

Vereinbarung

für die Versorgung von Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen durch den behandlungsführenden Arzt im sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerk

als Anlage zum Bundesmantelvertrag - Ärzte

in Zusammenarbeit mit dem
Bundesverband der Belegärzte e.V.
und dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen
in Deutschland e.V.

[Ergänzung zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung
krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“
(Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag - Ärzte)]

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

§ 1 Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

§ 2 Patientengruppe

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und sektorenübergreifende Vernetzung

§ 3 Versorgungsauftrag

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte

§ 5 Strukturvoraussetzungen für das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk

Abschnitt III – Besondere Versorgungsangebote für onkologische Patienten

§ 6 Aufgaben des behandelnden Arztes

§ 7 Versorgungskonferenzen

§ 8 Case Management

§ 9 Notfallversorgung (24 h)

§ 10 Psychoonkologie (fakultativ)

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 11 Anerkennung

§ 12 Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

Abschnitt V – Qualitätssicherung

§ 13 Qualitätsförderung- und -sicherung

§ 14 Evaluation

Abschnitt VI – Ergänzende Bestimmungen

§ 15 Abrechnung und Vergütung

§ 16 Förderung

§ 17 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 18 Salvatorische Klausel

§ 19 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis (Inhalte nach Ausgestaltung der Vereinbarung)

Anlage 1: Vergütung

Anlage 2: Kooperationsvereinbarung (Muster)

Anlage 3: Maßnahmen zur Qualitätsförderung und -sicherung

Anlage 4: Versorgungsbericht

Anlage 5: Evaluation

Abschnitt I – Versorgungsziele und Patienten

Präambel

Die Wahrscheinlichkeit einer Krebserkrankung steigt mit fortgeschrittenem Alter. Der prognostizierte demographische Wandel lässt auf einen hohen Anstieg von Krebsneuerkrankungen schließen. Die Zahl der Krebs-Neuerkrankungen in Deutschland hat sich seit 1970 fast verdoppelt - auf 482.500 Menschen im Jahr 2013. Das geht aus dem Bericht zum Krebsgeschehen hervor, den das Robert Koch-Institut (RKI) und das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2016 vorstellte. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an onkologischer Versorgung zunimmt, da sich Krebserkrankungen zu chronischen Erkrankungen unter Langzeitbetreuung verändern.

Durch diese Vereinbarung soll eine zielgerichtete, der Komplexität des Versorgungsbedarfs gerecht werdende qualifizierte Behandlung von onkologischen und hämatologischen Patienten durch Belegärzte als behandlungsführende Ärzte in einem sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerk etabliert werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass der Patient auch vertragsärztlich stationär ganzheitlich und ohne Brüche behandelt werden kann. Das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk bietet hier eine neue und besondere Versorgungsstruktur, die Effizienz, Qualität und Patientensicherheit gewährleistet. Die Kooperation im Kompetenznetzwerk ermöglicht ein standardisiertes Schnittstellenmanagement einschließlich Terminkoordination, interprofessionelle Zusammenarbeit zum Beispiel durch Versorgungskonferenzen, Videokonsile und 24-Stunden-Erreichbarkeit des Teams der Behandlungsführenden Ärzte.

§ 1

Ziele und Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Komplexität der Krankheitsbilder und die Langfristigkeit einer aus vielen komplementären Einzeltherapien bestehenden Krebstherapie bedingen, dass ein onkologischer Patient sowohl ambulant als auch zeitweise belegärztlich/stationär behandelt wird. Für diese schwer erkrankten Patienten sind die Kontinuität in der Betreuung über die Versorgungsebenen und das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt¹ von besonderer Bedeutung. Mit dieser Vereinbarung erfolgt eine zielgerichtete Weiterentwicklung der onkologischen Kompetenzen in der ambulanten und belegärztlich onkologischen Versorgung durch ein sektorenübergreifendes und teamorientiertes onkologisches Kompetenznetzwerk.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

- (2) Mit dem Belegarzt steht dem Patienten nach dieser Vereinbarung ein und derselbe hochqualifizierte Facharzt für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung zur Verfügung. Der Belegarzt koordiniert als behandlungsführender Arzt die leitliniengerechte Behandlung des Patienten. Weitere Ärzte aber auch Mitglieder anderer Berufsgruppen gehören dem onkologischen Kompetenznetzwerk an und arbeiten eng mit Haus- und Fachärzten sowie Krankenhäusern zusammen. Der Patient wirkt aktiv an seiner Gesundheit durch eine gute Compliance und die Umsetzung der erforderlichen Therapiemaßnahmen mit.
- (3) Die Vereinbarung kann durch einheitliche und gemeinsame gesamtvertragliche Regelungen zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den zuständigen Ersatzkassen ergänzt werden.

§ 2 Patientengruppe

- (1) Diese Vereinbarung dient den onkologischen und hämatologischen Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung einer besonderen onkologischen/hämatologischen ambulanten und vertragsärztlich stationären (belegärztlichen) Behandlung bedürfen. Das Versorgungsprogramm richtet sich in der Regel an Patienten
 - zur komplexen (invasiven) Diagnostik,
 - unter belastender zytotoxischer Therapie,
 - zur komplexen tumorbedingten, ggf. operativ therapierbaren, ambulant nicht beherrschbaren Funktionsstörungen innerer Organe,
 - zur Schmerzmittelneueinstellung,
 - mit der Indikation zur Verabreichung von Blutersatz etc.,
 - im Rahmen der Therapie bei Komplikationen bzw. zur Stabilisierung,
 - zur palliativmedizinischen Versorgung.
- (2) Die Bedürfnisse, Wünsche und Gewohnheiten sowie die persönlichen Lebensumstände des Patienten sind individuell zu berücksichtigen. Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen sind zu beachten. Mit der Erkrankung sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihnen nahe stehende Personen häufig psychosoziale Bedürfnisse verbunden, die in der Betreuung zu berücksichtigen sind.

Abschnitt II – Versorgungsauftrag und Vernetzung

§ 3

Versorgungsauftrag

- (1) Der Versorgungsauftrag umfasst eine der onkologischen/hämatologischen Erkrankung fachübergreifende und umfassende Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung durch den behandlungsführenden Arzt. Der behandlungsführende Arzt bindet weitere Ärzte und andere Berufsgruppen in die Betreuung und Behandlung des Patienten ein. Der behandlungsführende Arzt koordiniert das multiprofessionelle und intersektoral tätige Team - das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk -, um eine optimale Versorgung der Patienten rund um die Uhr zu ermöglichen. Näheres hierzu regelt § 9.
- (2) Der Versorgungsauftrag umfasst die Aufgaben des behandlungsführenden Arztes und die besonderen Versorgungsangebote des Kompetenznetzwerkes wie Versorgungskonferenzen, Case Management, Notfallversorgung und Psychoonkologie nach Abschnitt III dieser Vereinbarung sowie die onkologische Nachsorge und die Veranlassung entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen. Der Arzt nach § 4 stellt die Diagnostik und Therapie für den onkologischen Patienten mit den beschriebenen Versorgungsinhalten sicher. Die individuelle Therapie erfolgt auf der Grundlage der Module nach Abschnitt III. Dadurch wird die adäquate Kombination der für das jeweilige Krankheitsbild erforderlichen ambulanten und stationären Leistungen gewährleistet.

§ 4

Teilnahmevoraussetzung für Ärzte

- (1) An dieser Vereinbarung können alle Ärzte mit Anerkennung als Belegarzt teilnehmen, die ihre Berechtigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) nachweisen. Der teilnehmende Arzt hat mit einem Krankenhaus einen Belegarztvertrag für Leistungen nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG abgeschlossen.
- (2) Zu den weiteren Teilnahmevoraussetzungen dieser Vereinbarung gehören:
 - a) der Nachweis der persönlichen und sächlichen Anforderungen und die Bereitschaft zur Erfüllung der Aufgaben nach Abschnitt III,
 - b) die Erfüllung der festgelegten Kooperationsvoraussetzungen nach § 5.

§ 5

Strukturvoraussetzungen für das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk

- (1) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt gewährleistet die erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit medizinischen, therapeutischen, pflegerischen, psychologischen und sozialen Diensten. Zu diesem Zweck bilden die teilnehmenden Ärzte ein sektorenübergreifendes Kompetenznetzwerk unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen.
- (2) Für die Regelung der Zusammenarbeit schließen mindestens drei nach § 4 teilnahmeberechtigte Ärzte eine Kooperationsvereinbarung für einen intersektoralen Kompetenzverbund über die nachstehenden Inhalte (Mindestanforderungen):
 - a) Struktur des Kompetenzzentrums, d.h. Benennung teilnehmender Ärzte (Beginn, Dauer und ggf. Beendigung der Kooperation, Name, Adresse, Profession und Unterschriften aller Kooperationspartner) sowie Beschreibung und Festlegung der Strukturen und Prozesse zur Übernahme der Aufgaben nach Abschnitt III für die Kooperation und die Form der Zusammenarbeit.
 - b) Vorlegen einer verbindlichen Vertretungsregelung für die sowohl ambulante als auch belegärztliche Tätigkeit. Der kooperierende und vertretende Arzt muss die Voraussetzungen für die ambulante und belegärztliche Tätigkeit erfüllen. Zur Wahrung der Kontinuität im Behandlungsprozess erfolgt die Behandlung im Vertretungsfall nach dem Facharztstatus.
 - c) Teilnehmende Ärzte beschäftigen eine onkologisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte, die über mindestens 2 Jahre Berufserfahrung in einer ärztlichen Praxis und über persönliche, soziale und fachliche Kompetenzen in der Versorgung onkologischer / hämatologischer Patienten verfügt. Die Fachangestellte verfügt über die onkologische Qualifikation nach dem Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Onkologie“. Diese onkologisch qualifizierte Medizinische Fachangestellte arbeitet auf Weisung des Arztes nach § 4 eng mit den an der Versorgung beteiligten Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zusammen.
 - d) Zur Versorgung der Patienten ist für das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk mindestens ein Case Manager entsprechend dem Fortbildungscurriculum „Case Management in der ambulanten medizinischen Versorgung“ der Bundesärztekammer mit mindestens durchschnittlich 20 h/Woche zu beschäftigen“.

- e) Fakultativ: Einbindung einer psychosozialen Fachkraft und eines Psychotherapeuten zur Umsetzung des Versorgungsmoduls „Psychoonkologie“.
- (3) Die Kooperationsvereinbarung nach Abs. 2 muss den Anforderungen des § 23b Musterberufsordnung genügen und dürfen zum Zeitpunkt der Antragsstellung nach § 11 nicht älter als 18 Monate sein. Bestehende ältere Kooperationen sind zu erneuern und ggf. anzupassen.

Abschnitt III – Besondere Versorgungsangebote für onkologische Patienten

§ 6

Aufgaben des behandelnden Arztes

- (1) Die Durchführung und / oder Veranlassung der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und die Sicherstellung der Kontinuität im Behandlungsprozess (Umsetzung des patientenindividuellen Therapieschemas) sowie die Koordination und Versorgungssteuerung des Patienten nach § 2 erfolgt durch den behandelnden Arzt; dazu gehört auch die Dokumentation und Umsetzung der Qualitätssicherung nach § 13. Daneben übernimmt der Arzt folgende Aufgaben:
- a) Umfassende Information und Aufklärung des Patienten und sofern gewünscht bzw. erforderlich seiner Angehörigen über Krankheit, Verlauf und Prognose,
 - b) integriertes Versorgungsangebot aus einer Hand durch die Organisation des Versorgungsprozesses,
 - c) Gewährleistung der geeigneten Behandlung in dringenden Fällen und bei Komplikationen,
 - d) konsiliarische Unterstützung behandelnder Ärzte.
- (2) Bei Indikation zur stationären Aufnahme² ist zur Sicherung der besonderen Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Vereinbarung die Aufnahme in die Belegabteilung des teilnehmenden Arztes vorzunehmen, sofern die Aufnahmeindikation mit der Versorgungsstufe und dem Leistungsspektrum der Klinik kompatibel ist.
- (3) Der behandelnde Arzt kooperiert eng mit dem Hausarzt des Patienten. Dies beinhaltet u. a. die Möglichkeit zur Teilnahme des Hausarztes an Teambesprechungen seines Patienten während der onkologischen Therapie. Der teilnehmende Arzt veranlasst strukturierte Berichte zur durchgeführten Diagnostik, deren Ergebnissen, der Therapieauswahl und des Therapieverlaufs an den Hausarzt / mitbehandelnde

² Sollte das Behandlungsziel nicht durch ambulante Maßnahmen zu erreichen sein: Anwendung der G-AEP Kriterien (German appropriate evaluation protocol. = Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen).

Fachärzte und führt bei Bedarf und sofern die Voraussetzungen gegeben sind Telekonsile mit den Ärzten durch.

(4) Der Arzt kooperiert im Rahmen einer ggf. erforderlichen palliativmedizinischen Behandlung eng mit:

- Stationäre Pflegeeinrichtungen und andere beschützende Einrichtungen,
- ambulante Hospizdienste,
- stationäre Hospize,
- Palliativdienste,
- Palliativstationen,
- SAPV-Teams,
- ggf. weitere Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten),
- an der Versorgung der Palliativpatienten beteiligten ambulanten Pflegediensten.

Dies betrifft insbesondere die Sicherstellung eines fließenden Übergangs zwischen der kurativen Behandlung und der palliativ-medizinischen Versorgung.

§ 7

Versorgungskonferenzen

- (1) In der Versorgungskonferenz besprechen die Ärzte nach § 4 gemeinsam mit den Mitgliedern des sektorenübergreifenden Kompetenznetzwerks die aktuelle Situation und stimmen die Versorgungsmöglichkeiten einschließlich des Therapieplans von Patienten ab. Gegenstand sind neben medizinischen Aspekten auch pflegerische, psychoonkologische, rehabilitative, soziale und sonstige Fragestellungen.
- (2) Der Arzt nach § 4 verantwortet die Terminierung und Zusammensetzung der Teilnehmer der Versorgungskonferenz. Die Dokumentation und ggf. Weitergabe der Ergebnisse mit dem Einverständnis des Patienten an relevante Ansprechpartner liegt ebenfalls in seiner Verantwortung. Je nach Ermessen können diese Aufgaben an einen Case Manager delegiert werden. Die Zusammensetzung der Versorgungskonferenz richtet sich nach der jeweiligen Versorgungssituation und wird flexibel gestaltet. Optional können Teilnehmer nur zu bestimmten Tagesordnungspunkten hinzugezogen werden. Sollte eine persönliche Teilnahme aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein, wird eine (video-)/telefonische Teilnahme angestrebt.
- (3) Im Rahmen der Versorgungskonferenz kann ein Online-Konsil angeboten werden. Über eine geschützte Online-Plattform können Untersuchungsergebnisse, Befunde u.ä. den anderen Teilnehmern zugänglich gemacht werden. Diese werden dann angefragt, innerhalb einer bestimmten Frist eine Einschätzung abzugeben. Bei Einhaltung der

datenschutzrechtlichen Bestimmungen können auch Externe in die konsiliarische Erörterung einbezogen werden.

§ 8

Case Management

- (1) Case Management ist im Rahmen der individuellen Patientenversorgung vom teilnehmenden Arzt anzuordnen. Das Case Management kann einzelne Prozessschritte oder die komplette Steuerung des Versorgungsprozesses beziehen und umfassen. Die Durchführung des Case Managements darf an speziell ausgebildete oder fortgebildete Mitarbeiter delegiert werden. Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung verbleibt beim Arzt.
- (2) Zum Case Management gehören im Einzelnen folgende Aufgaben:
 - a) Aufbau von Beziehungen und Kooperationsstrukturen mit nichtärztlichen Leistungserbringern, vor allem ambulanten Pflegediensten, vor- und nachbehandelnden Ärzten, Therapeuten.
 - b) Zusammenarbeit mit dem Krankenhausentlassmanagement.
 - c) Zusammenarbeit mit sozialen Diensten (z.B. Senioreninitiativen, Hausnotruf, Essen auf Rädern sowie Wohnraumanpassung, Angehörigenberatung, etc.).
 - d) Zusammenarbeit mit Krankenkassen etc..
 - e) Koordination der medizinischen Behandlung, insbesondere der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen durch den behandlungsführenden Arzt.
 - f) Vereinbarung von Terminen für Parallel- oder Folgebehandlungen inner- und außerhalb des Kompetenznetzwerks. Um eine bedarfsgerechte Terminvereinbarung zu gewährleisten, werden langfristige Kooperationen mit Ärzten und sonstigen Erbringern von Gesundheitsleistungen angestrebt.
 - g) Vereinbarung von Terminen mit bzw. Beauftragung von Dienstleistern aus den Bereichen Pflege, Soziales etc..
 - h) Besprechung mit dem Patienten / den Angehörigen über Versorgungsmöglichkeiten.
 - i) Vorbereitung und Nachbereitung sowie Mitwirken bei der Koordination und Durchführung der regelmäßigen Versorgungskonferenzen mit ggf. an der Versorgung beteiligten Pflegediensten und Therapeuten.
 - j) Mitwirken bei der Koordination des Überleitungsmanagements.

§ 9

Notfallversorgung (24 h)

- (1) Für die Strukturierung und Organisation der Notfallversorgung werden Maßnahmen und Standprozesse im Netzwerk festgelegt. Die teilnehmenden Ärzte im Netzwerk stellen sicher, dass eine telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) des ärztlichen Personals rund um die Uhr gegeben ist. Sowohl der Patient selbst als auch ggf. der Notarzt müssen immer in der Lage sein, den jeweiligen behandlungsführenden Arzt zu erreichen.
- (2) Bei Abwesenheit ist eine fachgleiche Vertretung innerhalb des Netzwerks zu gewährleisten.

§ 10

Psychoonkologie (fakultativ)

- (1) In Abstimmung mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten entscheidet der behandlungsführende Arzt anhand eines Screenings (z.B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D) gemeinsam mit dem Patienten, ob eine psychoonkologische Behandlung benötigt wird.
- (2) Je nach Schweregrad / Bedarf des Patienten kommt eine abgestufte Versorgung zum Einsatz:
 - Phase 1 - Leistungen: Information & Aufklärung, Screening (durch behandelnden Arzt, psychosoziale Fachkraft),
 - Phase 2 - Leistungen: Psychosoziale Versorgung (durch psychosoziale Fachkraft, Selbsthilfe),
 - Phase 3 - Leistungen: Psychoonkologische-psychotherapeutische Versorgung (durch Psychotherapeut),
 - Phase 4 - Leistungen: Komplexer Versorgungsbedarf (alle Beteiligten je nach Zuschnitt).

Als psychoonkologische Interventionen werden nicht-pharmakologische Interventionen verstanden, welche psychologische und sozialarbeiterische Methoden beinhalten. Die Inhalte der Versorgung richten sich nach der S3-Leitlinie Psychoonkologie.

Abschnitt IV – Teilnahmeverfahren

§ 11

Anerkennung

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist ein entsprechender Antrag an die für den Sitz des Antragstellers zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Dem Antrag sind die Nachweise für die Erfüllung der in Abschnitt II zur Versorgung von onkologischen Patienten genannten Voraussetzungen beizufügen. Die Kassenärztliche Vereinigung informiert über die geforderten Nachweispflichten.
- (2) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entscheidet über den Antrag nach Prüfung des Vorliegens der genannten Voraussetzungen. Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, genehmigt die Kassenärztliche Vereinigung die Teilnahme und bestätigt dem antragstellenden Arzt schriftlich seine Vertragsteilnahme. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist, dem antragstellenden Arzt die Teilnahme genehmigen. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der antragstellende Arzt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einen ablehnenden Bescheid mit entsprechender Begründung.
- (3) Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in Abschnitt II genannten Voraussetzungen betreffen.
- (4) Mit Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach dieser Vereinbarung zu erbringen.
- (5) Die Kassenärztliche Vereinigung kann bei Wegfall der Voraussetzungen nach Abschnitt II die Genehmigung nach Absatz 2 unter Berücksichtigung des Absatzes 6 vorzeitig widerrufen.
- (6) Bei einem Wegfall der Voraussetzungen verpflichten sich die Ärzte nach § 4 innerhalb von sechs Monaten Abhilfe zu schaffen.

§ 12

Beendigung oder Widerruf der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet:
 - a) mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b) mit dem Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Arzt seine Tätigkeit nach diesem Vertrag einstellt und dies der Kassenärztlichen Vereinigung mitgeteilt hat,

- c) mit der Feststellung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, dass die in diesem Vertrag festgelegten Erfordernisse durch den Arzt oder das Praxisteam nicht oder nicht mehr erfüllt werden.
- (2) Die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ist mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch die Kassenärztliche Vereinigung zu widerrufen, wenn die ordnungsgemäße Durchführung der Vereinbarung nicht mehr gewährleistet ist.

Abschnitt V - Qualitätssicherung

§ 13

Qualitätsförderung und -sicherung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen nach § 11.
- (2) Das sektorenübergreifende Kompetenznetzwerk erstellt jährlich einen Versorgungsbericht. Die qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen, die in die Versorgungsberichte einbezogen werden, ergeben sich aus Anlage 3. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt hierfür vorhandene Routinedaten zur Verfügung. Inhalt und Darstellung der Berichte entsprechen Anlage 4.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren den GKV-SV und die KBV anhand aggregierter Informationen entsprechend Absatz 2 über das Versorgungsgeschehen. Die KBV veröffentlicht jährlich einen Versorgungsbericht auf dieser Grundlage.

§ 14

Evaluation

Die Auswirkungen der nach diesem Vertrag beschriebenen Versorgung auf die Krankenkassen, die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung zu bewerten. Gegenstand der Bewertung ist insbesondere die Entwicklung der vorgesehenen Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Koordinations- und Kooperationsverpflichtungen unter den beteiligten Ärzten. Die Ergebnisse sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen und Grundlage für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs.

Abschnitt VI – Ergänzende Bestimmungen

§ 15

Abrechnung und Vergütung

- (1) Die Leistungen nach Abschnitt III dieser Vereinbarung werden nach Anlage 1 vergütet.
- (2) Die Abrechnung und Vergütung setzt die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung nach § 11 voraus.
- (3) Besteht zwischen dem Arzt und einem Krankenhaus ein Honorararztvertrag gemäß § 121 Absatz 5 SGB V oder wird ein entsprechender Vertrag abgeschlossen, ist die Abrechnung nach dieser Vereinbarung ausgeschlossen.
- (4) Für den zeitlichen Aufwand für die Weiterbildung von Ärzten zum Tätigkeitsspektrum dieser Vereinbarung erhalten die teilnehmenden Ärzte, die zur Weiterbildung ermächtigt sind, eine gesonderte Vergütung.

§ 16

Förderung

- (1) Krankenhäuser, die mit Ärzten nach § 4 einen Belegarztvertrag abgeschlossen haben, erhalten einen Zuschlag in der Höhe von 15 Prozent auf das nach § 18 KHEntgG abgerechnete Entgelt für Patienten nach § 2 (ggf. Diagnosespektrum / DRG).
- (2) Die Partner dieser Vereinbarung stellen sicher, dass Neuerungen und Anpassungen der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte in diesen Vertrag überführt werden.

§ 17

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Sollten durch die Umsetzung dieser Vereinbarung zusätzliche ärztliche Leistungen und Verordnungen durch die teilnehmenden Ärzte erforderlich werden und dies zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106a oder § 106b SGB V führen, empfehlen die Partner dieser Vereinbarung, 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.

§ 18

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt,

es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung 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 diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

- (2) Die Kassenärztliche Bundesvereinbarung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren, dass sie sich bei Bedarf über eine Weiterentwicklung der Vereinbarung verständigen.
- (3) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet einen unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.
- (4) 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.

§ 19

Inkrafttreten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt am xx.xx.xxxx in Kraft. Er kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband mit einer Frist von sechs Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband