

# **Vertrag**

**zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden**

gemäß § 73 c SGB V

zwischen

der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Niedersachsen-Bremen  
Siebstraße 4  
30171 Hannover

- nachfolgend BKK VAG genannt -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB)  
Schwachhauser Heerstr. 26/28  
28209 Bremen

- nachfolgend KVHB genannt -

## **Präambel**

Mit diesem Vertrag soll den besonderen Versorgungsverhältnissen von Patienten mit chronischen Wunden Rechnung getragen werden.

Chronische Wunden bedeuten für Patienten eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität, da sie sowohl mit Schmerzen verbunden sind als auch die Mobilität einschränken. Häufig geht dies einher mit einer sozialen Isolation der Betroffenen.

Eine chronische Wunde im Sinne dieses Vertrages liegt vor bei einer sekundär heilenden Wunde, die trotz kausaler und sachgerechter Therapie makroskopisch keine signifikante Heilungstendenz zeigt. Die Arten und die Ursachen eines chronischen Wundverlaufes sind weit gefächert, von Relevanz sind jedoch insbesondere Ulcera und Dekubitalulcera.

Dieser besondere Versorgungsvertrag soll dazu beitragen, die sektoralen Trennungen zu überwinden, Optimierungspotentiale zu nutzen und die Behandlungsqualität zu steigern. Die Versorgung chronischer Wunden erfordert eine koordinierte und sektorenübergreifende Gestaltung der am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringer, insbesondere von Ärzten, Medizinische Versorgungszentren, ambulanten Pflegediensten, Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen. Eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung steht dabei im Vordergrund.

Die Vertragspartner verbessern durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden durch den nachfolgenden Vertrag auf Grundlage des § 73 c SGB V und den BKK-individuellen Versorgungsvertrag nach § 140 a ff. SGB V (Anlage 3).

## **§ 1 Ziel des Vertrages**

Ziel dieses Vertrages ist die Weiterentwicklung der bisherigen ambulanten Versorgung im Bereich chronischer Wunden unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen der ambulanten ärztlichen Behandlung zu anderen Versorgungssektoren. Dabei richten die Vertragspartner ihre gegenseitige Zusammenarbeit zur Verbesserung der Patientenversorgung im Rahmen dieses besonderen Versorgungsauftrages insbesondere an nachfolgenden Aspekten aus:

- aktive Einbindung der Patienten mit chronischen Wunden sowie der Pflegepersonen im häuslichen Bereich in die Behandlung sowohl der Wunde als auch der zugrunde liegenden Erkrankung durch Information und Motivation,
- Optimierung der ärztlichen Behandlung durch Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- Definition von Strukturanforderungen im Bereich der chronischen Wundversorgung,
- Koordination der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit den Bereichen der häuslichen Krankenpflege, stationären Pflegediensten und sonstigen Pflegepersonen,

- Qualitätsverbesserung, u. a. durch den Einsatz einer qualifizierten Wundversorgung,
- effizienter Einsatz von geeigneten Arznei- und Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln.

Dies erfolgt durch die Einbeziehung des BKK-individuellen Versorgungsvertrages (Anlage 3).

## § 2 Gegenstand des Vertrages

(1) Dieser Vertrag findet Anwendung im Bereich der KVHB und gilt für Versicherte der am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen und Ärzte.

(2) Der Versorgungsauftrag umfasst das Leistungsspektrum für folgende Wundkrankungen:

- a. ohne Kompressionstherapie
  - diabetisches Fußsyndrom > Stadium Wagner 1
  - arterielle Verschlusskrankheit (AVK)
  - Dekubitalgeschwüre
  - Verbrennungen II/III. Grades
- b. mit Kompressionstherapie
  - Ulcus Cruris
  - Chronische venöse Insuffizienz

(3) Das Leistungsspektrum wird für mobile Patienten nach einem modular aufgebauten Versorgungsumfang bestimmt; soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt.

- Wundversorgung für 8 Wochen (Anhang 1a)  
ohne Kompressionstherapie/besondere Wundeinlagen
- Wundfolgeversorgung für 4 Wochen (Anhang 1b)  
ohne Kompressionstherapie/besondere Wundeinlagen
- Wundversorgung für 8 Wochen (Anhang 1c)  
mit Kompressionstherapie
- Wundfolgeversorgung für 4 Wochen (Anhang 1d)  
mit Kompressionstherapie
- Wundgrundversorgung für 8 Wochen für tiefe (Anhang 1 e)  
Wunden mit besonderen Wundeinlagen
- Wundfolgeversorgung für 4 Wochen für tiefe (Anhang 1f)  
Wunden mit besonderen Wundeinlagen

(4) Bei immobilen Patienten handelt es sich um Patienten, die nach ärztlicher Feststellung aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht die Versorgungsebenen 1 und 2 aufsuchen können, z.B. bei folgenden Gesundheitsstörungen:

- Ruhigstellung der für die Mobilität maßgebenden Körperteile
- Bewegungsstarre (Kataplexie)

- Paralytisch (Lähmung z.B. bei Apoplexie)
- mechanische Heilmaßnahme (z.B. Schienung, Gipsverband)
- Pflegestufe II oder III
- Koma bzw. Somnolenz
- psychische Erkrankungen
- Einschränkungen der Gehstrecke unter 300 m

Das Leistungsspektrum wird für immobile (in der Mobilität eingeschränkte) Patienten im häuslichen Umfeld nach einem modular aufgebauten Versorgungsumfang bestimmt; soweit dieser Vertrag nichts Abweichendes regelt.

- Wundversorgung für 4 Wochen (Anhang 1g)  
ohne Kompressionstherapie/besondere Wundeinlagen
- Wundversorgung für 4 Wochen (Anhang 1h)  
mit Kompressionstherapie
- Wundversorgung für 4 Wochen (Anhang 1i)  
mit tiefen Wunden mit besonderen Wundeinlagen

(5) Die in den Absätzen 3 und 4 aufgeführten Anhänge sind Anhang 1 zur Anlage 3 (BKK-individueller Versorgungsvertrag) und gelten für diesen Vertrag entsprechend.

### **§ 3**

#### **Allgemeine Kooperationsregeln**

- (1) Die teilnehmenden Leistungserbringer gewährleisten eine qualitativ hochwertige und interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere durch die Kooperation mit anderen Vertragsärzten und Pflegekräften, die für die Wundversorgung gemäß der Anlage 3 dieses Vertrages besonders qualifiziert sind, sowie mit Krankenhäusern und Pflegeheimen.
- (2) Über die koordinierende Stelle (Anlage 6) informiert die BKK VAG die teilnehmenden Ärzte und die KVHB regelmäßig über die teilnehmenden Pflegedienste. Die BKK VAG stellt über die koordinierende Stelle sicher, dass eine wohnortnahe Versorgung des Patienten durch Pflegedienste möglich ist.
- (3) Die Geschäftsstelle der BKK VAG unterrichtet die KVHB unverzüglich über entsprechende Beitritte von Betriebskrankenkassen.

### **§ 4**

#### **Teilnahmeberechtigte Ärzte**

- (1) Die Teilnahme eines Arztes an diesem Versorgungsvertrag ist freiwillig.
- (2) Berechtig zur Teilnahme an der 1. und 2. Versorgungsebene sind alle im KV-Bereich Bremen abrechnenden Ärztinnen und Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren, sowie ggf. in Medizinischen Versorgungszentren (§ 95 SGB V) und in Arztpraxen angestellte Ärztinnen und Ärzte.

- (3) Zur Teilnahme an der 2. Versorgungsebene sind zusätzlich die nachfolgenden Mindestqualitätsanforderungen für den jeweils leistungserbringenden Arzt nachzuweisen:
- Facharzt für Chirurgie
  - Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Zusatzbezeichnung Phlebologie oder vergleichbarer Qualifikation
  - Facharzt für Dermatologie
  - Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie.
- (4) Der teilnehmende Arzt erklärt seine Bereitschaft zur Übernahme der Aufgaben gemäß § 6 Abs. 1 (1. Versorgungsebene) bzw. § 6 Abs. 2 (2. Versorgungsebene).
- (5) Die teilnehmenden Ärzte der 2. Versorgungsebene müssen die technischen Voraussetzungen für eine Kommunikation mit der koordinierenden Stelle in der Praxis schaffen.

## **§ 5 Teilnahmeverfahren der Ärzte**

- (1) Die KVHB schreibt im Auftrag der teilnehmenden Betriebskrankenkassen den Versorgungsauftrag gemäß § 73 c Abs. 3 SGB V in den KV-Rundschreiben aus.
- (2) Die Teilnahme ist bei der KVHB zu beantragen (Anlage 4).
- (3) Die KVHB erteilt den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die genannten Voraussetzungen nachweisen.
- (4) Die KVHB übermittelt eine Liste über die teilnehmenden Ärzte an medicalnetworks. medicalnetworks erstellt auf dieser Grundlage einen Zugang für den Arzt der 2. Versorgungsebene. Dieser ermöglicht es dem Arzt Patienten gemäß § 7 in das System einzuschreiben und mit Wundauflagen zu versorgen.
- (5) Die Teilnahme des Arztes beginnt mit dem Tag der Antragsstellung (Posteingang bei der KVHB), frühestens jedoch nach Erhalt der Zugangsdaten durch medicalnetworks.
- (6) Der Arzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KVHB unterrichtet medicalnetworks innerhalb von 5 Werktagen über das Ausscheiden eines Leistungserbringers. medicalnetworks stellt sicher, dass nach Eingang der Kündigungsmeldung keine weiteren Versicherten durch den Leistungserbringer in die Versorgung nach diesem Vertrag eingeschrieben werden können.

(7) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet darüber hinaus:

1. mit dem Ende dieses Vertrages
2. mit dem Bescheid über das Ruhen oder Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
3. mit dem Ausschluss des Arztes wegen eines Verstoßes gegen die Ziele dieses Vertrages auf Antrag eines Vertragspartners
4. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Arztes.

(8) Die KVHB informiert die Geschäftsstelle der BKK VAG über den Beginn und das Ende der Teilnahme von Ärzten im Rahmen einer Gesamtteilnehmerliste.

## **§ 6**

### **Aufgaben der Versorgungsebenen**

(1) Der Arzt der 1. Versorgungsebene hat folgende Aufgaben:

1. Information, Beratung und Motivation der anspruchsberechtigten Versicherten über das Versorgungsmodell
2. Einschreibung des Versicherten (Anlage 5)
3. Überweisung an einen teilnehmenden Arzt der 2. Versorgungsebene, dieser Überweisung ist die Einschreibung beizufügen.

(2) Der Arzt der 2. Versorgungsebene hat folgende Aufgaben:

1. Diagnosesicherung für diesen Versorgungsauftrag. Alle vorliegenden Krankheiten werden immer bis auf die letzte nach ICD-10 vorgeschlagene Stelle dokumentiert. Dabei sind alle Diagnosen, zu denen beraten und behandelt wurde, zu berücksichtigen. Die Diagnose sollte die zu Grunde liegende Erkrankung so genau wie möglich -unter Berücksichtigung von Schweregrad und Komplikationen- beschreiben. Wenn die Diagnose gesichert ist, wird dies durch den Zusatz "G" dokumentiert. Chronische Erkrankungen werden regelmäßig dokumentiert, sollten sich Erkrankungen im Verlauf ändern, muss die Verschlüsselung bei Bedarf angepasst werden (siehe Anlage 3 Anhang 9)
2. die Einschreibung des Patienten und die Dokumentation in elektronischer Form auf der Plattform der Koordinierenden Stelle
3. Übernahme der qualifizierten Wundversorgung gemäß Anhänge 1 a-i der Anlage 3
4. Wunddokumentation gemäß § 6 innerhalb von 5 Werktagen
5. Verpflichtung zur Beachtung der allgemeinen Kooperationsregeln (§ 3 Abs. 1)
6. Kooperation mit und Beauftragung von Pflegediensten
7. Kooperation mit Angehörigen
8. Kooperation mit der koordinierenden Stelle (Anlage 6)
9. nach Abschluss der Behandlung Rücküberweisung an den Überweiser
10. Verordnung von Verbandmitteln der modernen Wundversorgung über die koordinierende Stelle
11. bei immobilen Patienten gem. § 2 Abs. 4 werden die vorbeschriebenen Aufgaben im Sinne einer Supervision wahrgenommen

12. Verpflichtung zur jährlichen Teilnahme an vertragsspezifischen Fortbildungen und zur Mitwirkung an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung.

## **§ 7 Wunddokumentation**

- (1) Die Dokumentation ist durch die Ärzte der 2. Versorgungsebene mittels EDV zu erstellen. Die Abschlussdokumentation (Ausdruck der EDV Daten) der Wundbehandlung erfolgt gegenüber der Koordinierenden Stelle in Papierform. Der Versicherte bestätigt die durchgeführte Dokumentation durch seine Unterschrift. Diese Dokumentation ersetzt nicht die übliche arztseitige Dokumentation.
- (2) Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen können die Wunddokumentation ihrer Versicherten zur Vorlage und Prüfung durch den MDK verwenden.

## **§ 8 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die von den teilnehmenden Betriebskrankenkassen extrabudgetär zu vergütenden Entgelte der einzelnen Pauschalen und Abrechnungsausschlüsse nach dem EBM ergeben sich aus Anlage 2 zu diesem Vertrag. Die Pauschalen der 2. Versorgungsebene können nur vergütet werden, wenn die Mitteilung über die vollständige Dokumentation durch die koordinierende Stelle an die KVHB übermittelt wurde. Das Format der Vergütungsdateien wird zwischen der koordinierenden Stelle und der KVHB abgestimmt.
- (2) Die erbrachten Leistungen werden auf Basis der Daten nach Absatz 1 über die KVHB abgerechnet. Die KVHB ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.
- (3) Die Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen für die an diesem Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Formblatt 3 (Kontenart 400, Kapitel 90) gesondert ausgewiesen.
- (4) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVHB, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.
- (5) Die Regelung zur Anrechnung gem. § 73 c Abs. 6 SGB V erfolgt entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages in der gesondert vereinbarten Vergütungsanlage (Anlage 2).

## **§ 8a Vertragsmaßnahmen**

Verstößt der teilnehmende Arzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

1. Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der teilnehmende Arzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht
2. Verstößt ein teilnehmender Arzt, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder ein ermächtigter Arzt wiederholt gegen Pflichten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben oder werden fehlende Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Einen erneuten Teilnahmeantrag kann der Arzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt frühestens nach 2 Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen
3. Im Wiederholungsfall kann dauerhaft ausgeschlossen werden.

## **§ 9 Teilnahme der Versicherten**

- (1) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.
- (2) An diesem Vertrag und an dem BKK-individuellen Versorgungsvertrag können alle Versicherten der teilnehmenden Betriebskrankenkassen teilnehmen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
  - a. eine - ärztlich diagnostizierte – chronische Wunderkrankung nach § 2 des Vertrages liegt vor;
  - b. die Versicherten erklären ihre Beteiligung gegenüber der Betriebskrankenkasse durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung (Anlage 5).
  - c. bei Diabetikern ein HbA1c-Wert unter 8,0. Ausnahme: Bei einem HbA1c-Wert von mehr als 8,0 muss eine diabetologische Mitbehandlung erfolgen
- (3) Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 5), frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (4) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber ihrer Betriebskrankenkasse widerrufen.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten endet außerdem mit dem Wechsel zu einem nicht beteiligten Kostenträger oder Verstößen gegen die im BKK-individuellen Versorgungsvertrag genannten Ausschlusskriterien.
- (6) Die Betriebskrankenkasse informiert den Versicherten, den behandelnden Arzt und medicalnetworks schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus diesem Vertrag.

## **§ 10 Ausschluss der Versorgung**

(1) Sollten während der Behandlungszyklen Komplikationen wie in Absatz 2 definiert auftreten, liegen diese außerhalb des Vertragsgegenstandes und werden von diesem Versorgungsvertrag nicht erfasst. Vielmehr werden die erbrachten Leistungen der Krankenkasse umfassend nach dem für die Behandlung geltenden gesetzlichen Regelungen in Rechnung gestellt. Eine Anwendung dieses Vertrages erfolgt nicht.

(2) Um eine Komplikation handelt es sich, wenn:

- keine augenscheinliche Veränderung der Wundgröße unter optimalen Behandlungsbedingungen
- mangelnde Compliance des Patienten
- Überschreitungen der Sekretbindungsmenge der Wundauflage

vorliegen.

## **§ 11 Datenschutz**

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Bestimmungen unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

## **§ 12 Teilnehmende Krankenkassen**

Dieser Vertrag gilt für alle Betriebskrankenkassen in der Anlage 1 und für die Betriebskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der Geschäftsstelle der BKK VAG Niedersachsen-Bremen erklären. Der Beitritt von Krankenkassen anderer Kassentypen zu diesem Vertrag ist nur im Einvernehmen der Vertragspartner möglich.

Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise über diesen Vertrag.

## **§ 13 Außendarstellung**

(1) Die Vertragspartner sind in gegenseitiger Abstimmung dazu berechtigt, den Nutzen des vereinbarten Versorgungsauftrages nach außen darzustellen.

(2) Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit und der Versicherten sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen.

**§ 14**  
**Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.
- (2) Stellt eine Vertragspartei dessen ungeachtet unaufschiebbaren Anpassungsbedarf fest, nehmen die Vertragspartner unverzüglich Verhandlungen auf.

**§ 15**  
**Laufzeit und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt mit Wirkung zum 1. April 2009 in Kraft und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31. Dezember 2009 gekündigt werden.
- (2) Das Recht auf Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Für die beigetretenen Betriebskrankenkassen gelten die Kündigungsfristen entsprechend.

Bremen, den 1. April 2009

---

BKK VAG Niedersachsen-Bremen

---

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

Anlagen

1. Verzeichnis der teilnehmenden Betriebskrankenkassen
2. Ärztliche Vergütung / Bereinigung
3. Vertrag über eine integrierte Versorgung zwischen der BKK VAG Niedersachsen-Bremen und der medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG
4. Teilnahmeerklärung Arzt
5. Teilnahmeerklärung Versicherter
6. Name und Anschrift der koordinierenden Stelle
7. Behandlungspfad