Vereinbarung

über

sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V

zwischen

Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
Adamstr. 5, 80636 München
Ort der Einrichtung: 1. Universitätsfrauenklinik München, Abt. Dr. von Haunersche Nachsorgeeinrichtung, Maistr. 11, 80337 München

(im Folgenden Nachsorgeeinrichtung genannt)

und

der AOK Bayern, Zentrale, Carl-Wery-Straße 28, 81739 München

dem BKK Landesverband Bayern, Züricher Straße 25, 81476 München

der Knappschaft, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19, 80801 München

dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern (LdL/ LdLP), Neumarkter Straße 35, 81673 München

der SIGNAL IDUNA IKK, Meglingerstraße 7, 81477 München

und

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
Gmünder ErsatzKasse (GEK)
HEK - Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

§ 1
Gegenstand des Vertrages

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Vergütung von sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V.

(2) Grundlage des Vertrages ist die „Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V" des GKV Spitzenverbandes, die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V in der jeweils aktuellen Fassung sowie das von der Nachsorgeeinrichtung vorgelegte sozialmedizinische Nachsorgekonzept. Die Papiere sind Bestandteil dieses Vertrages **(Anlage 1, 2 und 3)**.

(3) Mit Abschluss dieses Vertrages ist die Nachsorgeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten der Krankenkassen berechtigt.

(4) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen dürfen nur für den in Kapitel 2 der „Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V" (Anlage 1) definierten Personenkreis erbracht werden.

§ 2
Anforderung an die Nachsorgeeinrichtung

(1) Die Nachsorgeeinrichtung erfüllt die in den "Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V" (**Anlage 2**) definierten Anforderungen.

(2) Soweit relevante Änderungen in der Struktur der Nachsorgeeinrichtung geplant werden oder sich ergeben, ist dies unverzüglich den Vertragspartnern mitzuteilen. Nachhaltige Veränderungen bedürfen der vorherigen Zustimmung der Krankenkassen und der Krankenkassenverbände.

(3) Die Nachsorgeeinrichtung hat eine fortlaufende Dokumentation über die Betreuung, insbesondere zu Art und Umfang und den Erfolg der durchgeführten Maßnahmen, zu führen. Diese schließt die Berichterstattung an den behandelnden Arzt oder die behandelnde Einrichtung, die Krankenkassen und ggf. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die notwendigen Vertragspartner mit ein. Die Dokumentation ist Verlängerungsanträgen und der Abrechnung mit der Krankenkasse beizufügen.

Die Dokumentation muss vor dem Zugriff von Unberechtigten geschützt werden. Berufsgeheimnisse sind zu berücksichtigen. Ein Muster ist als **Anlage 6** beigefügt.

§ 3
Verordnung und Genehmigungsvorbehalt

(1) Die Erbringung der Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen erfordert eine ärztliche Verordnung.

Verordnungsberechtigt für die Erst- oder Folgeverordnung sind:

- ❑ der behandelnde Arzt des Krankenhauses,
- ❑ der behandelnde Arzt der stationären Rehabilitationseinrichtung,
- ❑ der behandelnde Vertragsarzt.

Die Erstverordnung der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen erfolgt im Regelfall durch den behandelnden Arzt des Krankenhauses oder der Rehabilitationseinrichtung während der stationären Behandlung/Rehabilitation oder im Einzelfall noch innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der Einrichtung. Wird die Leistung nicht während der Krankenhausbehandlung

oder der Rehabilitation veranlasst, kann die Verordnung längstens innerhalb einer Frist von bis zu 6 Wochen nach Abschluss der stationären Behandlung/Rehabilitation erfolgen.

Die Verordnung ist vom Erziehungsberechtigten zu unterschreiben und der Krankenkasse zur Genehmigung unverzüglich vorzulegen.

Die Leistungserbringung hat nach ergangener Bewilligung durch die zuständige Krankenkasse unverzüglich zu erfolgen.

(2) Die Notwendigkeit der beantragten sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen kann gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V durch den MDK geprüft werden. Die Nachsorgeeinrichtung ist verpflichtet, hierzu erforderliche Auskünfte umgehend kostenfrei zu erteilen und bei Verlängerungsanträgen jederzeit Einblick in die Behandlungsdokumentation des Patienten zu gewähren.

(3) Mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen kann erst begonnen werden, wenn der Nachsorgeeinrichtung die Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse vorliegt. Erhält die Nachsorgeeinrichtung/ der Versicherte nicht innerhalb von 7 Arbeitstagen[1] nach Antragseingang bei der zuständigen Krankenkasse eine Mitteilung über die Kostenübernahmeentscheidung, kann die Nachsorgeeinrichtung ab dem 8. Arbeitstag mit der Nachsorge beginnen und die ab diesem Tag erbrachten Nachsorgemaßnahmen bis zum Eingang einer möglichen Ablehnung bei der Nachsorgeeinrichtung abrechnen.

(4) Sofern die Krankenkasse die sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten entsprechend der Verordnung des Arztes genehmigt, werden die Kosten ab dem verordneten Zeitpunkt der Leistungserbringung, jedoch nicht vor dem Datum der Antragsstellung übernommen.

(5) Werden sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen, die nicht unter die Regelung des Abs. 3 Satz 2 fallen, nicht genehmigt, können die durch die

[1] Als Arbeitstage zählen die Tage von Montag bis Freitag. Nicht gezählt wird Samstag und Sonntag.

Nachsorgeeinrichtung erbrachten Leistungen weder mit der Krankenkasse noch mit dem Versicherten abgerechnet werden. Der Abschluss privatrechtlicher Vereinbarungen der Nachsorgeeinrichtung mit dem Versicherten über die Abrechnung verordneter Leistungen für den Zeitraum bis zur Entscheidung der Krankenkasse über den sozialmedizinischen Nachsorgeantrag ist nicht gestattet. In diesem Zusammenhang wird auf § 13 „Vertrauensverstöße" verwiesen. Ferner dürfen weder Zahlungen noch Zuzahlungen von den Versicherten gefordert oder angenommen werden.

§ 4
Leistungsbestandteile

(1) Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen umfassen je nach Verordnung die erforderliche:

- ❑ Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung
- ❑ Koordinierung der verordneten Leistungen
- ❑ Anleitung und Motivierung zur Inanspruchnahme der verordneten Leistungen.

Die genauen Leistungsinhalte ergeben sich aus **Anlage 1** des Vertrages.

(2) Eine sozialmedizinische Nachsorgeeinheit beträgt 60 Minuten, die maßnahmenbezogen in kleinere Zeiteinheiten (15 Minuten oder ein Vielfaches hiervon) aufgeteilt werden kann. Dies ist entsprechend zu dokumentieren. Fahrzeiten sind darin nicht enthalten.

(3) Es muss ein Leistungsumfang von mindestens 6 sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten (davon müssen mindestens 3 im häuslichen Umfeld erbracht werden) angezeigt sein. Dabei handelt es sich um Leistungen gemäß § 4 Abs. 1.

(4) Je nach Bedarf können auch mehrere sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten an einem Tag erbracht werden.

(5) Die sozialmedizinische Nachsorge ist in der Regel nach maximal 20 sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten in einem Zeitraum von 6 bis 12 Wochen abgeschlossen. Dabei entfallen auf die Analyse des Versorgungsbedarfs/Vorbereitung maximal 3 Leistungseinheiten.

Kann in begründeten Ausnahmefällen das Nachsorgeziel nicht mit den regulären sozialmedizinischen Nachsorgeeinheiten innerhalb des vorgegebenen Zeitraums erreicht werden, sind Verlängerungen der sozialmedizinischen Nachsorge grundsätzlich um bis zu 10 sozialmedizinische Nachsorgeeinheiten auf der Grundlage einer begründeten Folgeverordnung möglich.

Bei einer wiederholten Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme wegen derselben Indikation(en) kommen erneute sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nur in Betracht, wenn eine Veränderung der Ausgangssituation (veränderte Kontextfaktoren oder veränderter Krankheitsverlauf) vorliegt (z.B. Bezugsperson fällt aus oder der Krankheitsverlauf erfordert andere Interventionen).

(6) Die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen werden sowohl mobil aufsuchend als auch in der Nachsorgeeinrichtung durchgeführt. Die Nachsorgeeinrichtung stellt hierfür die Mobilität ihrer MitarbeiterInnen sicher. Fahrkosten sind mit der Vergütung abgegolten.

(7) Die Nachsorgeeinrichtung erhält von der leistungspflichtigen Krankenkasse bei Genehmigung der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahme eine Kopie der an den Versicherten gerichteten Kostenübernahmeerklärung.

(8) Die sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung stellt kostenfrei und umgehend die für die Krankenkassen notwendigen Bescheinigungen/Auskünfte und Dokumentationen, die nach dieser Vereinbarung vorgesehen sind (vgl. u.a. § 2 Abs. 3), zur Verfügung.

§ 5
Vergütung

(1) Der Vergütung für die Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen durch die Krankenkassen richtet sich nach **Anlage 4** dieser Vereinbarung.

(2) Die Vergütungsvereinbarung wird auf der Grundlage einer sparsamen Wirtschaftlichkeitsführung geschlossen. Hierbei sind von der Nachsorgeeinrichtung aussagefähige und nachprüfbare Unterlagen vorzulegen.

(3) Der Anspruch auf Vergütung für die Leistungen der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen entsteht erst mit der Übersendung der Dokumentation an die leistungspflichtige Krankenkasse.

§ 6
Abgabe der Leistungen

(1) Die sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen werden nur von solchen MitarbeiterInnen der Nachsorgeeinrichtung erbracht, die die notwendige Qualifikation nach **Anlage 2**, Ziffer 1.2 und 1.3 nachgewiesen haben. Alle MitarbeiterInnen verfügen über die jeweilige Erlaubnis zur Führung der geforderten Berufsbezeichnung.

(2) Der Erhalt jeder einzelnen Leistung ist vom Erziehungsberechtigten/Betreuenden des Kindes auf den Dokumentationsbögen/Analyse des Versorgungsbedarfs (Anlage 6) zu bestätigen. Ist ein Erziehungsberechtigter /Betreuender am Nachsorgetermin nicht anwesend bzw. erfolgt die Nachsorgeleistung telefonisch, ist die Unterschrift des durchführenden Mitarbeiters der Nachsorgeeinrichtung ausreichend.

§ 7
Wirtschaftlichkeitsgebot

Die Nachsorgeeinrichtung ist für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung (§§ 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V) verantwortlich.

§ 8
Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung

(1) Alle Mitarbeiter verpflichten sich, regelmäßig entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote wahrzunehmen.

(2) Die Nachsorgeeinrichtung verpflichtet sich, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen.

(3) Die zuständige Krankenkasse kann sich jederzeit von der Nachsorgeeinrichtung die vollständigen Unterlagen von Nachsorgefällen, die zu ihren Lasten erbracht werden bzw. wurden, zur Prüfung durch den MDK vorlegen lassen. Die Nachsorgeeinrichtung verpflichtet sich, den Beauftragten der Krankenkassen nach vorheriger Anmeldung Zutritt zu den Räumen der Nachsorgeeinrichtung zu gewähren und ihnen die Prüfung der vertraglich geschuldeten Leistungen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird auch Gelegenheit gegeben, bei Bedarf mit Patienten separate Gespräche über die erbrachten Leistungen zu führen. Den Krankenkassen und den Krankenkassenverbänden ist bei Bedarf Einblick in die Gesellschafts- und Beteiligungsverhältnisse der Nachsorgeeinrichtung zu gewähren.

(4) Die Nachsorgeeinrichtung übermittelt den Krankenkassenverbänden sowohl verbandsbezogen als auch in der Summe über alle Krankenkassenverbände halbjährlich die Anzahl aller Patienten, der insgesamt abgerechneten Nachsorgeeinheiten, der verordnenden Ärzte, sowie die monatliche durchschnittliche Anzahl der Patienten.

§ 9
Abrechnungsregelung

Abrechnungsgrundlage ist die Abrechnung nach § 302 SGB V mit den sonstigen Leistungserbringern. Näheres zum Abrechnungsverfahren regelt die Anlage 5a (Abrechnungsverfahren mit den Regionalkassen) bzw. die Anlage 5b (Abrechnungsverfahren mit den Ersatzkassen).

§ 10
Datenschutz

(1) Die Nachsorgeeinrichtung hat die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) einzuhalten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(2) Die Nachsorgeeinrichtung unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MDK und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich sind. Die sozialmedizinische Nachsorgeeinrichtung verpflichtet ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen. Anforderungen durch die Vertragspartner zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Anforderungen der Krankenkassen zur Bearbeitung von Kostenübernahmeanträgen entsprechen den Datenschutzbestimmungen.

§ 11
Werbung für Vertragsleistungen

(1) Werbemaßnahmen der Nachsorgeeinrichtungen dürfen sich nicht auf die Leistungspflicht der Krankenkassen beziehen.

(2) Die Nachsorgeeinrichtung darf den Vertragsarzt nicht aus eigenwirtschaftlichen Überlegungen in seiner Verordnungsweise beeinflussen.

(3) Es gelten die Regelungen des Heilmittelwerbegesetzes.

§ 12
Meinungsverschiedenheiten

(1) Meinungsverschiedenheiten bei der Auslegung dieses Vertrages werden einvernehmlich ausgeräumt.

(2) Erfüllt eine Nachsorgeeinrichtung eine vertragliche Verpflichtung verspätet, nicht oder in nicht gehöriger Weise, kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Verwarnung,
- Vertragsstrafe,
- Kündigung der Vereinbarung.

Die Entscheidung über die Maßnahme treffen die Krankenkassenverbände.

(3) Unabhängig von den Maßnahmen nach Absatz 2 ist der durch die Einrichtung aufgrund von Vorsatz oder Fahrlässigkeit nach dem BGB verursachte Schaden zu ersetzen.

§ 13
Vertrauensverstöße

Schwer wiegende Vertrauensverstöße berechtigen die Krankenkassenverbände zur fristlosen Kündigung dieses Vertrages. Als schwer wiegende Vertrauensverstöße gelten insbesondere:

1. Annahme von nicht genehmigten Verordnungen,
2. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
3. Nichtmeldung von vertragsrelevanten Personalveränderungen, Änderungen der Räumlichkeiten sowie Änderungen/Aufkündigungen von Kooperationsvereinbarungen,
4. Einsatz von Mitarbeitern, die nicht über die jeweilige Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung verfügen,
5. Bildung sog. "Ärztlicher Beteiligungsgesellschaften", die eine interessengebundene Verordnungstätigkeit des Arztes bewirken,
6. Zahlung von Vergütungen für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte wie Vertragsärzte, Krankenhausärzte oder Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationsärzte – oder stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von Patienten an die Nachsorgeeinrichtung,
7. rechtskräftig abgeschlossene Strafverfahren zum Nachteil der Verantwortlichen (z.B. ärztlicher Leiter, Geschäftsführung) der Nachsorgeeinrichtung wegen der Leistungserbringung nach diesem Vertrag.

§ 14
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt am 01.02.2010 in Kraft und ersetzt ihre seit dem 15.02.2008 gültige Vereinbarung über sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 132c SGB V.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Halbjahresende, frühestens zum 31.12.2010 schriftlich von jedem Vertragspartner gekündigt werden.

(3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 5) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von diesem Vertrag gekündigt werden. Bis zu einer neuen Vergütungsvereinbarung sind die bisherigen Preise zugrunde zu legen.

(4) Der Vertrag tritt außer Kraft, wenn mindestens einer der nachfolgenden Tatbestände zutrifft:

- die Nachsorgeeinrichtung den Betrieb einstellt,
- ein Trägerwechsel stattfindet,
- das Insolvenzgericht die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens mangels Masse abweist.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen des Vertrages

1. Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V des GKV Spitzenverbandes

2. Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 132 c SGB V
3. Sozialmedizinisches Nachsorgekonzept (vorgelegt durch Nachsorgeeinrichtung)
4. Vergütungsvereinbarung

5a. Abrechnungsregeln nach § 302 SGB V - Regionalkassen

5b. Abrechnungsregeln nach § 302 SGB V - Ersatzkassen

6. Dokumentationsbogen für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen / Analyse des Versorgungsbedarfs

München, den 15.12.2009

.....
(Nachsorgeeinrichtung)

.....
AOK Bayern, Die Gesundheitskasse

.....
BKK – Landesverband Bayern

.....
Knappschaft,
Regionaldirektion München

.....
Funktioneller Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern (LdL/LdLP)

.....
SIGNAL IDUNA IKK

.....
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Bayern