



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

VERTRAG

über ein

Versorgungsprogramm für pflegende Angehörige

nach § 73c SGB V



Präambel

Abschnitt 1 – Ziele und Geltungsbereich

- § 1 Ziele und Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

Abschnitt 2 – Teilnahmeverfahren

- § 4 Teilnahme der Versicherten
- § 5 Teilnahme der Vertragsärzte
- § 6 Teilnahmeverfahren

Abschnitt 3 – Vergütung und Abrechnung

- § 7 Vergütung
- § 8 Abrechnung

Abschnitt 4 – Programmsteuerung

- § 9 Besondere Aufgaben der Krankenkasse
- § 10 Besondere Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung
- § 11 Anpassungsklausel
- § 12 Teilnahme weiterer Krankenkassen
- § 13 Wirtschaftlichkeitsprüfung
- § 14 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung
- § 15 Datenschutz und -transparenz

Abschnitt 5 – Abschließende Bestimmungen

- § 16 Inkrafttreten und Kündigung
- § 17 Salvatorische Klausel

Präambel

Im Jahr 2011 waren in Deutschland 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig. Ein Großteil der Pflegebedürftigen wird durch An- und Zugehörige bzw. zusammen mit Pflegediensten ambulant betreut. Pflege einer nahestehenden Person kann dabei unabhängig von Alter, Geschlecht, Grund für die Pflegebedürftigkeit und Wohnsituation der zu pflegenden Person (eigene Wohnung, Wohngemeinschaft oder Heim) erfolgen. Aufgrund des demografischen Wandels ist mit einem Zuwachs der Anzahl von Pflegebedürftigen, insbesondere an Demenz erkrankter Menschen, zu rechnen (vgl. Statistisches Bundesamt)¹. Neben positiven Aspekten, z.B. Fürsorge für den An- bzw. Zugehörigen und dessen Verbleib in der Häuslichkeit, sind mit dieser Pflege und Betreuung auch subjektive und objektive Be- bzw. Überlastungen für die Pflegenden verbunden, was nachhaltigen Einfluss auf deren körperliche und seelische Gesundheit ausüben kann. Um die Pflege eines An- bzw. Zugehörigen fortführen zu können, sind das Erkennen von pflegebedingten Gesundheitsgefährdungen, die Unterstützung in gesundheitlichen Belastungssituationen sowie die Diagnose von aus der Pflegetätigkeit resultierenden Erkrankungen von besonderer Relevanz. Hierdurch lassen sich auch negative Auswirkungen auf den zu Pflegenden vermeiden. Grundlage hierfür ist die Sicherstellung einer guten ärztlichen Versorgung, die spezielle Diagnostik, präventive und rehabilitative Maßnahmen und gezielte Betreuung gewährleistet.

Bedingt durch einen Wandel der Familienstrukturen erfolgt die Pflege bzw. Versorgung von Pflegebedürftigen nicht mehr nur hauptsächlich von Familienangehörigen, sondern vermehrt auch von nicht verwandten Personen („versorgende Zugehörige“). Durch diesen Vertrag wird ein weiterführendes Versorgungs- und Präventionsangebot für pflegende Angehörige sowie für Personen, die nichtverwandte Personen pflegen bzw. versorgen, ermöglicht².

Dieser Vertrag basiert in wesentlichen Teilen auf der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zum Umgang mit pflegenden Angehörigen und wurde in enger Abstimmung mit dem federführenden Erstautor der Leitlinie, Prof. Lichte (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), sowie dem Angehörigenverband „wir pflegen“ erarbeitet.

Abschnitt 1 Ziele und Geltungsbereich

§ 1 Ziele und Gegenstand des Vertrages

Ziel des Vertrages ist die Minimierung gesundheitlicher Risiken und/oder Einschränkungen sowie die Verhinderung weiterer gesundheitlicher Einschränkungen bei pflegenden Angehörigen aufgrund der Pflege. Durch gezielte Situationsanalyse, Information, Beratungs- und Gesprächsangebote soll eine möglichst frühzeitige Unterstützung ermöglicht werden. Dieses Versorgungsprogramm bietet pflegenden Angehörigen gezielte individuelle Unterstützungs- und Präventionsangebote, um ihre Gesundheit, insbesondere Resilienz und ihr Empowerment, zu stärken.

¹ Demografischer Wandel in Deutschland 2010, Heft 2; Pflegestatistik 2011

² Der besseren Lesbarkeit halber wird im Vertrag von (pflegenden) Angehörigen gesprochen, hiermit sind jedoch auch versorgende Zugehörige gemeint.

Dieses Versorgungsprogramm umfasst insbesondere folgende Ziele:

- Erhalt und Förderung der eigenen Gesundheit von pflegenden Angehörigen
- Vermeidung von Morbidität und vorzeitiger Mortalität des pflegenden Angehörigen
- Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit bei pflegenden Angehörigen
- Stärkung und Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings
- Vermeidung von gefährlichen Verläufen (z.B. Gewalt, Vernachlässigung)
- Förderung der Vermittlung und Vernetzung von Beratungsangeboten

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der Krankenkasse x des KV Bezirks y, die einen oder mehrere Angehörige pflegen, betreuen bzw. versorgen sowie für Vertragsärzte mit Berechtigung der „psychosomatischen Grundversorgung“ oder gleichwertiger Qualifikation.

§ 3 Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

- (1) Die besondere ambulante ärztliche Versorgung übernehmen die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 5 (im Folgenden Ärzte genannt).
- (2) Die besondere ambulante ärztliche Versorgung durch die teilnehmenden Ärzte umfasst insbesondere die folgenden Aufgaben, die sich aus den in § 1 genannten Zielen ableiten:
 - Identifikation des pflegenden Angehörigen
 - Einbeziehung des medizinischen Fachpersonals zur Identifikation und niedrigschwelligen Ansprache pflegender Angehöriger
 - Identifikation des gesundheitlichen Risikos des pflegenden Angehörigen durch den Arzt (beispielsweise durch Kenntnis des häuslichen Umfeldes im Rahmen der Anamnese, im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung gemäß der Gebührenordnungsposition (GOP) 01732 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) oder einem problemorientierten ärztlichen Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung (GOP 03230 des EBM))
 - Information über die Inhalte des Vertrages
 - Beratung über die Teilnahme und Einschreibung des Versicherten in das Versorgungsprogramm
 - spezifische Anamnese unter Berücksichtigung der DEGAM Leitlinie zu pflegenden Angehörigen
 - Situationsbewertung (z.B. mittels Häuslicher Pflege-Skala (HPS) nach der DEGAM Leitlinie zu pflegenden Angehörigen)
 - Gespräch und Beratung zu körperlichen und psychosozialen Belangen und auf Wunsch des Versicherten Dokumentation der (pflegerischen) Entlastungsmöglichkeiten im Empfehlungsbogen für pflegende Angehörige (Anlage 2)

- Beratung zu gezielten Unterstützungsangeboten (z. B. Rückenschule, rehabilitative Angebote, psychotherapeutische Angebote) bezogen auf die spezifischen Belastungen durch die jeweilige Indikation des pflegenden Angehörigen (Anlage 1)
- Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten bzw. regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z.B. Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Alzheimertelefon) (Anlage 3).

Zur Überprüfung der in § 3 Abs. 2 genannten durchgeführten Angebote findet im Rahmen dieser Vereinbarung grundsätzlich ein Folgegespräch in der Regel im Laufe der kommenden sechs Monate zwischen dem nach § 5 teilnehmenden Arzt und dem pflegenden Angehörigen statt, in dem die Effekte der im Erstgespräch besprochenen Maßnahmen überprüft und ggf. angepasst werden.

Abschnitt 2 Teilnahmeverfahren

§ 4 Teilnahme der Versicherten

- (1) Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der unterzeichnenden Krankenkasse, die einen oder mehrere pflegebedürftige Angehörige pflegen bzw. betreuen.
- (2) Die Einschreibung erfolgt gemäß § 4 Abs. 5 dieses Vertrages durch den teilnehmenden Arzt.
- (3) Das Nähere zu Rechten und Pflichten des Versicherten ist in der Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des Vertrages geregelt. Unabhängig davon endet die Teilnahme an diesem Vertrag, wenn der Versicherte seine Teilnahme beendet. 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) Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig. Sie schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.
- (5) Entscheidet sich der Versicherte an dem Vertrag teilzunehmen, veranlasst der Arzt die Einschreibung gemäß der Teilnahmeerklärung in Anlage 5. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten innerhalb von 10 Tagen nach der Einschreibung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die unterzeichnende Krankenkasse weiterzuleiten. Näheres regelt die Technische Anlage. 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, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die unterzeichnende Krankenkasse informiert den teilnehmenden Arzt innerhalb von 10 Werktagen über den Widerruf der Teilnahme des Versicherten.
- (6) Die Teilnahme beginnt mit Datum der Einschreibung in den Vertrag.

§ 5 Teilnahme der Vertragsärzte

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung berechtigt sind Vertragsärzte mit Berechtigung der „psychosomatischen Grundversorgung“ oder gleichwertiger Qualifikation.

§ 6 Teilnahmeverfahren

- (1) Nach § 5 teilnahmeberechtigte Ärzte, die am Vertrag teilnehmen möchten, füllen die Teilnahmeerklärung in Anlage 4 aus.
- (2) Mit Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt berechtigt, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen und zu berechnen.
- (3) Die Teilnahme kann seitens des Arztes schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Quartalsende gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung beendet 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.

Abschnitt 3 Vergütung und Abrechnung

§ 7 Vergütung

- (1) Für die Aufgaben nach § 3 Abs. 2 erhält der teilnehmende Arzt die nachfolgende Vergütung:

GOP	Leistung	Vergütung
xxxxx	Pauschale für die Durchführung von Aufgaben gemäß § 3 Abs. 2 dieses Vertrages, Dauer mindestens 30 Minuten, ggf. in mehreren Sitzungen. Die Pauschale ist nur einmal entweder im Einschreibungsquartal oder im Folgequartal der Einschreibung des pflegenden Angehörigen berechnungsfähig. Diese Leistung ist in einem Zeitraum von 12 Monaten höchstens einmal berechnungsfähig.	50 €
xxxxx	Pauschale für Folgegespräch(e) gemäß § 3 Abs. 2 dieses Vertrages, Dauer mindestens 20 Minuten, ggf. in mehreren Sitzungen. Die Pauschale ist im 2. oder 3. Quartal nach dem Einschreibequartal höchstens einmal in einem Zeitraum von 12 Monaten berechnungsfähig.	35 €

- (2) Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erfolgt durch die Krankenkasse außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

§ 8 Abrechnung

Die Abrechnung der in den jeweiligen Verträgen vereinbarten Vergütung erfolgt gemäß § 295 SGB V über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten und Gebühren in Abzug zu bringen.

Abschnitt 4 Programmsteuerung

§ 9 Besondere Aufgaben der Krankenkasse

- (1) Die vertragsschließende Krankenkasse unterstützt das Versorgungsprogramm für pflegende Angehörige nach dieser Vereinbarung, 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.

§ 10 Besondere Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt bedarfsweise eine Aufstellung der teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die Teilnahmeerklärungen für Vertragsärzte (Anlage 4) zur Verfügung.

§ 11 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.

Die Vertragspartner können sich darauf verständigen, dass die in Abs. 3 genannten Aufgaben von einem Vertragspartner übernommen werden.

§ 12 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.

§ 13 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Vertragsärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, empfehlen die Vertragspartner, die nach dem jeweiligen Versorgungsauftrag erbrachten ärztlichen Leistungen und die veranlassten Leistungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der teilnehmende Vertragsarzt hat den erhöhten ärztlichen Aufwand sowie den Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.

§ 14 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 dieses Vertrages.
- (2) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten (z.B. Listen teilnehmender Vertragsärzte) ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben des Vertrages 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 „Datenannahmestelle“ aufgeführten annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der Daten liefernden Stelle auf Nachlieferung.
- (3) Werden die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 2 ordnungsgemäß erfüllt, ist die Daten liefernde Stelle verpflichtet, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt der Reklamation korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

§ 15 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.

Abschnitt 5

Abschließende Bestimmungen

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am xx.xx.xxxx 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.

§ 17 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

- 1) Checkliste für den Vertragsarzt
- 2) Empfehlungen für pflegende Angehörige
- 3) Informationspaket zu Präventions-, Hilfs- und Entlastungsangeboten
- 4) Teilnahmeerklärung Vertragsarzt
- 5) Teilnahmeerklärung Versicherter
- 6) Technische Anlage

(Die Anlagen werden, mit Ausnahme der Checkliste und den Empfehlungen für den pflegenden Angehörigen, bei Vertragsschluss erstellt.)