

Vertrag über die Home-Care-Betreuung

zwischen

der Knappschaft, Dienststelle Berlin

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Präambel

Die Vertragsparteien sehen es für erforderlich an, den besonderen Aufwand beim Besuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung bei Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen zusätzlich zu honorieren.

§ 1 Home-Care, Leistung und Vergütung

1. Als besondere Leistung gilt der Besuch bei einem Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung.

2. Leistungslegende und Bewertung:

Zuschlag zu den EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412 und 01413. Besonderer Aufwand (z.B. Opiattherapie schwerer Schmerzzustände, Behandlung Tumor- bzw. HIV-bedingter Entgleisungen des Flüssigkeitshaushaltes, Betreuung und Anleitung der pflegenden Bezugsperson) beim Besuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung durch einen Arzt mit besonderer Qualifikation. Zeitdauer mindestens 30 Minuten.

Die Leistung wird mit 37 Euro vergütet und ist unter der SNR 99055 abzurechnen.

Die Vergütung wird von der Knappschaft außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

3. Qualifikation des Arztes:

Die Abrechnung der unter 2. genannten Zuschlagsposition bedarf der vorherigen Genehmigung durch die KV Berlin. Ärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung für Home-Care-Leistungen gemäß einer der am 31.12.2008 in Kraft befindlichen Home-Care-Vereinbarungen im Bereich der KV Berlin bedürfen keiner besonderen neuen Antragstellung.

Voraussetzung zum Erwerb der Genehmigung sind eingehende Erfahrungen und Kenntnisse des Arztes bei der Behandlung sterbender Patienten. Diese sind in geeigneter Weise zu belegen. In Zweifelsfällen kann sich die Onkologiekommission (bzw. die AIDS-Kommission) hiervon durch ein kollegiales Gespräch überzeugen.

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. Der berechnigte Arzt soll einem AIDS-Zentrum bzw. einem Zentrum für Palliativ-Onkologie (z.B. Home-Care e.V.) angeschlossen sein.

4. Pflichten des Home-Care-Arztes:

Der Home-Care-Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an jährlich mindestens 6 von der KV Berlin oder der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunktthemen Onkologie bzw. AIDS.

Der Home-Care-Arzt ist zur regelmäßigen Dokumentation gemäß Anlage verpflichtet, dies gilt ab dem Quartal der Unterschrift zu dieser Vereinbarung. 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.

Die erforderlichen Nachweise gemäß Satz 1 sind einmal jährlich unaufgefordert bei der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen, und zwar jeweils bis zum 31. März des Folgejahres.

§ 2 Laufzeit und Kündigung

Der Vertrag tritt zum 01.01.2009 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Berlin, den *18.12.2008*

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand



Knappschaft
Dienststelle Berlin



Anlage: Home-Care-Dokumentation

Anlage Home-Care-Dokumentation**Patientendokumentation**Quartal/Jahr: /

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"/> sonst. Facharzt	<input type="checkbox"/> andere Klinikabteilung	<input type="checkbox"/> Hospiz	<input type="checkbox"/> MDK
		<input type="checkbox"/> Krankenkasse	

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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gewicht: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Ende der Home-Care Versorgung am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Begründung:
Krankenhaus-Einweisung	
am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> HC-Arzt
am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> HC-Arzt
am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	durch: <input type="checkbox"/> Angeh. <input type="checkbox"/> Notarzt <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> HC-Arzt
Anzahl der Einweisungen: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tod des Patienten am: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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