

Vertrag zur Durchführung eines Modellvorhabens zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V

auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in den Regionen München, Würzburg, Kempten (Allgäu) und Amberg-Weizsach

zwischen den

1.

Krankenkassen (-Verbänden)

der **AOK Bayern - Die Gesundheitskasse**,
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,
vertreten durch Dr. Irmgard Stippler, Vorsitzende des Vorstandes

dem **BKK Landesverband Bayern**,
Züricher Str. 25, 81476 München
vertreten durch Dr. Ralf Langejürgen, Vorstandsvorsitzender

der **IKK classic**, handelnd als Landesverband
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
vertreten durch Frank Hippler, Vorstand

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse**,
Weissensteinstraße 70-72, 34131 Kassel
vertreten durch Claudia Lex, Geschäftsführerin

der **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München** -,
Putzbrunner Straße 73, 81739 München
vertreten durch Anton Haupenthal, Leiter der Regionaldirektion

und den **Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

Arnulfstr. 201a, 80634 München

vertreten durch Thomas Hackenberg,

Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

- Nachfolgend Krankenkassen –

sowie

2. Ärztlicher Leistungserbringer

dem/der Vertragsarzt/Vertragsärztin oder der Berufsausübungsgemeinschaft / dem MVZ (Name, Anschrift, BSNR, LANR)

- Nachfolgend Arzt -

Und ggf.

3. Pflegerischer Leistungserbringer

Bei Pflegeeinrichtung / ambulanter Pflegedienst (Name, Anschrift, IK) oder Vertragsarzt/MVZ/BAG (Name, Anschrift, BSNR, LANR)
angestellte Pflegefachperson nach § 14 Pflegeberufegesetz

Name der Pflegefachperson(en)

(Beschäftigtennummer):

- Nachfolgend Pflegefachperson -

Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	4
Abschnitt 1 - Vertragsgrundlagen	4
§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele.....	4
§ 2 Allgemeines.....	6
§ 3 Versorgungsauftrag	6
§ 4 Geltungsbereich	6
Abschnitt 2 – Teilnahme von Versicherten.....	7
§ 5 Teilnahme von Versicherten	7
§ 6 Selbstbestimmungsrecht des Versicherten.....	8
Abschnitt 3 – Teilnahme der Leistungserbringer.....	9
§ 7 Voraussetzungen, Zugang, Durchführung	9
Abschnitt 4 – Pflichten der Vertragspartner	11
§ 8 Pflichten der Krankenkassen	11
§ 9 Pflichten der Leistungserbringer (Vertragspartner zu 2 und 3).....	11
Abschnitt 5 – Vergütung	12
§ 10 Vergütung.....	12
§ 11 Datenübermittlung der Leistungserbringer	12
Abschnitt 6 – Sonstige Regelungen.....	13
§ 12 Qualitätssicherung, Monitoring und wissenschaftliche Evaluation.....	13
§ 13 Haftung.....	14
§ 14 Datenschutz	14
§ 15 Maßnahmen zu Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und Qualität.....	15
§ 16 Marketing und Öffentlichkeitsarbeit.....	15
§ 17 Vertraulichkeit.....	15
§ 18 Entwicklungsklausel	16
§ 19 Salvatorische Klausel	16
§ 20 Laufzeit, Inkrafttreten, Kündigung	16
§ 21 Schlussbestimmung	17

Präambel

Eine zentrale Herausforderung im deutschen Gesundheitswesen ist die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land sowie des Fachkräftebedarfs für die pflegerische Versorgung.

Zur Aufwertung des Pflegeberufs wurde in der Konzertierte Aktion Pflege vereinbart, die Möglichkeit der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen einzubeziehen. Der Gesetzgeber hat dies aufgegriffen und in § 64d SGB V normiert.

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen sieht durch die Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen.

Ziel dieses Modellvorhabens ist die Erprobung der Wahrnehmung von ärztlichen Leistungen, die eine selbständige, d.h. eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden, durch Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz.

Bei der selbständigen Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen ist die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachperson ein wichtiger Erfolgsfaktor. Daher sollen im Rahmen des Modellvorhabens auch Erkenntnisse für die interdisziplinäre Zusammenarbeit gewonnen werden und Standards entwickelt werden. Zu diesem Zweck schließen die Krankenkassen mit Leistungserbringern, die die Voraussetzungen des zur Durchführung des Modellvorhabens nach § 64d SGB V erfüllen einen dreiseitigen Vertrag zur Umsetzung des Modellvorhabens.

Grundlage zur Durchführung dieses Modellvorhabens bildet der Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e.V., der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., dem Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V., dem Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e.V., dem Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e.V., dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V., dem Deutschen Caritasverband e.V., dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., dem Deutschen Roten Kreuz e.V., Generalsekretariat, der Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., dem Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., der Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der jeweils aktuellen Fassung.

Abschnitt 1 - Vertragsgrundlagen

§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist ein Modellvorhaben nach § 64d SGB V zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen zur Versorgung chronischer Wunden und schwer heilenden Wunden. Zu diesem Zweck schließen die Krankenkassen mit Leistungserbringern, die die Voraussetzungen zur Durchführung des Modellvorhabens nach § 64d SGB V erfüllen einen dreiseitigen Vertrag zur Umsetzung des Modellvorhabens.

- (2) Bestandteil dieses Modellvorhabens ist der „Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V“ in der jeweils aktuellen Fassung (nachfolgend Rahmenvertrag – Anlage 1).

Darüber hinaus schließen die Ärzte mit den Leistungserbringern gemäß § 7 dieses Vertrages jeweils Kooperationsvereinbarungen, die das Nähere der Zusammenarbeit regeln. Diese Kooperationsvereinbarungen sind als Anlage 2 wesentlicher Bestandteil des Vertrages.

- (3) Ziel dieses Modellvorhabens ist die Erprobung der Ausübung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz.

Ergänzend ergeben sich daraus weitere Ziele:

- Erprobung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachperson
- Entwicklung von interprofessionellen Standards für eine Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachperson
- Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen
- Im Hinblick auf ein patientenzentriertes Versorgungsmanagement eine gestufte, qualitätsoptimierte und interdisziplinäre Versorgung
- Eine leitliniengerechte und qualitätsorientierte Versorgung
- Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe bzw. Komplikationen
- Förderung der Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Versicherten insbesondere zur Bewältigung ihrer krankheitsbedingt schwierigen Lebenssituation
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachperson

- (3) Im Fall eines Widerspruchs zwischen dem Vertragstext und einer Anlage hat der Vertragstext Vorrang.
- (4) Der Vertrag zu diesem Modellvorhaben besteht aus dem Hauptvertrag und den Anlagen 1- 8 mit jeweils folgenden Inhalten:

Anlage 1: Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V

Anlage 2: Kooperationsvereinbarung Leistungserbringer

Anlage 3: Katalog ärztlicher Tätigkeiten zur Versorgung von Versicherten mit chronischen und schwer heilenden Wunden

Anlage 4: Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 5: Adressliste der Krankenkassen zur Übermittlung der Teilnahmeerklärung Versicherter

Anlage 6: Übersicht ICD-10-GM 2022

Anlage 7: Leistungs- und Vergütungstabelle Pflegefachpersonen

Anlage 8: Leistungs- und Vergütungstabelle Ärzte

- (5) Die in Abs. 4 genannten Anlagen sind wesentliche Bestandteile des Vertrages.

§ 2 Allgemeines

- (1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.
- (2) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die im Vertrag und in den Anlagen genannten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern.
- (3) Die Vertragspartner werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information der an diesem Modellvorhaben teilnehmenden Beteiligten sicherzustellen.

§ 3 Versorgungsauftrag

Gegenstand des Versorgungsauftrages ist Erbringung der vom Arzt übertragenen ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen zur Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit chronischen Wunden und schwer heilenden Wunden sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachkraft. Die einzelnen Leistungen sind in Anlage 3 – Katalog ärztlicher Tätigkeiten geregelt.

§ 4 Geltungsbereich

- (1) Der Versorgungsvertrag gilt für alle Versicherte der vertragsschließenden Krankenkassen, die in München, Würzburg, Kempten (Allgäu) oder Amberg-Weizsach wohnhaft sind oder dort ihren medizinischen Versorgungsschwerpunkt haben und denen eine Teilnahme durch einen Vertragspartner am Modellvorhaben - Arzt oder einer Pflegefachperson, empfohlen wurde.

Die Modellregionen umfassen folgende Postleitzahlen:

München: 80331, 80333, 80335, 80336, 80337, 80339, 80469, 80538, 80539, 80634, 80636, 80637, 80638, 80639, 80686, 80687, 80689, 80796, 80797, 80798, 80799, 80801, 80802, 80803, 80804, 80805, 80807, 80809, 80933, 80935, 80937, 80939, 80992, 80993, 80995, 80997, 80999, 81241, 81243, 81245, 81247, 81248, 81249, 81369, 81371, 81373, 81375, 81377, 81379, 81475, 81476, 81477, 81479, 81539, 81541, 81543, 81545, 81547, 81549, 81667, 81669, 81671, 81673, 81675, 81677, 81679, 81735, 81737, 81739, 81825, 81827, 81829, 81925, 81927 und 81929.

Würzburg: 97070, 97072, 97074, 97076, 97078, 97080, 97082 und 97084.

Kempten (Allgäu): 87435, 87437, 87439 und 87439.

Amberg-Weizsach: 91249, 91275, 92237, 92242; 92245, 92249, 92253, 92256, 92259, 92260, 92262, 92263, 92265, 92266, 92268, 92271, 92272, 92274, 92275, 92277, 92278, 92280, 92281, 92284, 92286, 92287 und 92289.

- (2) Das Modellvorhaben gilt für die in § 7 dieses Vertrages genannten Leistungserbringer.

Abschnitt 2 – Teilnahme von Versicherten

§ 5 Teilnahme von Versicherten

(1) Die Teilnahme der Versicherten am Modellvorhaben ist freiwillig und erfolgt durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung (Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter) gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse. Zuständig ist die Krankenkasse (Anlage 5 – Adressliste der Krankenkassen zur Übermittlung der Teilnahmeerklärung Versicherter), bei der der Versicherte krankenversichert im Sinne SGB V ist (§ 5, § 9 oder § 10 SGB V). Die Versicherten können am Vertrag teilnehmen, sofern sie die im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme der Versicherten gemäß dieses Vertrages schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.

(2) Teilnehmen können alle Versicherten mit einer chronischen Wunde und schwer heilenden Wunde, mit einer in der Anlage 6 (Übersicht ICD- 10-GM 2022) aufgeführten Diagnose, die vom behandelnden Arzt festgestellt wurde.

(3) Die Einschreibung des Patienten in das Modellvorhaben erfolgt durch am Modellvorhaben teilnehmende Ärzte oder Pflegefachpersonen. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Einschreibung, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt des erfolgreichen Vertragschlusses der Leistungserbringer. Die jeweils zuständige Krankenkasse, bei der der Versicherte krankenversichert ist, kann die Teilnahme ablehnen, wenn die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 1 und 2 nicht erfüllt sind.

Soweit in diesem Vertrag Rechte und Pflichten für Versicherte geregelt werden, sind diese für den einzelnen Versicherten nur wirksam, wenn sie durch Abgabe der schriftlichen Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 gegenüber ihrer Krankenkasse als verbindlich anerkannt werden.

(4) Mit ihrer Teilnahme verpflichten sich die Versicherten, ausschließlich die gewählte Pflegefachperson oder den gewählten Vertragsarzt für die Leistungen aus diesem Vertrag in Anspruch zu nehmen. Ein Wechsel der Pflegefachperson oder des Vertragsarztes ist nur aus wichtigem Grund möglich. Wichtige Gründe in diesem Zusammenhang sind z.B. der Wohnortwechsel, die Praxisschließung oder ein gestörtes Arzt-Patientenverhältnis

(5) Die Teilnahme an der besonderen Versorgung kann innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse erfolgen. Er bedarf keiner Begründung. Leistungen, die vor dem Bekanntwerden des Widerrufs im Rahmen des Vertrages erbracht wurden, werden dem Leistungserbringer dennoch vergütet. Maßgeblich ist hier die Information des Leistungserbringers durch die Krankenkasse über den Widerruf der Teilnahme des Versicherten.

(6) Ändert sich der Vertragsinhalt und sind davon die Rechte und Pflichten des Versicherten betroffen, kann der Versicherte schriftlich innerhalb eines Monats nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber seiner Krankenkasse erklären, dass er seine Teilnahme sofort beenden möchte. Erfolgt die Erklärung nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen als genehmigt.

- (7) Der Versicherte kann nicht am Modellvorhaben teilnehmen, wenn er bereits an einem anderen Vertrag der jeweils zuständigen Krankenkasse mit gleichem bzw. ähnlichem Leistungsinhalt teilnimmt.
- (8) Die Versicherten können die Teilnahme jederzeit gegenüber der Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft ordentlich kündigen. Die Kündigung ist wirksam zum Monatsende des Monats der Kündigung (Datum der Kündigung ist maßgebend). Die Kündigung muss schriftlich oder elektronisch bzw. zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse erklärt werden und bedarf keiner Begründung. Die jeweils zuständige Krankenkasse stellt den Zeitpunkt der Beendigung mit Schreiben an den Versicherten fest. Eine Beendigung der Teilnahme hat keinerlei Auswirkungen auf die bestehende Krankenversicherung bei der jeweils zuständigen Krankenkasse. Die Kündigung der Teilnahme ist dem Leistungserbringer durch die Krankenkasse mitzuteilen.
- (9) Die Teilnahme des Versicherten endet mit vollständiger Erbringung der in diesem Vertrag geregelten Leistungen oder durch Erklärung des Versicherten und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, in dem der Vertrag – gleich aus welchem Rechtsgrund – endet. Die Teilnahme endet automatisch, wenn das Versichertenverhältnis zwischen dem Versicherten und der jeweils zuständigen Krankenkasse endet. Die jeweils zuständige Krankenkasse ist zur Beendigung der Teilnahme der Versicherten gemäß der Patienten-Information zur Teilnahme-Erklärung berechtigt.
- (10) Die Abgabe der Teilnahmeerklärungen der Versicherten muss aufgrund der begleitenden wissenschaftliche Evaluation spätestens zum 31.07.2026 erfolgen
- (11) Der Versicherte kann sich in dieses Modellvorhaben nur einmal einschreiben.

§ 6 Selbstbestimmungsrecht des Versicherten

Das Selbstbestimmungsrecht und das Recht zur freien Arztwahl der Versicherten sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme an diesem Modellvorhaben sind stets zu beachten. Eine selbstbestimmte Teilnahmeentscheidung setzt eine umfassende Kenntnis über die Inhalte dieses Modellvorhabens sowie zu den Rechten und Pflichten voraus, die durch die Teilnahme entstehen.

Abschnitt 3 – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 7 Voraussetzungen, Zugang, Durchführung

(1) Folgende Leistungserbringer kommen als Vertragspartner infrage:

a) Ärztliche Leistungserbringer:

Zugelassene und angestellte Ärzte, welche gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, mit Ausnahme von § 73 Abs. 1a Nr. 2 SGB V (Kinderärzte)

b) Pflegefachliche Leistungserbringer

- nach § 71 Abs. 2 SGB XI und § 132a Abs. 4 SGB V zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen mit Pflegefachpersonen nach § 14 Pflegeberufegesetz
- Bei nach Buchstabe a) angestellte Pflegefachpersonen nach § 14 Pflegeberufegesetz

(2) Bei Verhinderung der einschreibenden bzw. betreuenden Pflegefachperson hat der Leistungserbringer nach Buchstabe b) im Innenverhältnis die Vertretung durch eine Pflegefachperson mit Weiterbildung gemäß § 14 Pflegeberufegesetz sicherzustellen.

(3) Folgende Nachweise sind bei Vertragsschluss vorzulegen:

- Nachweis der Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz für die Indikation chronische und schwer heilende Wunden
- Betriebshaftpflichtversicherung, die auch die selbständige Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten gemäß diesem Vertrag umfasst
- Leistungserbringerkennzeichen/Beschäftigtennummer
- Konzept zur Gewährleistung der Vertretungssicherheit bei Ausfall der Pflegefachperson

Das Open-House Verfahren wird von der AOK Bayern durchgeführt. Die Nachweise sind zu übermitteln an: AOK Bayern, Vergabestelle SGB V, ZE25, open-house Rabattverträge, Carl-Wery-Strasse 28, 81739 München.

- (4) Die Tätigkeit des Arztes betrifft insbesondere die Diagnostik und Indikationsstellung. Die Tätigkeit der Pflegefachperson betrifft insbesondere ärztliche Tätigkeiten zur Versorgung des teilnehmenden Versicherten mit einer chronischen oder schwer heilenden Wunde, bei dem es sich um eine selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.
- (5) Die selbständige Ausübung durch Pflegefachpersonen setzt eine Diagnose und Indikationsstellung beim teilnehmenden Versicherten durch die beteiligten Ärzte voraus. Die Pflegefachperson ist an die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung nach S. 1 gebunden. Der Arzt teilt die Diagnose und Indikationsstellung der qualifizierten Pflegefachperson mit.
- (6) Die Ausübung der übertragenen Aufgaben wird begrenzt durch anderweitige entgegenstehende Entscheidungen oder Maßnahmen des Arztes, um eine kontraindizierte Behandlung zu vermeiden. Die Entscheidung wird von dem Arzt dokumentiert und der Pflegefachperson und dem teilnehmenden Versicherten mitgeteilt.

- (7) Die zu übertragenden ärztlichen Tätigkeiten sind Teil eines Pflege- und Therapieprozesses. Das Nähere zu den Grenzen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen ist in Anlage 3 – Katalog ärztlicher Tätigkeiten zur Versorgung von Versicherten mit chronischen und schwer heilenden Wunden geregelt.
- (8) Für die Verordnung der Leistungen und die Verwendung von Vordrucken gelten die §§ 5 und 6 des Rahmenvertrags zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V.
- (9) Erstverordnungen erforderlicher Maßnahmen der Krankenbehandlung gemäß § 5 Abs. 3 des Rahmenvertrages werden im Rahmen der Diagnose- und Indikationsstellung durch zugelassene Ärzte ausgestellt. Folgeverordnungen können durch Pflegefachpersonen erfolgen. Eine Einbindung des Arztes erfolgt bei jeder Änderung des gesundheitlichen Zustandes des teilnehmenden Versicherten, die eine erneute Diagnose- und Indikationsstellung des Arztes erforderlich macht.
- (10) Bei der Durchführung des Modellvorhabens gelten für Pflegefachpersonen die untergesetzlichen Regelungen und Normen, insbesondere die Heilmittel-Richtlinie, die Hilfsmittel-Richtlinie, Häusliche Krankenpflege-Richtlinie, Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Abschnitt P zur Anlage Va: Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung).
- (11) Die Organisationsstrukturen der Zusammenarbeit, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen werden für alle beteiligten Ärzte und Pflegefachpersonen in der gesonderten Kooperationsvereinbarung festgelegt. Diese beinhaltet alle für die Patientensicherheit relevanten Prozesse auf der Grundlage von anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Diese sind in Ablaufbeschreibungen unter Berücksichtigung der fachlichen Qualifikationen für alle an der Versorgung innerhalb des Modellvorhabens Beteiligten zu beschreiben. Darüber hinaus sind geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung, insbesondere zu einem Schnittstellenmanagement, festzulegen. Die Kooperationsvereinbarung nach Anlage 2 ist Bestandteil dieses Vertrages. Es gelten die Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit des Rahmenvertrags in § 9.

Abschnitt 4 – Pflichten der Vertragspartner

§ 8 Pflichten der Krankenkassen

Die Krankenkassen verpflichten sich, für die nach diesem Vertrag geschuldeten Leistungen, die vertraglich vereinbarte Vergütung nach Maßgabe der in diesem Vertrag und seinen Anlagen getroffenen Regelungen und Fristen an die Leistungserbringer zu zahlen.

§ 9 Pflichten der Leistungserbringer (Vertragspartner zu 2 und 3)

- (1) Der Arzt und die Pflegefachperson stimmen sich über die Aufnahme eines Versicherten in das Modellvorhaben ab. Der Arzt oder die Pflegefachperson verpflichten sich, die Versicherten bei der Einschreibung in das Modellvorhaben umfassend über deren Rechte und Pflichten sowie über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe zu informieren.
- (2) Der Arzt und die Pflegefachperson sorgen dafür, dass die Einschreibung von Patienten in das Modellvorhaben unter Berücksichtigung der Aufnahmekriterien gemäß § 5 sichergestellt wird.
- (3) Die unterschriebene Teilnahmeerklärung ist an die zuständige Krankenkasse, bei der der Versicherte krankenversichert ist, weiterzuleiten. Näheres ist in Anlage 5 geregelt.
- (4) Teilnahmeerklärungen, an denen der Versicherte Änderungen oder Streichungen vorgenommen hat, sind ungültig. Der Arzt und die Pflegefachperson verpflichten sich, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Freiwilligkeit der Teilnahme am Modellvorhaben gemäß § 6 stets zu beachten.
- (5) Arzt und Pflegefachperson haben gemeinsam die gesamte Ablaufbeschreibung der Versorgung gemäß der Kooperationsvereinbarung Leistungserbringer (Anhang der Anlage 2) sicherzustellen.
- (6) Die Teilnahme an diesem Vertrag sowie die Leistungen aus diesem Vertrag sind für die Versicherten kostenfrei. Lediglich gesetzlich vorgeschriebene Selbstbeteiligungen oder Zuzahlungen sind von diesem zu leisten, sofern sie auf die Leistungen aus diesem Vertrag anzuwenden sind. Darüber hinaus dürfen die behandelnden Ärzte oder Pflegefachpersonen den teilnehmenden Versicherten keine gesonderte Vergütung für die Leistungen aus diesem Vertrag in Rechnung stellen. Sofern hiergegen verstoßen wird, räumen die Krankenkassen den betreffenden Ärzten oder der Pflegefachkräfte ein Äußerungsrecht ein.
- (7) Die Bestimmungen zur Haftung nach § 13, zum Datenschutz nach § 14 und zur Vertraulichkeit nach § 17 gelten für alle Vertragspartner.
- (8) Der Arzt und die Pflegefachperson sind verpflichtet, die Organisationsstrukturen der Zusammenarbeit, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen in einer Kooperationsvereinbarung zu regeln (§ 9 Abs. 1 des Rahmenvertrags).

- (9) Für die Pflegefachperson gelten bei Durchführung des Modellvorhabens die untergesetzlichen Regelungen und Normen, insbesondere die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zur häuslichen Krankenpflege, Heilmitteln, Hilfsmitteln und Verbandmitteln (Anlage Va: Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung) in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

Abschnitt 5 – Vergütung

§ 10 Vergütung

- (1) Die Leistungsinhalte und die Höhe der Vergütungen für Pflegefachpersonen sind in der Anlage 7 – „Leistungs- und Vergütungstabelle Pflegefachpersonen“ geregelt. „Die Leistungsinhalte und Vergütungshöhe für Ärzte ist in der Anlage 8 – „Leistungs- und Vergütungstabelle Ärzte“ geregelt.
- (2) Die in den Anlagen 7 und 8 geregelten Abrechnungsziffern werden direkt mit den Ärzten und Pflegefachpersonen oder über deren Abrechnungsdienstleister quartalsweise mit der jeweiligen Krankenkasse, bei der der Versicherte krankenversichert ist, abgerechnet.
- (3) Die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen zur Umsetzung des Modellvorhabens insbesondere der Mitwirkung an der wissenschaftlichen Evaluation sind mit der Vergütung nach Abs. 1 abgegolten.
- (4) Führt der Arzt oder die Pflegefachperson ohne, dass eine Teilnahmeerklärung des Versicherten vorliegt oder ohne Vorlage einer gültigen Versichertenkarte im Rahmen dieses Vertrages Leistungen durch, wird die von ihm erbrachte Leistung nicht vergütet.

§ 11 Datenübermittlung der Leistungserbringer

- (1) Zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren nach § 7 rechnen die nach § 64d SGB V erbrachten Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung nach § 295 Abs. 1b SGB V oder über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ab. Bei zugelassenen Ärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren angestellte Pflegefachpersonen rechnen die erbrachten Leistungen nach § 64d SGB V mit der jeweiligen Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung nach § 295 Abs. 1b SGB V oder über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ab.
- (2) Pflegeeinrichtungen nach § 7 rechnen die nach § 64d Sozialgesetzbuch V erbrachten Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung nach § 302 SGB V ab.
- (3) Für Abs. 1 und 2 gilt § 14 (Datenschutz) entsprechend.
- (4) Für die Übermittlung der Vergütungspauschalen gemäß Anlage 7 und Anlage 8 sind die aufgeführten Abrechnungsziffern anzugeben.

Die Abrechnungsdaten sind der jeweiligen Krankenkasse spätestens sechs Wochen nach Quartalsende zu übermitteln. Die jeweilige Krankenkasse bezahlt die Rechnungsbeträge innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der richtigen, plausiblen und vollständigen Abrechnungsdaten.

- (5) Nachtragsrechnungen können maximal neun Monate nach Ende des Quartals gestellt werden, in dem die Leistung erbracht wurde.
- (6) Beanstandungen müssen von der Krankenkasse innerhalb von 24 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können vom Leistungserbringer innerhalb von 3 Monaten nach Mitteilung geltend gemacht werden.

Abschnitt 6 – Sonstige Regelungen

§ 12 Qualitätssicherung, Monitoring und wissenschaftliche Evaluation

- (1) Die Qualitätssicherung der Leistungserbringer erfolgt insbesondere im Rahmen des bestehenden Qualitätsmanagements mit Definition von Qualitätszielen, Umsetzung und Evaluierung der Zielerreichung zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen und wirtschaftlichen Effizienz sowie der Ergebnisqualität. Die Qualitätsziele werden in der Kooperationsvereinbarung zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung geregelt.
- (2) Durch die Krankenkassen erfolgt quartalsweise ein Monitoring, das insbesondere folgende Parameter umfasst:
 - Anzahl der vertragsschließenden Pflegefachpersonen
 - Anzahl der vertragsschließenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
 - Anzahl der vertragsschließenden Ärzte
 - Anzahl der teilnehmenden Versicherten
- (3) Die Krankenkassen haben gemäß § 65 SGB V eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung im Hinblick auf die Erreichung der Ziele des Modellvorhabens nach § 1 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Die Krankenkassen lassen mit diesem Modellvorhaben Datenanalysen durch ein gemeinsam zu beauftragendes Institut vorbereiten und initiieren. Die zur Beurteilung notwendigen Daten werden an den Evaluator gesendet. Konkrete Details werden in einer gesonderten Evaluationsvereinbarung zwischen der ARGE der Krankenkassen und dem Evaluator geregelt.
- (4) Der von unabhängigen Sachverständigen (Evaluator) zu erstellende Bericht über Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen. Dieser umfasst insbesondere
 - die Chancen und Hindernisse der Modellprojekte, insbesondere zu Implementierungsbarrieren und Grenzen der Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten,
 - einen Vorschlag zu einer Übernahme in die Regelversorgung,
 - Hinweise für die Entwicklung von Standards zur interprofessionellen Zusammenarbeit,
 - Qualitätsziele und Qualitätssicherungsinstrumente.
- (5) Um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Modellprojekten in den jeweiligen Bundesländern nach § 64d SGB V zu erreichen, wird eine länderübergreifende Evaluation angestrebt, in dem Synergien genutzt und der Aufwand von Ressourcen reduziert wird.
- (6) Die im Rahmen dieses Vertrages von Ärzten und Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen zur Umsetzung der wissenschaftlichen Begleitung sind mit der Vergütung nach § 10 abgegolten.

§ 13 Haftung

- (1) Die Leistungserbringer haften im Rahmen dieses Vertrages für die von ihnen jeweils durchgeführten und /oder übertragenen medizinischen Maßnahmen, für eigenes Verhalten sowie für Maßnahmen des angestellten Personals im Rahmen der einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.
- (2) Sollte ein Dritter einen Schaden durch das Verhalten eines einzelnen Arztes oder einer einzelnen Pflegefachperson in Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrags erleiden, so haftet nur der jeweilige Leistungserbringer für mögliche Schadensersatzansprüche.

§ 14 Datenschutz

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichten sich, bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten insbesondere die einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften (insbesondere die unmittelbar geltenden Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes, sowie – soweit zutreffend – des Bayerischen Datenschutzgesetzes) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne von § 67 Abs. 2 Satz 2 SGB X sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches (§§ 67 ff, 80 SGB X) sowie Art. 24 und 32 EU-DSVO zu beachten.
- (2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer verpflichten sich, im Rahmen der in diesem Vertrag (und seinen Anlagen) geregelten Abrechnung die gesetzlichen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu beachten und umzusetzen. Diese Verpflichtung gilt auch über das Ende dieses Vertragsverhältnisses hinaus.
- (3) Sofern der Leistungserbringer eine andere Stelle beauftragt hat, schließt er ergänzend zu den Regelungen von Abs. 1 mit der beauftragten anderen Stelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung zum Zweck der Abrechnung, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen geregelt werden. Im Übrigen gilt § 8 Abs. 1 des Rahmenvertrags zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d Sozialgesetzbuch V.
- (4) Die Weitergabe und Nutzung der die Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde innerhalb des Modellvorhabens bedarf der Einwilligung des Versicherten. Dieser ist schriftlich vorab ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung zu unterrichten. Diese Informationen dürfen nur für den anstehenden Behandlungsfall genutzt werden und nur von dem nach § 203 Strafgesetzbuch zur Geheimhaltung verpflichteten Personenkreis verwendet werden.

§ 15 Maßnahmen zu Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit und Qualität

- (1) Das Ordnungsrecht nach § 64d Sozialgesetzbuch V ist auf die Erfordernisse der Modellvorhaben nach § 64d Sozialgesetzbuch V beschränkt. Es gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung. § 73 Absatz 9 und Absatz 10 Sozialgesetzbuch V gelten entsprechend.
- (2) Die im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64d Sozialgesetzbuch V verordneten Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Sozialgesetzbuch V.
- (3) Im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64d Sozialgesetzbuch V kann die Verordnung von - Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und - häuslicher Krankenpflege erfolgen. Bei der Verordnung nach Satz 1 sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils aktuellen Fassung anzuwenden.
- (4) Gebührenpositionen der häuslichen Krankenpflege zur Wundversorgung dürfen nicht am gleichen Tag der Leistungserbringung nach diesem Vertrag abgerechnet werden.
- (5) Die Versicherte/der Versicherte hat bei der Verordnung von Leistungen die freie Wahl des Leistungserbringers. Die Versicherte/der Versicherte ist ausdrücklich auf das Recht der freien Wahl des Leistungserbringers hinzuweisen und nicht einzuschränken. § 128 Sozialgesetzbuch V findet Anwendung, es sei denn, anderweitige gesetzliche Regelungen stehen dem entgegen. Vereinbarungen oder Absprachen zwischen den an den Modellvorhaben nach § 64d Sozialgesetzbuch V teilnehmenden Leistungserbringern, Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern veranlasster Leistungen, die auf eine Zuweisung von Versicherten abzielen, sind unzulässig.
- (6) Die teilnehmenden Leistungserbringer regeln die Vertretung durch fachlich gleichwertig qualifizierte Personen, um eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten im Fall der Abwesenheit sicherzustellen. Die Teilnahme am Modellvorhaben endet automatisch bei einer Abwesenheit des Leistungserbringers von mehr als zwei vollen Kalendermonaten.

§ 16 Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Das Marketing und die Information der Öffentlichkeit und der Fachkreise über Inhalte, Vergütungsformen und Wirkungen dieses Vertrages sind zwischen den Krankenkassen abzustimmen.

§ 17 Vertraulichkeit

- (1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, die im Rahmen dieses Modellvorhabens zugänglich gemachten Informationen sowie Kenntnisse und Daten, die bei der Zusammenarbeit bzw. der Erfüllung der Vertragspflichten über Angelegenheiten - etwa technischer, kommerzieller oder organisatorischer Art - des Partners erlangt werden, vertraulich zu behandeln

und während der Dauer sowie nach Beendigung des Vertragsverhältnisses ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der vertragsschließenden Krankenkassen nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Die eigene Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieses Vertrages beschränkt.

- (2) Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses an diesem Vertrag bestehen.
- (3) Die Leistungserbringer sind ebenfalls verpflichtet, alle im Zusammenhang mit dem Vertrag überlassenen Unterlagen und übermittelten Informationen, die nicht mit dem open-house Verfahren veröffentlicht wurden, vertraulich zu behandeln und nicht ohne schriftliche Einwilligung der Krankenkassen an Dritte weiterzugeben.
- (4) Diese Regelungen gelten nicht, wenn die Weitergabe der Daten insbesondere aufgrund von Gesetzen, gerichtlichen Entscheidungen oder auf Verlangen der Aufsichtsbehörde erfolgt.

§ 18 Entwicklungsklausel

- (6) Die Krankenkassen sind sich bewusst, dass bei Abschluss des Vertrages nicht alle Möglichkeiten, die sich aus der künftigen medizinischen, technischen, wirtschaftlichen und gesetzlichen Entwicklung ergeben, geregelt werden können. Die Krankenkassen prüfen nach einer einjährigen Vertragslaufzeit eine Weiterentwicklung des Vertrags, insbesondere für Fallgestaltungen aus der Praxis, welche zu Vertragsbeginn ggf. noch nicht berücksichtigt worden sind.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien unverzüglich die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

§ 20 Laufzeit, Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag ist auf einen Zeitraum von vier Jahren befristet, beginnend am _____ (Datum ist von den Leistungserbringern entsprechend der Verfahrensbedingungen zu ergänzen) und endet zum 31.07.2027.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner ordentlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2024.
- (3) Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund, der zur sofortigen Kündigung ohne eine Einhaltung einer Kündigungsfrist und ohne Abmahnung berechtigt, ist dann gegeben, wenn einer vertragsschließenden Krankenkasse die

Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht zugemutet werden kann, z.B. wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Modellvorhabens sind, nicht erbracht oder vertragliche Pflichten nicht erfüllt werden oder wenn diese in erheblichem Umfang mangelhaft, und oder unvollständig erbracht bzw. erfüllt werden. Einen wichtigen Grund stellen z.B. auch gesetzliche Änderungen, Vorgaben der Aufsichtsbehörde oder gerichtliche Entscheidungen, die unmittelbare Auswirkungen auf die Inhalte dieses Vertrages haben, dar.

- (4) Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief gegenüber den jeweils anderen vertragsschließenden Krankenkassen sowie den übrigen Vertragspartnern (Leistungserbringer) zu erfolgen. Die den Vertrag kündigende Krankenkasse informiert jeweils ihre teilnehmenden Versicherten über die Beendigung der Teilnahme. Zudem informiert die kündigende Krankenkasse die Leistungserbringer, dass eine Einschreibung von Versicherten sowie eine Abrechnung von Leistungen über diesen Vertrag für Versicherte der kündigenden Krankenkasse nur bis zum Kündigungszeitpunkt möglich ist. Die Teilnahme des Versicherten endet automatisch zu dem Zeitpunkt, in dem die Krankenkasse den Vertrag gekündigt hat.

§ 21 Schlussbestimmung

- (1) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind wesentlicher Bestandteil des Vertrages.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages und der Anlagen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

München, den.....

München, den.....

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
Bevollmächtigter für Leistungs- und
Versorgungssteuerung
Peter Krase

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München

München, den

München, den

BKK Landesverband Bayern

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftli-
che Krankenkasse

München, den

München, den

IKK classic

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdeK)
Landesvertretung Bayern

Ärztlicher Leistungserbringer

Pflegerischer Leistungserbringer

Arzt/BAG/MVZ

Pflegeeinrichtung/ambulanter Pflegedienst
oder Arztpraxis