

Ärzte, die bereits vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung eine Genehmigung zur Durchführung von Home-Care durch die KV Berlin besitzen, behalten diese Genehmigung für ein Jahr, sofern sie innerhalb eines Monats nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung eine Verpflichtungserklärung bei der KV Berlin eingereicht haben, nach der sie sich verpflichten, die in dieser Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.

Berlin, 21.12.2004

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlage: Patientendokumentation

Name des H-C-Arztes:

Praxisstempel:

Patientenchiffre: männlich weiblich
(Anfangsbuchstabe des Nachnamens / Geburtsdatum)

Krankenkasse:

Beginn der Home-Care-Versorgung: ..

Primärdiagnose:

Home-Care-Betreuung veranlasst durch:	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> Hausarzt		
<input type="checkbox"/> OSP	<input type="checkbox"/> ASP	<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> Krankenkasse
<input type="checkbox"/> sonst. Facharzt	<input type="checkbox"/> andere Klinikabteilung	<input type="checkbox"/> Hospiz	<input type="checkbox"/> MDK	

Zuweisungsgründe (<i>alles Zutreffende ankreuzen</i>):	<input type="checkbox"/> Flüssigkeit	<input type="checkbox"/> hilflos
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> psychische Probleme	<input type="checkbox"/> Betreuung in der Terminalphase
<input type="checkbox"/> andere körperl. Beschwerden	<input type="checkbox"/> problematisches soz. Umfeld	<input type="checkbox"/> Pflegeprobleme
<input type="checkbox"/> Überlastung des Hausarztes	<input type="checkbox"/> Ernährungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> kein Hausarzt

Versorgung: <input type="checkbox"/> Sozialstat. <input type="checkbox"/> Angehörige	Pflegevers.: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stufe <input type="checkbox"/>
Pflegevers. angefordert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kausale Therapie möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie (oral)	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie (Parenteral)
<input type="checkbox"/> Ernährung (Parenteral)	Größe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gewicht: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Ende der Home-Care Versorgung am: .. **Begründung:****Krankenhaus-Einweisung**

am: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> HC-Arzt
am: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> HC-Arzt
am: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> HC-Arzt

Anzahl der Einweisungen: **Tod des Patienten am:** ..

Sterbeort: <input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Palliativstation	<input type="checkbox"/> andere Krankenhausabteilung
<input type="checkbox"/> stationäres Hospiz	<input type="checkbox"/> Senioren/Pflegeheim	

Anzahl der Home-Care-Besuche insgesamt:

Datum

Unterschrift

Vertragsanpassung

Die Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

und

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse

vereinbaren aufgrund der Umstellung auf den EBM2000 plus ab dem 01. April 2005 und dem Auslaufen des Vertrages zum 31.12.2005 die Vereinbarung über die Förderung einer qualitativen Präfinalversorgung krebs- und AIDS-kranker Patienten im häuslichen Bereich gemäß § 73 a SGB V vom 21.12.2004 wie folgt zu ändern.

1. § 5 Leistung, Vergütung (2)

Die Angabe „**Nr. 25 BMA**“ wird durch die Angabe „**Nrn. 01410, 01411 und 01412** (sowie nur für das zweite Quartal 2005 auch 01414) **EBM2000 plus**“ und die Angabe „**Pseudonummer 9055P**“ wird durch die Angabe „**Pseudonummer 99055P**“ ersetzt.

2. § 6 Abrechnung (1)

Die Angabe „**Nummer 9055P**“ wird durch die Angabe „**Nummer 99055P**“ ersetzt.

3. § 8 Inkrafttreten und Kündigung

Der Satz „Diese Vereinbarung tritt am 1.10.2004 in Kraft und gilt bis 31.12.2005.“ wird geändert in „Diese Vereinbarung tritt am 1.10.2004 in Kraft und kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden.“

Die Vereinbarung tritt zum 01. April 2005 in Kraft.

Berlin, 29.11.05

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

AOK Berlin – Die Gesundheitskasse
Der Vorstand