



Grundlagen und Möglichkeiten der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

INHALT



ÜBERBLICK

Seite 3



RECHTSLAGE

Seite 4



VORTEILE

Seite 6



KOOPERATIONS- VERTRAG

Seite 9



FRAGEN

Seite 14

Grundlagen und Möglichkeiten der
kooperativen und koordinierten ärztlichen
und pflegerischen Versorgung in
stationären Pflegeeinrichtungen



Überblick

Die **Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung** von Pflegebedürftigen gerade in Pflegeeinrichtungen ist seit langem ein kontrovers diskutiertes Thema und die teilweise bestehenden Versorgungslücken sind allgemein bekannt. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber in § 119b SGB V eine Regelung getroffen, die eine ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen sicherstellen und verbessern, Schnittstellenprobleme abbauen und unnötige Transport- und Krankenhausaufenthalte ersparen soll.

Wesentliches Regelungsziel des § 119b SGB V ist die verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Hierbei sollen Vertragsärzte und Pflegeeinrichtungen das gemeinsame Ziel verfolgen, die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Berufsgruppen miteinander zu vernetzen sowie Kommunikation und Zusammenarbeit zu stärken.¹

Das Ziel der Versorgungsverbesserung und Sicherung soll vorrangig durch Kooperationsverträge der Pflegeeinrichtungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern erreicht werden. Vor diesem Hintergrund hat ausweislich der gesetzlichen Regelung ein Pflegeheim **Kooperationsverträge** mit geeigneten Leistungserbringern anzustreben. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) steht dabei in der Pflicht das Heim auf Antrag zu unterstützen (gemäß § 119b SGB V).

Um den erhöhten Aufwand zu honorieren, wurde im Jahre 2016 eine neue **extrabudgetäre** Gebührenordnungsposition für die zusätzlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in den EBM aufgenommen.² Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist jedoch, dass ein Kooperationsvertrag mit dem Pflegeheim abgeschlossen worden ist und eine Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.

- ▶ **Ziel eines Kooperationsvertrages** zwischen Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Leistungserbringern ist es, die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit aufeinander abgestimmten medizinischen und pflegerischen Leistungen zu regeln.



Rechtslage

Wesentliche Grundsätze zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen:¹

- In den Verträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V können im Rahmen von **regionalen Besonderheiten** weitergehende Regelungen zur Verbesserung der Versorgung getroffen werden
- Versorgung im Rahmen der Kooperation muss dem **allgemein anerkannten Stand medizinischer bzw. medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** entsprechen
- Der Abschluss eines Kooperationsvertrags und die Einhaltung der Anforderungen an eine Kooperation, ist die Voraussetzung für die Vergütung der zusätzlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen
- Das Recht auf **freie Arztwahl der Versicherten** in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt
- Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen **nicht an Weisungen von Nichtärzten** gebunden
- **Kooperationsgebot:** Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten
- Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten aktiv zu koordinieren, um die ambulante ärztliche Betreuung in der Einrichtung zu gewährleisten



Abbildung 1. Vertragspartner für eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Die Regelungen für Kooperationsverträge wurden im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) in § 119b SGB V angepasst:³

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind deshalb seit dem 1. Januar 2019 zum Abschluss von Kooperationsverträgen mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern **verpflichtet**.

Wie bisher auch, können Pflegeeinrichtungen bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Antrag auf Vermittlung eines Kooperationsvertrages stellen. **Neu ist jedoch, dass die KV innerhalb von drei Monaten im Rahmen der Sicherstellung einen Kooperationsvertrag zu vermitteln hat.**

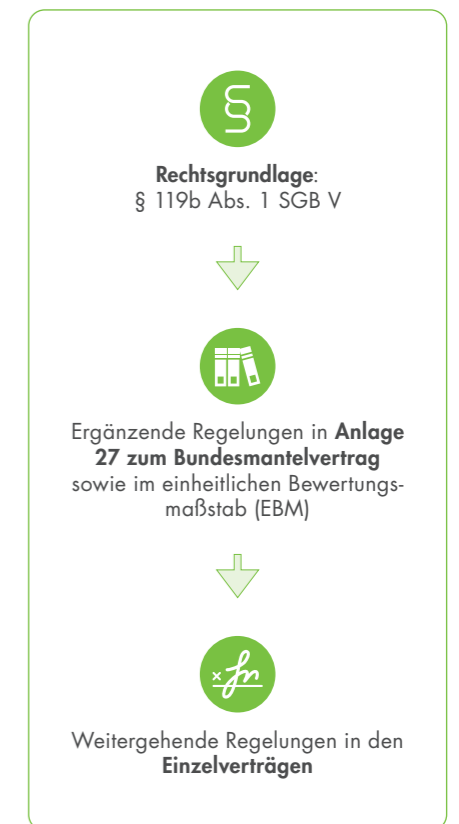


Abbildung 2. Schematische Darstellung der Grundlagen und Möglichkeiten der ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Hinweis

Kommt ein Vertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrages der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen. Die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses.

Daneben kann die Versorgung auch durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen. In diesem Fall ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen.



Vorteile

Ziel: Sicherstellung und Qualität

- Verbesserung und Sicherstellung der Versorgung für alle Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen
- Koordinierte, wirtschaftliche und am Stand der medizinischen Wissenschaft orientierte Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen
- Indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung
- Verbesserung der **Versorgung und Pflege** der Patienten

Ziel: Effektivität

- Vermeidung unnötiger Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes
- **Reduzierung vermeidbarer Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte**
- Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen

Vergütung

- Ärztliche Maßnahmen für eine bessere Vernetzung und Kommunikation aller Beteiligten werden zusätzlich honoriert
- Die Vergütung erfolgt **extrabudgetär**

➤ **Voraussetzung:** Der Kooperationsvertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllen und ist der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nachzuweisen. Nach Zustimmung/Genehmigung der KV kann extrabudgetär abgerechnet werden.

► Tabelle 1. Pflegeheimversorgung: Die neuen Leistungen im Überblick.² **Achtung:** Nicht alle Fachgruppen sind zur Abrechnung der vorgenannten GOP berechtigt (https://www.kbv.de/media/sp/Pflegeheimversorgung_Uebersicht.pdf).

EBM-Kalkulator online verfügbar: www.pflege-versorgung.de

► Abbildung 3. Abrechnungsmöglichkeiten eines kooperierenden Arztes (Neurologe) für die ambulante Behandlung in einer stationären Pflegeeinrichtung.

GOP	Beschreibung	Anmerkung
37100	Kooperationspauschale	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale, einmal im Behandlungsfall. Ärzte können die GOP ebenfalls berechnen, wenn der Patient in einem Quartal ausschließlich in der Praxis behandelt wird. Höchstens zweimal im Krankheitsfall. Sie ist im Behandlungsfall nicht neben GOP 37102 berechnungsfähig.
37102	Kooperationspauschale	Zuschlag zur GOP 01410 (Besuch) oder 01413 (Mitbesuch), einmal im Behandlungsfall. Die GOP 37102 kann für jeden Patienten im Pflegeheim mit Kooperationsvertrag, der mindestens einmal im Quartal durch den Arzt besucht wird, angesetzt werden.
37105	Koordinierungspauschale	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt, einmal im Behandlungsfall. Nicht neben 37100 bzw. 37102.
37113	Zuschlag (Besuch)	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä besteht.
37120	Fallkonferenzen	Bis zu dreimal im Krankheitsfall. Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch telefonisch) mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes.

Abrechnungsziffern	Anzahl der Patienten je Heim (bzw. markierte Patient)												
	1. Quartal			2. Quartal			3. Quartal			4. Quartal			
Wert Ziffer	Pat./1.Bes. (€)	Sum. (€)	Pat./2.Bes. (€)	Sum. (€)	Pat./1.Bes. (€)	Sum. (€)	Pat./2.Bes. (€)	Sum. (€)	Pat./1.Bes. (€)	Sum. (€)	Pat./2.Bes. (€)	Sum. (€)	
Neurologische Grundpauschale	24,88	0	145,34	0	0,00	12	294,88	0	0,00	10	248,80	0	0,00
01410 - Besuch eines Kranken durch Arzt**	22,04	1	22,04	1	22,04	1	22,04	1	22,04	1	22,04	1	22,04
01413 - Besuch eines weiteren Kranken durch Arzt	11,47	5	57,35	2	22,94	11	126,17	7	80,29	9	103,23	0	0,00
37100 - Zuschlag zur Grundpauschale - 500% 250%***	13,53	6	81,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	135,30	0	0,00
37102 - Zuschlag zur 01410 oder 01413 (in. neben 37100)	13,53	0	0,00	0	40,59	12	162,36	0	0,00	0	0,00	0	0,00
37113 - Zuschlag zur 01413	11,47	5	57,35	2	22,94	11	126,17	7	80,29	9	103,23	0	0,00
37120 - Fallkonferenz***	6,93	6	41,58	0	0,00	12	83,16	0	0,00	10	69,30	0	0,00
zusätzliche Besuche durch MFA													
88100 - Erstbesuch durch MFA	8,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
88105 - Mitbesuch durch MFA	4,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Zusätzlicher Umsatz je Besuch		426,74 €		109,41 €		819,48 €		183,52 €		882,90 €		0,00 €	1.147,20 €
Zusätzlicher Umsatz je Quartal			519,15 €			1.023,30 €			882,90 €			1.147,20 €	
Zusätzlicher Umsatz pro Jahr													3.362,05 €



Kooperationsvertrag

Wesentliche Voraussetzung für die Anerkennung der Kooperation und die Abrechenbarkeit der entsprechenden EBM-Ziffern:

- ▶ Einhaltung von Mindeststandards an eine kooperative und koordinierte ärztliche und medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (wird in Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag konkretisiert)

Im Kooperationsvertrag sind daher insbesondere folgende Punkte zu regeln:¹

- ▶ **Beschreibung strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch und interdisziplinäre Zusammenarbeit durch:**
 - Visiten und Fallbesprechungen
 - Definition fester Ansprechpartner in der stationären Pflegeeinrichtung
 - Geregelte Kommunikationsstrukturen und -zeiten (z.B. vereinbarte Sprechzeiten)



Kooperationsvertrag (Rollen und Verantwortlichkeiten)

Hausärzte, die nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen:¹

- Durchführung und **Koordination der medizinischen Versorgung** der Versicherten in Abstimmung mit der stationären Pflegeeinrichtung und den ggf. beteiligten Fachärzten
- **In Ausnahmefällen** können Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben übernehmen

Zu regeln:

- Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses
- Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen
- Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustausches der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegefachkräfte
- Vertretung
- Kommunikation mit den behandelnden Krankenhausärzten nach Krankenhauseinweisung und Entlassung

Fachärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen:¹

- **Kooperation mit dem koordinierenden Arzt** (i.d.R. der Hausarzt)
- Bedarfsabhängig ist die Einbindung von zusätzlicher schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Kompetenz anzustreben

Zu regeln:

- Bedarfsgerechte, regelmäßige Besuche bzw. Konsile der Versicherten, möglichst in Absprache mit dem Hausarzt bzw. dem koordinierenden Vertragsarzt
- Fallbesprechungen mit den Hausärzten und der stationären Pflegeeinrichtung
- Fachübergreifende Kommunikation mit den Hausärzten und der stationären Pflegeeinrichtung
- Bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder Therapie: schriftliche Information des Hausarztes über die Diagnosestellung und Behandlungsmaßnahmen

Kommunikation

- Aufbau geeigneter Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen den Beteiligten, insbesondere auch durch feste Ansprechpartner
- Vertretungsregelung der festen Ansprechpartner
- Inanspruchnahme der kooperierenden Vertragsärzte außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit für unaufschiebbare Fälle
- Teilnahme von Pflegefachkräften auf Wunsch der Pflegeeinrichtung bzw. des Arztes und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie die Teilnahme an regelhaft interdisziplinären Fallbesprechungen
- Umsetzung aktuell geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. Verabreichung von flüssigen und festen, geteilten Darreichungsformen
- Bedarfsorientierte Unterstützung der kooperierenden Ärzte durch die Pflegeeinrichtung
- Regelungen zu Krankenhauseinweisungen
- Vorkehrungen und Regelungen zur Wahrung der Intimsphäre und
- Vertraulichkeit bei der Behandlung von Versicherten
- Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Verwendung finden

Dokumentation

- Arzt und Pflegeheim müssen sich u.a. über die Dokumentation ärztlicher Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen verständigen und eine gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung vereinbaren
- Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes ist strikt zu gewährleisten

Hinweis

Neben der Festlegung der vertraglichen Inhalte empfiehlt es sich im Rahmen einer gemeinsamen Vor-Ort-Begehung, sich mit der Qualität sowie mit den Prozessen der Pflegeeinrichtung vertraut zu machen.

Grobstruktur – Versorgungspfad nach § 119b SGB V



Kooperationsgrundsatz

- Gewährleistung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten
- Verpflichtung zur engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit

Deshalb (u.a.) Festlegung von Kommunikationsleitfäden und Prozessabläufen.

	Neuaufnahme im 2. Quartal	Bestandspatient	Therapiewechsel
1. Quartal		Grundpauschale Besuch eines Kranken (01410) Zuschlag koop. Arzt (37100) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag koop. Arzt (37100) Zuschlag zu 01413 (37113) Fallkonferenz (37120)
2. Quartal	Grundpauschale Besuch eines Kranken (01410) Zuschlag koop. Arzt (37100) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag zur GOP 01413 (37102) Zuschlag zu 01413 (37113) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag zur GOP 01413 (37102) Zuschlag zu 01413 (37113) Fallkonferenz (37120)
3. Quartal	Grundpauschale Besuch eines Kranken (01410) Zuschlag zur GOP 01410 (37102) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag koop. Arzt (37100) Zuschlag zu 01413 (37113)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag koop. Arzt (37100) Zuschlag zu 01413 (37113) Fallkonferenz (37120)
4. Quartal	Grundpauschale Besuch eines Kranken (01410) Zuschlag koop. Arzt (37100) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag zur GOP 01413 (37102) Zuschlag zu 01413 (37113) Fallkonferenz (37120)	Grundpauschale Mitbesuch (01413) Zuschlag zur GOP 01413 (37102) Zuschlag zu 01413 (37113)

▲ Tabelle 2. Möglicher beispielhafter Behandlungsverlauf dreier Patienten in einer Pflegeeinrichtung. Gebührenpositionen anhand der neuen Leistungen in der Pflegeheimversorgung.²



Einzelfragen

» **Bin ich verpflichtet, einen Vertrag gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abzuschließen?**

Nein.

» **Können Verträge mit mehreren Pflegeeinrichtungen geschlossen werden?**

Grundsätzlich ja. Zu beachten ist aber, dass den vertraglich festgelegten Pflichten (auch in zeitlichem Umfang) nachgekommen werden muss.

» **Darf ein einzelner Facharzt einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim abschließen?**

Ja, jedoch können einige Ziffern nur abgerechnet werden, wenn zusätzlich mit weiteren Ärzten ein entsprechender Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht. GOP im Genehmigungsschreiben beachten.

» **Darf ich die GOP des EBM-Kapitels 37 (Kooperations- und Koordinierungsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) auch ohne Kooperationsvertrag abrechnen?**

Nein.

» **Ich bin als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig. Darf ich die EBM-Ziffer 37105 (Koordinierungspauschale) abrechnen?**

Nein, dies ist nicht möglich. Die koordinierende Aufgabe obliegt ausschließlich dem am Vertrag teilnehmenden Hausarzt. In Ausnahmefällen können Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben übernehmen. Nur diese sind dann aber zur Abrechnung berechtigt.

Näheres finden Sie unter:

https://www.kbv.de/media/sp/Pflegeheimversorgung_Uebersicht.pdf

» **Müssen die von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Verfügung gestellten Musterverträge verwendet werden?**

Nein. Der Vertrag muss aber auf jeden Fall den Vorgaben der Anlage 27 BMV-Ä entsprechen.

» **Wer ist der koordinierende Arzt?**

Die koordinierende Funktion übernimmt ausschließlich der behandelnde Hausarzt.

In Ausnahmefällen können Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben übernehmen. In diesem Fall ist der koordinierende Arzt zu benennen.

» **Müssen telemedizinische Dienste verwendet werden?**

Nein.

Allerdings sieht der Gesetzgeber die Notwendigkeit der vermehrten Nutzung vor und hat deshalb eine „Soll-Vorschrift“ in § 119b Abs. 2b SGB V eingefügt, wonach telemedizinische Dienste im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Verwendung finden sollen (aber eben nicht müssen).

» **Muss die Versorgung nach 22 Uhr, an Wochenenden und an Feiertagen sowie die telefonische Erreichbarkeit vom Vertragsarzt gewährleistet werden?**

Nein.

Diese Regelung ist zum 1. Juli 2016 entfallen. Jedoch ist im Kooperationsvertrag eine Vereinbarung zur Koordination der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten und die telefonische Erreichbarkeit zu treffen. Dies kann auch unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen.



Ipsen Pharma GmbH
Einsteinstr. 174
81677 München

Telefon +49 (0) 89 262 036 100
Telefax +49 (0) 89 548 587 12

Info.pflege@ipsen.com
www.ipsen.com/germany