

Vorstands-Richtlinie der KVS

zur Weiterführung des Projektes
„Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig“

gültig ab 01.05.2021

gemäß Beschluss des Vorstandes der KVS vom 15.04.2021



Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Gegenstand und Ziele dieser Richtlinie.....	3
§ 2 Teilnahme der Patienten.....	4
§ 3 Teilnahme der Vertragsärzte	4
§ 4 Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte.....	5
§ 5 Aufgaben und Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland.....	6
§ 6 Vergütung und Abrechnung der Leistungen	6
§ 7 Datenschutz.....	8
§ 8 Salvatorische Klausel	9
§ 9 Inkrafttreten.....	9

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z. B. Ärzt*innen) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung

Präambel

Der Vorstand der KVS hat mit dem Beschluss vom 15.04.2021 beschlossen, dass das bis zum 30.04.2021 durch den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „SaarPHIR – Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“ bis Ende des Jahres 2021 durch Rückstellungen der KVS weiter finanziert werden soll.

Mit den bereitgestellten Mitteln sollen die im Rahmen des Innovationsfond-Projektes entwickelten Strukturen der ärztlichen wie pflegerischen Praxis zu verbindlichen kooperativen Versorgungsarrangements für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf Basis der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V zwischen der KVS, der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG) und den Krankenkassen¹ weiter gefördert werden.

Ziel dieses Versorgungsmodells ist eine optimierte Behandlung komplexer Krankheitsbilder, die insbesondere mit einer Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte einhergeht, um die Lebensqualität vulnerabler Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten. Die o.g. kooperativen Versorgungsarrangements sind durch die Bildung ärztlicher Versorgerteams für örtlich nahe gelegene Pflegeheime entstanden, so dass es Ärzten und Pflegeheimen möglich ist, Organisations- und Kommunikationsstandards zu entwickeln.

In dieser Richtlinie werden die Grundsätze zur Verwendung der Mittel für die Weiterführung des Projekts „SaarPHIR – Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“ festgelegt.

§ 1

Gegenstand und Ziele dieser Richtlinie

- (1) Die Richtlinie verfolgt im Rahmen des Projektes „SaarPHIR“ das Ziel, für Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen
 - a) die Lebensqualität zu verbessern,
 - b) die ambulante medizinische Versorgung zu optimieren,
 - c) vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, insbesondere durch Vermeidung nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte.

- (2) Diese Ziele werden durch
 - a) ein kooperatives Tätigwerden der Ärzte in den vollstationären Pflegeeinrichtungen,
 - b) die Bildung von mit den vollstationären Pflegeeinrichtungen kooperierenden Versorgergemeinschaften, die die ambulante medizinische Versorgung der Bewohner dort übernehmen,
 - c) eine Optimierung der Arzneimitteltherapieerreicht.

- (3) Der primäre Ansprechpartner für Bewohner in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ist der in einer anerkannten Versorgergemeinschaft tätige Hausarzt, der vom Versicherten zu seiner hausärztlichen Versorgung gewählt wurde (behandelnder Hausarzt).

- (4) Die Richtlinie beinhaltet zusätzlichen Leistungen, die über die Regelversorgung des Kapitels 37 EBM hinausgehen.

¹ AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, KNAPPSCHAFT, IKK Südwest, BKK-LV, SVLFG, BARMER, TK, DAK-Gesundheit, KKH, BIG direkt gesund

§ 2 Teilnahme der Patienten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle GKV-Patienten, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung gemäß § 3 Abs. 2 im Bezirk der KVS leben. Zusätzlich muss der Patient von einem an dem Projekt teilnehmenden Hausarzt gemäß § 3, der mit der vollstationären Pflegeeinrichtung kooperierenden Versorgungsgemeinschaft betreut werden.
- (2) Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist für die Patienten freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V wird durch diese Richtlinie grundsätzlich nicht eingeschränkt. Während der Teilnahme an diesem Projekt ist der Patient für die in der Richtlinie geregelten Leistungen an die an dem Projekt teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Dies gilt nicht für medizinische Notfälle oder im Falle einer Überweisung durch teilnehmende Leistungserbringer.
- (3) Die KVS geht davon aus, dass die Patienten vor Ihrer Teilnahme umfassend über die Inhalte dieses Projektes aufgeklärt wurden.

§ 3 Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte (**Haus- und Fachärzte**) des Bezirks der KVS, die an der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V mit der SPG und den Krankenkassen teilnehmen und in der Präambel zu Kapitel 37.1 EBM benannt sind. Ab dem 01.05.2021 bis zum Ende der Projektlaufzeit, dem 31.12.2021, ist keine neue Einschreibung von Vertragsärzten mehr möglich.
- (2) Für die Erbringung von Leistungen nach dieser Vereinbarung muss der Arzt seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS erklärt haben und zusätzlich mit der vollstationären Pflegeeinrichtung die Wahrnehmung eines heimbezogenen Versorgungsauftrags vereinbart haben (§ 119b SGB V) und somit eine pflegeeinrichtungsbezogene Versorgungsgemeinschaft bilden. Die Versorgungsgemeinschaft muss ebenfalls bei der KVS angezeigt worden sein und muss die teilnehmenden Vertragsärzte sowie die vollstationäre Pflegeeinrichtung enthalten, die durch die Versorgungsgemeinschaft ärztlich betreut wird. An dieser Richtlinie nehmen nur vollstationäre Pflegeeinrichtungen teil, die auch an der Vereinbarung nach § 140a SGB V mit der SPG und den Krankenkassen teilnehmen. Weitere Einrichtungen können ab dem 01.05.2021 nicht mehr teilnehmen.
- (3) Die Versorgungsgemeinschaften gewährleisten, dass sie den heimbezogenen Versorgungsauftrag erfüllen. Die Erfüllung des heimbezogenen Versorgungsauftrages ist insbesondere fraglich, wenn
 - a) die Anzahl der vertragsärztlichen Teilnehmer an der Versorgungsgemeinschaft in einem offensichtlichen Missverhältnis zur Anzahl der betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. zur Anzahl der betreuten Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen steht,
 - b) der einzelne an der Versorgungsgemeinschaft teilnehmende Vertragsarzt nicht mindestens 5 % der Versicherten in den betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt,
 - c) nicht alle teilnehmenden Vertragsärzte in der Versorgungsgemeinschaft die betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von ca. 20 Minuten erreichen können.

- (4) Die Vertragsärzte können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen. Ferner endet die Teilnahme an diesem Projekt mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

§ 4

Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte

- (1) **KOORDINATION:** Die ärztliche Versorgung der Patienten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt primär durch den behandelnden Hausarzt. Die Beteiligten sprechen regelmäßige Besuche mit festen Zeiten in Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Pflegekoordinator der Einrichtung ab.
- (2) **EINSCHREIBEPROZESS:** die teilnehmenden Vertragsärzte informieren ihre Patienten über die Inhalte des Projektes SaarPHIR und die Vorteile einer Teilnahme der Patienten, insbesondere über die Freiwilligkeit der Teilnahme.
- (3) **RUFBEREITSCHAFT:** Im Rahmen der Rufbereitschaft aufgrund entsprechender Regelungen der Versorgungsgemeinschaft können ärztliche Leistungen auch durch den jeweils Dienst habenden Vertragsarzt in der Versorgungsgemeinschaft erbracht werden, wenn akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und damit ein zeitlicher Aufschub bis zum nächsten Besuch des jeweils behandelnden Hausarztes nicht möglich erscheint. Die an dieser Richtlinie teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich hierbei zu kollegialem Verhalten und umgehender Information des behandelnden Arztes.
- (4) **ERREICHBARKEIT UND VISITE:** Für spezifische Bedarfe sind die teilnehmenden Vertragsärzte täglich telefonisch erreichbar. Als zusätzlicher Weg für An- und Nachfragen in Akut- und Krisensituationen dient nach wie vor die Faxanfrage beim betreuenden Arzt. Durch folgende Bausteine wird eine optimierte Erreichbarkeit sichergestellt:
- a) ein Arzt der Versorgungsgemeinschaft soll im Rahmen der untereinander koordinierten Rufbereitschaft in der Regel von Montag bis Freitag bis 21.00 Uhr telefonisch erreichbar und grundsätzlich besuchsbereit sein. Im Sinne der Zusammenarbeit soll es sich hierbei lediglich um qualifizierte Anrufe mit abgeklärtem Hintergrund durch die Pflegefachkraft handeln. Die Rufbereitschaft soll grundsätzlich für zwei bis fünf vollstationäre Pflegeeinrichtungen eingerichtet werden.
 - b) ein Arzt der Versorgungsgemeinschaft führt eine „Vor-Wochenend-Visite“ (Freitagnachmittag oder Samstag) durch, bei der er persönlich in der vollstationären Pflegeeinrichtung vorstellig wird und mit der zuständigen Pflegefachkraft notwendige Maßnahmen abstimmt bzw. diese durchführt.
- (5) **ERWEITERTES GERIATRISCHES ASSESSMENT:** Zur Optimierung der Versorgung im Sinne einer ganzheitlich geriatrischen und ggf. palliativen Versorgung wird bei jedem neuen Patienten eine Behandlungs- und Notfallplanung durchgeführt im Sinne des „informed consent“. Diese zu vereinbarenden Formblätter werden dokumentiert und sind Bestandteil der Pflegemappe. Grundlage für die Versorgungsplanung ist ein multiprofessionell erstelltes erweitertes geriatrisches Assessment.
- (6) **AMTS:** Das Ziel einer optimierten Arzneimitteltherapie soll durch zwei Bausteine erreicht werden:
- a) Regelmäßige Arzneimittelvisiten (vgl. AMTS-Prüfung in § 9), Identifikation und Behebung von Medikationsrisiken durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit dem Pflegekoordinator und ggf. Verordner und/oder einem Arzneimittelexperten.

- b) Optimierung einer Bedarfsmedikation zur besseren Beherrschung von Komplikationen und interkurrenten Erkrankungen.
- (7) **TEAMSITZUNGEN:** Zum regelmäßigen Austausch zwischen den Vertragsärzten und den verantwortlichen Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtungen werden mindestens viermal im Jahr Teamsitzungen zwischen den behandelnden Ärzten und den verantwortlichen Pflegekräften durchgeführt. Folgende Elemente werden u.a. dabei umgesetzt:
- a) Fallbesprechungen,
 - b) Einbindung externer Experten,
 - c) Erstellung von Behandlungspfaden,
 - d) Optimierung der Abläufe/Prozesse (z.B. qualifizierte Besuchsanforderung).

Die Teilnahme an mindestens drei Teamsitzungen im Jahr ist für die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichtend.

§ 5

Aufgaben und Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

- (1) Die KVS unterstützt die teilnehmenden Vertragsärzte bei der Organisation und Durchführung dieser Richtlinie.
- (2) Die KVS gewährleistet eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen nach § 6.

§ 6

Vergütung und Abrechnung der Leistungen

- (1) Für die besonderen ärztlichen Leistungen nach § 4 dieser Richtlinie sind von den teilnehmenden Vertragsärzten folgende Abrechnungsziffern als Add-On-Leistungen zur Regelversorgung des Kapitels 37 EBM in Ansatz zu bringen:

Abr.-Nr.	Leistung	Vergütung
98710	<p>Betreuungspauschale</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <p>Betreuung eines Patienten einer vollstationären Pflegeeinrichtung durch einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt mit der besonderen Anforderung der Umsetzung von projektspezifischen Qualitätsstandards für eine integriert regelhafte Pflegeheimversorgung.</p>	<p>30,00 Euro</p> <p>einmal im Behandlungsfall</p>

<p>98711</p>	<p>Erweitertes Geriatrisches Assessment</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Geriatrische Depressionsskala (GDS) und/oder Mini-Mental-Status-Test (MMSE) und/oder Visuelle Analogskala (VAS) und/oder Demenz-Detektion (DemTect) und/oder Uhr-Ergänzungs-Test-CCT 	<p>6,00 Euro</p> <p>zweimal im Krankheitsfall</p>
<p>98712</p>	<p>Telefonisches Facharztkonsil</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <p>Abstimmung mit dem telekonsiliarisch tätigen Facharzt (z. B. Befundbeurteilung)</p>	<p>10,00 Euro</p> <p>einmal im Krankheitsfall</p>
<p>98713</p>	<p>AMTS-Prüfung (I)</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelvisite zur Indikationsprüfung bzw. Prüfung der Dosierung und Behebung von Medikationsrisiken gemäß § 5 Abs. 6 ▪ Erstellung Medikationsplan mit Dokumentation in Pflegeakte <p><u>Fakultativer Leistungsinhalt:</u></p> <p>Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt bzw. mit der AMTS-Fachkraft</p>	<p>40,00 Euro</p> <p>einmal im Krankheitsfall</p>
<p>98714</p>	<p>AMTS-Prüfung (II) nach Medikationsumstellung, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelvisite zur Indikationsprüfung bzw. Prüfung der Dosierung und Behebung von Medikationsrisiken gemäß § 5 Abs. 6 ▪ Erstellung Medikationsplan mit Dokumentation in Pflegeakte <p><u>Fakultativer Leistungsinhalt:</u></p> <p>Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt bzw. mit der AMTS-Fachkraft</p>	<p>20,00 Euro</p> <p>einmal im Krankheitsfall</p>
<p>98715</p>	<p>Rufbereitschaft</p> <p><u>Obliqater Leistungsinhalt:</u></p> <p>Vorhaltung einer Rufbereitschaft Montags bis Freitags bis 21.00 Uhr</p>	<p>80,00 Euro</p>

98716	Vor-Wochenend-Visite	80,00 Euro
	<u>Obliquater Leistungsinhalt:</u> persönliche Abstimmung mit der zuständigen Pflegefachkraft in der vollstationären Pflegeeinrichtung (Freitagnachmittag oder Samstag)	
98717	Teamsitzung gemäß § 6 Abs. 7	100,00 Euro

- (2) Die Finanzierung der Vergütungen gemäß Abs. 1 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Die Leistungen nach dieser Richtlinie können nicht erbracht werden, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Vertragsarztes der behandelte Patient Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – mit Ausnahme der Beratungsleistung – gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält.
- (4) Die teilnehmenden Vertragsärzte rechnen die erbrachten Leistungen im Rahmen ihrer Honorarabrechnung gegenüber der KVS ab. Sämtliche Informationen, Daten und Unterlagen müssen der KVS so rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden, dass ihr die Abrechnung quartalsweise im Rahmen des normalen Geschäftsbetriebes möglich ist.
- (5) Die erforderlichen Mittel werden aus vorhandenen Rückstellungen der KVS für **besondere Verpflichtungen** entnommen. Die KVS erhebt auf die ausgezahlten Honorare den üblichen Verwaltungskostensatz.

§ 7 Datenschutz

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten gelten die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht sowie für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit die Vorschriften

- des Bundesdatenschutzgesetzes,
- der landesrechtlichen Regelungen zum Datenschutz und
- die Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung (Gesetz zum Schutz personenbezogener Daten im Gesundheitswesen)
- der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

in der jeweils gültigen Fassung.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieser Richtlinie ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die unwirksame Regelung wird durch eine rechtlich zulässige Regelung ersetzt, die dem Sinn und Zweck dieser Richtlinie am nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist. Entsprechendes gilt, falls die Richtlinie Lücken aufweist.

§ 9 Inkrafttreten

(1) Die Richtlinie tritt am **01.05.2021** in Kraft und endet zum **31.12.2021**.

Saarbrücken, den 15.04.2021

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland



San.-Rat Dr. med. Gunter Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes



Dr. med. Joachim Meiser
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes