

**Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus**

**Vertrag nach § 73 c SGB V**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin),**

und

**der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse,**

**der IKK Brandenburg und Berlin,**

**der BAHN-BKK,**

**der Siemens-Betriebskrankenkasse – SBK**

**(Krankenkassen)**

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand / Geltungsbereich .....	3
§ 2 Versorgungsauftrag .....	3
§ 3 Teilnahmeverfahren von Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen.....	3
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte und ermächtigten Pflegeeinrichtungen ....	4
§ 5 Beendigung der Teilnahme von Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen...	6
§ 6 Aufgaben von teilnehmenden Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen.....	6
§ 7 Aufgaben der KV Berlin .....	8
§ 8 Abrechnung und Vergütung .....	9
§ 9 Teilnahmevoraussetzung des Versicherten sowie Beginn und Ende der Teilnahme.....	10
§ 10 Lenkungsausschuss.....	11
§ 11 Schnittstellen.....	11
§ 12 Teilnahme weiterer Krankenkassen .....	12
§ 13 Datenschutz .....	12
§ 14 Salvatorische Klausel .....	12
§ 15 Inkrafttreten und Kündigung .....	12
§ 16 Schlussbestimmungen .....	13

## Anlagen

Anlage 1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Muster) des Versicherten

Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/der ermächtigten Pflegeeinrichtung

Anlage 3 Informationsblatt - Kooperationsvertrag Ärzte

## **Präambel**

Mit dem Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung insbesondere chronisch erkrankter, multimorbider und psychisch erkrankter Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen zu erreichen, wird zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungsqualität, den Versicherten eine besondere ambulante ärztliche Versorgung im Sinne des § 73 c SGB V angeboten.

Diese besondere ambulante Versorgung ergänzt das Angebot einer integrierten Versorgung für die genannte Personengruppe, das in einem eigenständigen Vertrag nach § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI geregelt ist.

Diese Vereinbarung gewährleistet, dass das Berliner Projekt auf einer neuen Grundlage fortgeführt wird. Dabei wird die im bisherigen Berliner Projekt realisierte qualitativ hochwertige Versorgung durch die besondere ärztliche Versorgung im Sinne von § 73 c SGB V weiterentwickelt.

## **§ 1**

### **Gegenstand / Geltungsbereich**

Der Vertrag gilt im Bereich der KV Berlin für die nach § 2 vertragsgegenständliche medizinische Grundversorgung von teilnehmenden Versicherten gemäß § 9 der vertragsschließenden bzw. beitretenden Krankenkassen, die in einer an diesem Vertrag teilnehmenden ermächtigten stationären Pflegeeinrichtung bzw. in einer durch Kooperation mit einem teilnehmenden Vertragsarzt eingebundenen Pflegeeinrichtung leben sowie Leistungen nach § 43 SGB XI erhalten.

## **§ 2**

### **Versorgungsauftrag**

- (1) Der Versorgungsauftrag umfasst die medizinische Grundversorgung.
- (2) Darüber hinaus können weitere Fachärzte in die Versorgung einbezogen werden. Hierüber und über die Vergütung verständigen sich die Vertragspartner gesondert.

## **§ 3**

### **Teilnahmeverfahren von Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen**

- (1) Teilnahme von Vertragsärzten:
  - a) Die Teilnahme von Vertragsärzten an dem Vertrag ist freiwillig und setzt eine Teilnahmeerklärung nach Anlage 2 des Vertragsarztes bei der KV Berlin voraus. Der Vertragsarzt weist der KV Berlin die Kooperation mit einer oder mehreren Pflegeeinrichtungen nach, die nach § 140a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI am Vertrag zum Berliner Projekt teilnehmen und über eine Bestätigung der Krankenkassen zur Teilnahme verfügen.
  - b) Dem Antrag sind alle Nachweise über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 beizufügen.
  - c) Vertragsärzte betreuen grundsätzlich 30 bis 40 teilnehmende Versicherte. Ausnahmen hiervon sind nach vorheriger Zustimmung der Vertragspartner möglich.
  - d) Die KV Berlin prüft die Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen bestätigt sie die Teilnahme durch Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung

für die Leistungen des Vertrages. Die Teilnahme beginnt mit dem Datum des Bescheides. Wird die Abrechnungsgenehmigung vor dem 1.7.2011 erteilt, wird sie erst zum 1.7.2011 wirksam.

- e) Mit Erteilung der Genehmigung ist der Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zu erbringen und abzurechnen.

(2) Teilnahme von ermächtigten Pflegeeinrichtungen:

- a) Die Teilnahme von ermächtigten Pflegeeinrichtungen an dem Vertrag ist freiwillig und setzt eine Teilnahmeerklärung nach Anlage 2 bei der KV Berlin voraus. Die ermächtigte Pflegeeinrichtung nimmt am Vertrag nach § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI zum Berliner Projekt teil und verfügt über eine Bestätigung der Krankenkassen.
- b) Dem Antrag sind alle Nachweise über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 beizufügen.
- c) Angestellte Ärzte betreuen grundsätzlich 100 teilnehmende Versicherte (je Vollzeit-Arztstelle). Ausnahmen hiervon sind mit der Zustimmung der Vertragspartner möglich.
- d) Die KV Berlin prüft die Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen bestätigt sie die Teilnahme durch Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen des Vertrages. Die Teilnahme beginnt mit dem Datum des Bescheides. Wird die Abrechnungsgenehmigung vor dem 1.7.2011 erteilt, wird sie erst zum 1.7.2011 wirksam.
- e) Mit Erteilung der Abrechnungsgenehmigung ist die ermächtigte Pflegeeinrichtung berechtigt und verpflichtet, ärztliche Leistungen nach Maßgabe des Vertrages zu erbringen und abzurechnen.

- (3) Die Anzahl der teilnehmenden Ärzte ist grundsätzlich auf maximal drei Ärzte für je 100 Bewohner/Pflegeeinrichtung begrenzt. Eine Prüfung dieser Voraussetzung durch die KV Berlin im Rahmen des Teilnahmeverfahrens erfolgt nicht.

## § 4

### **Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte und ermächtigten Pflegeeinrichtungen**

(1) Teilnahmeberechtigt sind

- a) folgende im Arztregister eingetragene Vertragsärzte:
- Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
  - Darüber hinaus können weitere Fachärzte in die Versorgung einbezogen werden. Hierüber verständigen sich die Vertragspartner gesondert.
- b) Stationäre Pflegeeinrichtungen, die über eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV verfügen und die ärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte, die die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 ff. erfüllen, gewährleisten.
- c) Stationäre Pflegeeinrichtungen, die über eine Ermächtigung nach § 119b SGB V verfügen und die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 ff. erfüllen.

- (2) Soweit dieser Vertrag personenbezogene Verpflichtungen begründet, müssen diese im Falle der Leistungserbringung durch ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) oder eine ermächtigte Pflegeeinrichtung in der Person der über das MVZ/die ermächtigte Pflegeeinrichtung, am Projekt einbezogenen Ärzte persönlich erfüllt sein.
- (3) Die fachliche Befähigung muss zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden, bzw. während der Teilnahme am Vertrag durch regelmäßige Fortbildungen aufrechterhalten werden.
- (4) Der Arzt hat die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95 d SGB V zu erfüllen. Die Fortbildungspunkte werden im Rahmen von anerkannten Qualitätszirkeln oder durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Projekteinrichtung erworben. Hierbei sind vom Arzt vorrangig die nachfolgenden Themen zu wählen:
  - Patientenzentrierte Gesprächsführung
  - Psychosomatische Grundversorgung
  - Langzeit- und Terminalpflege
  - Rehabilitationsmöglichkeiten beim alten Menschen
  - Das Geriatrische Assessment
  - Schmerztherapie
  - Häufige Erkrankungen im Alter (z. B. Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit)
  - Palliativmedizin.
- (5) Der Arzt hat sich eigenverantwortlich fortlaufend auf den neuesten Stand der medizinischen Entwicklung und Erkenntnisse zu bringen. Die KV Berlin prüft die nach Abs. 2 bis 4 erforderliche Qualifikation. Der Vertragsarzt bzw. die ermächtigte Pflegeeinrichtung weist der KV Berlin regelmäßig bzw. auf Verlangen den Stand der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung gemäß Abs. 4 nach.

Die folgenden Teilnahmevoraussetzungen gelten zusätzlich für ermächtigte Pflegeeinrichtungen:

- (6) Die Pflegeeinrichtung benennt einen Leiter. Soweit der benannte Leiter nicht Mitglied der KV Berlin ist, gelten die sich aus § 81 Abs. 5 SGB V ergebenden Rechte und Pflichten und die Rechte und Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben, für ihn entsprechend.
- (7) Die ermächtigte Pflegeeinrichtung meldet der KV Berlin die für die ärztliche Versorgung nach diesem Vertrag angestellten Ärzte und deren Beschäftigungsumfang und weist die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 nach. Jede Änderung ist unverzüglich zu melden.
- (8) Übergangsvereinbarung:

Für Ärzte, die in ermächtigten Pflegeeinrichtungen der Rahmenvereinbarung zum Berliner Projekt bis einschließlich zum 31.03.2010 angestellt waren und zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses bei einer teilnehmenden ermächtigten Pflegeeinrichtung angestellt sind und nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin verfügen, gelten die Anforderungen gemäß § 4 Abs. 1 für die Dauer von fünf Jahren ab

dem Inkrafttreten des Vertrages übergangsweise als erfüllt. Diese Ärzte weisen die Erfüllung der Voraussetzung nach § 4 Abs.1 innerhalb von fünf Jahren nach. Im Einzelfall können die Vertragspartner eine Einzelfallentscheidung treffen. Solange und soweit die Weiterbildung zum Facharzt nicht abgeschlossen ist, darf der Umfang der Tätigkeit nicht erweitert werden (Stichtag 31.03.2010). Die Übergangsvereinbarung nach Abs. 8 gilt für den Leiter nach Abs. 6 entsprechend.

## **§ 5**

### **Beendigung der Teilnahme von Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen**

Die Teilnahme der Vertragsärzte oder ermächtigten Pflegeeinrichtung endet:

- (1) mit dem Ende dieses Vertrages,
- (2) mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung / der Ermächtigung,
- (3) mit der Feststellung des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen,
- (4) mit dem Entzug der Abrechnungsgenehmigung,
- (5) durch Kündigung der Teilnahme durch den Vertragsarzt/die Pflegeeinrichtung (schriftlich gegenüber der KV Berlin mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende),
- (6) bei schwerwiegenden Verstößen gegen die vertraglichen Pflichten kann der Vertragsarzt/die Pflegeeinrichtung von der Teilnahme am Vertrag durch den Widerruf der Abrechnungsgenehmigung gem. § 3 Abs. 1 d und Abs. 2 d ausgeschlossen werden.
- (7) Hinsichtlich der Durchsetzung der Absätze 3 und 6 finden zunächst die Sanktionen aus § 95 d SGB V (Honorarkürzung) Anwendung.

## **§ 6**

### **Aufgaben von teilnehmenden Vertragsärzten und ermächtigten Pflegeeinrichtungen**

Im Rahmen der Teilnahme des Vertragsarztes bzw. der ermächtigten Pflegeeinrichtung, letztere grundsätzlich durch die Anstellung von Ärzten, obliegen diesen folgende Aufgaben (soweit nachfolgend nicht zwischen dem Vertragsarzt und dem angestellten Arzt differenziert wird, gelten die Regelungen sowohl für den Vertragsarzt als auch für die ermächtigte Pflegeeinrichtung):

- (1) Die Ärzte erbringen gegenüber den teilnehmenden Versicherten die Leistungen der medizinischen Grundversorgung entsprechend des Versorgungsauftrages nach § 2 dieses Vertrages.
- (2) Mindestens einmal pro Woche findet eine ärztliche Regelvisite bei den teilnehmenden Versicherten (persönlicher Arztbesuch) in der Pflegeeinrichtung statt.
- (3) Der Arzt ist zur Teilnahme an Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team verpflichtet. Diese werden mindestens einmal je Quartal durchgeführt und sind zu dokumentieren (Teilnehmer, Datum, Patient u. a.). Der Arzt und die Pflegeeinrichtung stimmen sich über Zeitpunkt und Inhalt der Fallbesprechungen ab.
- (4) Der Arzt verpflichtet sich zur Mitwirkung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Controlling.
- (5) Außerhalb der Präsenzzeiten des Arztes in der Pflegeeinrichtung wird eine Rufbereitschaft eingerichtet, sodass eine ärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung für die teilnehmenden Versicherten sichergestellt ist.

menden Versicherten sichergestellt ist. Die Rufbereitschaft ist auch durch eine telefonische Erreichbarkeit gewährleistet. Im Fall der ärztlichen Versorgung durch Vertragsärzte hat der Vertragsarzt die Pflegeeinrichtung über die Rufbereitschaft ausreichend und rechtzeitig zu informieren.

- (6) Der Vertragsarzt hat im Fall seiner Verhinderung (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit) die Vertretung durch einen geeigneten Arzt sicherzustellen. Der Vertragsarzt trägt die Verantwortung für die Auswahl seines Vertreters. Es gelten die Melde- und Genehmigungspflichten der KV Berlin. Die Pflegeeinrichtung ist durch den Vertragsarzt über die ärztliche Vertretung unverzüglich in Kenntnis zu setzen.
- (7) Die ermächtigte Pflegeeinrichtung hat im Fall der Verhinderung des angestellten/vertraglich gebundenen Arztes (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit) die Vertretung durch einen geeigneten Arzt sicherzustellen. Der ärztliche Leiter der Pflegeeinrichtung übernimmt in Abstimmung mit dem Träger der Pflegeeinrichtung die Auswahl des Vertreters. Es gelten die Melde- und Genehmigungspflichten der KV Berlin durch den ärztlichen Leiter entsprechend.
- (8) Sämtliche Konsultationen oder Überweisungen von oder an andere Fach- bzw. Vertragsärzte sowie Heil-, Hilfs- und Arzneimittelverordnungen werden vom Arzt koordiniert. Der Einsatz von Heilmitteln (medizinisch-therapeutische Versorgung) erfolgt auf Verordnung. Die Verordnungen hierfür sind jeweils auf einem Formular analog eines Privatrezeptes auszustellen und in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Verwendung der Muster 13, 14 und 18 ist nicht zulässig. Der Arzt hat auf eine wirtschaftliche und medizinisch indizierte Versorgung zu achten.
- (9) Die Weiterleitung zur Behandlung der teilnehmenden Versicherten für alle nichtvertragsgenständlichen Leistungen erfolgt, soweit sie nicht selbst erbracht werden, durch Überweisung.
- (10) Die Überweisungen/Verordnungen sind in geeigneter Weise zu dokumentieren. Der Arzt stellt dazu die Befunddokumentation bzw. einen geeigneten Informationsaustausch zur sachgerechten Versorgung der teilnehmenden Versicherten fallbezogen sicher.
- (11) Der Arzt unterstützt durch sein Ordnungsverhalten die Umsetzung der Rabattverträge der Kostenträger. Der Arzt verzichtet bei der Verordnung von Arzneimitteln grundsätzlich darauf, die Ersetzung des Arzneimittels in der Apotheke durch ein wirkstoffgleiches Medikament auszuschließen, sofern keine medizinischen Gründe für die Anwendung der aut idem Regel vorliegen. Auf Nachfrage der Krankenkassen verpflichtet sich der Arzt, die medizinischen Gründe zu erläutern. Darüber hinaus verordnet er Normgröße ohne Angabe der Stückzahl.
- (12) Der Arzt stellt einen geeigneten Informationsaustausch zur sachgerechten Versorgung der teilnehmenden Versicherten mit der Pflegeeinrichtung (Pflegekräfte, Therapeuten) fallbezogen sicher.
- (13) Der Arzt wirkt an der Erarbeitung eines Konzepts für die Schnittstellen der ärztlichen, pflegerischen sowie therapeutischen Versorgung mit, in dem sich die Aufgabenverteilung, die Verantwortlichkeiten sowie Abstimmungsprozesse abbilden.
- (14) Der Arzt verpflichtet sich zur Dokumentation der ärztlichen Leistungen in der Bewohnerdokumentation der Pflegeeinrichtung.
- (15) Der Arzt unterstützt die Pflegeeinrichtung bei der Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse. Die Pflegeeinrichtung sorgt

für die Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) und ggf. des Widerrufs des Versicherten an die Krankenkasse, soweit diese nicht der Krankenkasse durch den Versicherten unmittelbar zugeleitet wurden. In diesem Fall informiert die Krankenkasse die Pflegeeinrichtung.

- (16) Im Hinblick auf die Sicherung der wirtschaftlichen Basis des Projektes verfolgen die ermächtigten Pflegeeinrichtungen und die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, gemeinsam mit den Kostenträgern das Ziel, dass insbesondere durch Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen den finanziellen Mehraufwendungen entsprechende Einsparungen im Krankenhausbereich gegenüberstehen können.

## **§ 7**

### **Aufgaben der KV Berlin**

- (1) Im Rahmen der für die Mitglieder der KV Berlin verbindlichen Regeln ergreift die KV Berlin bei einem Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen entsprechende Maßnahmen:
- a. Schriftliche Aufforderung an den Leistungserbringer, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten.
  - b. Nicht vertragsgemäße Leistungen werden nicht vergütet.
  - c. Zu Unrecht geleistete Überzahlungen werden über die KV an den jeweiligen Kostenträger zurückerstattet.
  - d. Bei schwerwiegenden Verstößen kann der Vertragsarzt/die ermächtigte Pflegeeinrichtung von der Teilnahme am Vertrag durch den Widerruf der Abrechnungsgenehmigung ausgeschlossen werden.
  - e. Hinsichtlich der Durchsetzung des Absatzes 1 b und d finden zunächst die Sanktionen aus § 95 d SGB V (Honorarkürzung) Anwendung.
- Hierüber informiert die KV unverzüglich nach Bekanntwerden die Vertragspartner.
- (2) Die KV Berlin informiert die teilnehmenden Vertragsärzte und die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen unverzüglich über Änderungen des Vertrages, soweit diese Auswirkungen auf die Vertragsärzte oder die vertragsärztlichen Leistungen ermächtigter Pflegeeinrichtungen haben. Für die teilnehmenden Vertragsärzte und teilnehmenden Pflegeeinrichtungen ist die KV Berlin Ansprechpartner bei Belangen dieses Vertrages.
- (3) Die KV Berlin führt das Abrechnungsverfahren durch.
- (4) Die KV Berlin leitet alle für die Durchführung des Finanz- und Risikostrukturausgleich erforderlichen ärztlichen Dokumentationen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben an die beteiligten Krankenkassen weiter (Formblatt 3).
- (5) Die KV Berlin beteiligt sich aktiv an Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung gemäß dieses Vertrages.
- (6) Die KV Berlin führt ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte und Pflegeeinrichtungen und stellt es den Vertragspartnern bei Bedarf zur Verfügung.
- (7) Die KV Berlin führt einen Ausschuss für die Belange dieses Vertrages (Berliner Projekt). Insbesondere geht dieser Ausschuss Auseinandersetzungen zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen nach. Die KV Berlin informiert den Lenkungsausschuss unverzüglich nach Bekanntwerden der jeweiligen Sachverhalte.



## **§ 8**

### **Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die Leistungen dieses Vertrages vergüten die jeweiligen Krankenkassen mit einer Pauschale je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 2,45 Euro pro Tag (SNR: 99889).
- (2) Nicht mit der Pauschale nach § 8 Abs. 1 abgegolten und daher neben der Pauschale nach Abs. 1 abrechnungsfähig sind die Leistungen zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (nach EBM) sowie Impfleistungen. Die Möglichkeit der außerhalb der belegtagsbezogenen Vergütungspauschale nach Abs. 1 abrechenbaren Leistungen gemäß Abs. 2 wird nach 2 Jahren überprüft. Ebenfalls nicht abgegolten und daher nach Maßgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung vom 25. März 2014 können bei MRSA-Patienten die Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie (nach Abschnitt 30.12 EBM) erbracht und abgerechnet werden.
- (3) Gleichermaßen nicht abgegolten und daher nach Maßgabe des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung vom 25. Juli 2017 erbring- und abrechenbar sind bei Palliativpatienten die Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (nach Abschnitt 37.3 EBM). Die genehmigungspflichtigen Leistungen können durch die nach §§ 3,4 des Berliner Projektes Teilnehmenden erbracht und abgerechnet werden, denen die KV Berlin die Vertragsteilnahme i.S.d. § 7 Abs. 4 der Anlage 30 BMV-Ä bestätigt hat. Alle nicht genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 37.3 EBM können durch die nach §§ 3,4 des Berliner Projektes Teilnehmenden erbracht und abgerechnet werden. Die Vertragspartner vereinbaren die Inanspruchnahme der Leistungen des Kapitels 37.3 EBM, unter Beachtung der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung auszuwerten und sich über die Auswertungskriterien gesondert zu verständigen.
- (4) Soweit gesetzlich vorgesehen, sind sowohl der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V als auch die arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen jeweils aktuellen Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses hierzu zu bereinigen. Hierüber verständigen sich die Vertragspartner gesondert.
- (5) Doppelabrechnungen sind unzulässig.
- (6) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch den Vertragsarzt und die teilnehmende Pflegeeinrichtung im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin. Es gilt die Abrechnungsordnung der KV Berlin.
- (7) Die Vertragsärzte und die ermächtigten Einrichtungen erbringen alle für die Durchführung des Finanz- und Risikostrukturausgleichs erforderlichen ärztlichen Dokumentationen und übermitteln diese an die KV Berlin (entsprechend der regulären Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin).
- (8) Die KV Berlin ist berechtigt, die jeweils gültigen Verwaltungskosten/Gebühren einzubehalten.
- (9) Die Krankenkassen entrichten an die KV Berlin die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb mengenbegrenzender Maßnahmen.
- (10) Die KV Berlin stellt die Leistungen über das Formblatt 3 entsprechend der aktuell gültigen Formblattrichtlinie den Krankenkassen in Rechnung.

- (11) Die teilnehmenden Ärzte und ermächtigten Pflegeeinrichtungen erheben die Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V.
- (12) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, Abschlagszahlungen der rechnerisch/sachlichen Berichtigung und der Zinsregelungen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages bzw. Honorarvertrages zwischen den Vertragspartnern.
- (13) Sind die rechnungsbegründenden Unterlagen in Teilen nachweislich fehlerhaft, kann die Zahlung nicht vollständig verweigert oder aufgeschoben werden. Ein Einbehalt eines Rechnungsbetrages ist bei nachweislich fehlerhafter Rechnungsstellung nur bis zur Höhe des fehlerhaften Betrages zulässig. Kürzungen sind gegenüber der KV Berlin schriftlich zu erklären und zu begründen.
- (14) Die Abrechnung und Vergütung aller nichtvertragsgegenständlichen und nicht bereinigungsrelevanten Leistungen bleiben unberührt.

## **§ 9**

### **Teilnahmevoraussetzung des Versicherten sowie Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) An der Versorgung nach dem Vertrag können alle Versicherten unter folgenden Voraussetzungen teilnehmen:
  - a. die Teilnahme der Versicherten an der Versorgung ist freiwillig,
  - b. der Versicherte ist bei einer der vertragsschließenden Krankenkassen versichert,
  - c. der Versicherte lebt dauerhaft in der Pflegeeinrichtung (auf der Grundlage eines Heimvertrages gem. § 4 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG),
  - d. der Versicherte willigt durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 1 in die Behandlung auf der Grundlage dieses Vertrages sowie in die mit der Behandlung im Zusammenhang stehende Datenübermittlung ein. Wohnort des Versicherten ist der Sitz der Pflegeeinrichtung.
- (2) Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung nach diesem Vertrag gegenüber seiner Krankenkasse. Mit seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigt er schriftlich auf einem Vordruck (Anlage 1) in die Regelungen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und des Datenschutzes ein. Ferner verpflichtet er sich gemäß § 73 c Abs. 2 SGB V, nur an dem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen soweit er ärztliche Leistungen benötigt, die Gegenstand dieses Vertrages sind. Das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist der jeweiligen Krankenkasse unverzüglich zu übermitteln. Eine Kopie verbleibt bei der ermächtigten Pflegeeinrichtung/dem Vertragsarzt und eine Kopie wird dem Versicherten ausgehändigt. Der Arzt/die ermächtigte Pflegeeinrichtung berät die Versicherten bezüglich der Teilnahmevoraussetzungen und Inhalte dieses Vertrages und holt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Versicherten ein.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag des Eingangsdatums der schriftlichen Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) bei dem jeweiligen Kostenträger.

- (4) Für Versicherte, die bereits vor Inkrafttreten dieses Vertrages am Berliner Projekt teilgenommen haben, gilt mangels anderweitiger abweichender Regelungen in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung diese rückwirkend frühestens ab Inkrafttreten des Vertrages. Die Pflegeeinrichtungen stellen unter Mitwirkung des jeweilig beteiligten Arztes sicher, dass zu diesem Zweck der Krankenkasse spätestens ein Monat nach Inkrafttreten des Vertrages die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten zugehen. Nach Ablauf dieser Frist ist davon auszugehen, dass die Versicherten nicht mehr am Berliner Projekt teilnehmen.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten endet:
- a. im Fall eines Widerrufs durch den Versicherten, wenn der Widerruf bis zum 15. des laufenden Monats bei der Krankenkasse eingegangen ist, zum nächsten Monatsersten; in den übrigen Fällen zum übernächsten Monatsersten; frühestens jedoch nach 12 Monaten,
  - b. mit dem Ende des Versichertenverhältnisses bei der teilnehmenden Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - c. mit dem tatsächlichen Verlassen der Pflegeeinrichtung wegen Auszug,
  - d. mit dem Tod des Versicherten,
  - e. bei Beendigung des Vertrages,
  - f. mit Beendigung der Teilnahme der ermächtigten Pflegeeinrichtung an dem Berliner Projekt gem. § 5.
- (6) Der Widerruf gem. Abs. 5 a) ist gegenüber der Krankenkasse schriftlich zu erklären. Es ist sicherzustellen, dass für den Fall, dass die teilnehmende Pflegeeinrichtung bzw. der teilnehmende Arzt den Widerruf entgegennimmt, dieser unverzüglich durch die Pflegeeinrichtung an die zuständige Krankenkasse weitergeleitet wird. Die Krankenkasse informiert die teilnehmende Pflegeeinrichtung bzw. den teilnehmenden Arzt über den Eingang eines Widerrufs.
- (7) Die Krankenkasse kann der KV Berlin quartalsweise die teilnehmenden Versicherten (Versichertennummer, Beginn und Ende der Teilnahme) mitteilen.

## **§ 10**

### **Lenkungsausschuss**

Die Vertragsparteien richten einen Lenkungsausschuss gemäß § 1 der Kooperationsvereinbarung (KOV) zum Berliner Projekt ein. Der Lenkungsausschuss berät grundsätzliche Fragestellungen zur Umsetzung und Weiterentwicklung des Berliner Projektes. Der Lenkungsausschuss hat empfehlenden Charakter. Die Vorsitzenden des Lenkungsausschusses vertreten das Berliner Projekt in der Öffentlichkeit.

## **§ 11**

### **Schnittstellen**

Die Vertragspartner tragen dem ergänzenden Charakter gemäß Absatz 2 und 3 der Präambel Rechnung und verständigen sich auf in diesem Zusammenhang erforderliche Maßnahmen. Das bedeutet insbesondere die Teilnahme an, in der Pflegeeinrichtung durchzuführen-

den Audits durch die teilnehmenden Ärzte, um Verbesserungs- und Optimierungspotenzial zu erkennen und Maßnahmen einzuleiten.

## **§ 12**

### **Teilnahme weiterer Krankenkassen**

Weitere gesetzliche Krankenkassen können dem Vertrag nach Zustimmung aller Vertragspartner beitreten. Im Fall der Vereinigung einer Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse nach § 144 SGB V tritt die vereinigte Krankenkasse im Wege der Rechtsnachfolge in die Rechte und Pflichten dieses Vertrages ein. Alle Versicherten der vereinigten Kasse sind dann nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen teilnahmeberechtigt.

## **§ 13**

### **Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung sämtlicher zu beachtender datenschutzrechtlicher Vorschriften insbesondere der Sozialdatenschutz und die Verpflichtungen aus § 203 Strafgesetzbuch (StGB) – obliegt den Vertragspartnern für ihren Zuständigkeitsbereich.
- (2) Die Vertragspartner sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftigen Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstigen Gegenstände aus dem Geschäftsbereich der Vertragspartner, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Leistungen bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren.
- (3) Die Vertragspartner haben darauf hinzuwirken, dass sämtliche Personen, die von ihnen mit der Bearbeitung, Durchführung oder Erfüllung dieses Vertrages beauftragt oder in anderer Weise einbezogen werden, die Verpflichtungen der Vertragspartner nach Abs. 1 und 2 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (4) Die vorgenannten Verpflichtungen bestehen auch über die Beendigung dieses Vertrages hinaus.

## **§ 14**

### **Salvatorische Klausel**

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des übrigen Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für einen Vertragspartner derart wesentlich, dass ihm ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben am nächsten kommt.

## **§ 15**

### **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt am 01.07.2011 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von sieben Monaten zum Quartalsende von jedem Vertragspartner gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2012. Im Falle des Ausscheidens einer oder mehrerer Krankenkassen gilt der Vertrag fort, soweit mindestens eine Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin verbleiben.

- (3) Im Fall der Unwirksamkeit des Vertrages oder Beendigung der Verträge gemäß § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI oder der Kooperationsvereinbarung kann dieser Vertrag von jeder Vertragspartei mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (4) Ein Grund für eine außerordentliche Kündigung liegt vor, wenn ein Vertragspartner wesentliche Vertragspflichten nachhaltig und nicht nur unerheblich verletzt oder wenn die Rechtsentwicklung bzw. die gesetzlichen Vorgaben einer Aufrechterhaltung der Vertragsbeziehungen entgegenstehen.
- (5) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

## **§ 16**

### **Schlussbestimmungen**

- (1) Die Anlagen 1 bis 3 in der jeweiligen gültigen Fassung sind Bestandteil des Vertrages.
- (2) Vor Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie der Anlagen ist eine Stellungnahme des Lenkungsausschusses gemäß § 1 der KOV erforderlich.  
Änderungen bedürfen der Schriftform.

Anlage 1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Muster) des Versicherten

Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/der ermächtigten Pflegeeinrichtung

Anlage 3 Informationsblatt - Kooperationsvertrag Ärzte