

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.....	11
§ 13 Datenschutz.....	11
§ 14 Salvatorische Klausel	12
§ 15 Inkrafttreten und Kündigung.....	12
§ 16 Schlussbestimmungen.....	12

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. beitretenen 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 Bewohnerlientels 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 (so weit 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 teilneh-

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 nichtvertragsgegenständlichen 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 auf 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 der 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 2,28 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.
- (3) 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.
- (4) Doppelabrechnungen sind unzulässig.
- (5) 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.
- (6) 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).
- (7) Die KV Berlin ist berechtigt, die jeweils gültigen Verwaltungskosten/Gebühren einzubehalten.
- (8) Die Krankenkassen entrichten an die KV Berlin die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb mengenbegrenzender Maßnahmen.
- (9) Die KV Berlin stellt die Leistungen über das Formblatt 3 entsprechend der aktuell gültigen Formblattrichtlinie den Krankenkassen in Rechnung.
- (10) Die teilnehmenden Ärzte und ermächtigten Pflegeeinrichtungen erheben die Praxisgebühr gemäß § 28 Abs. 4 SGB V.
- (11) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, Abschlagszahlungen der rechnerisch/sachlichen Berichtigung und der Zinsregelungen gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages bzw. Honorarvertrages zwischen den Vertragspartnern.
- (12) 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.
- (13) 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 – WBG),
 - 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 durchzuführenden 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 Zusammen-

hang 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.

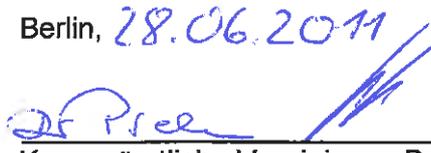
§ 16 Schlussbestimmungen

- (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

Berlin, 28.06.2011


Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Der Vorstand



IKK Brandenburg und Berlin
Der Vorstand


BAHN - BKK
Der Vorstand


Siemens - Betriebskrankenkasse
Der Vorstand

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen.-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	LANR	Betriebsstätten-Nr.
VK gültig bis	Datum	
IK der Pflegeeinrichtung		

Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

Anlage 1 zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140 a SGB V i. V. m. § 92 b SGB XI zugleich

Anlage 1 zum Vertrag nach § 73 c SGB V

Teilnahme- und Einwilligungserklärungen des Versicherten zum „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

Teilnahmeerklärung des Versicherten

an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im „Berliner Projekt - Die Pflege mit dem Plus“ in der Region Berlin

1. Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich und umfassend über die Ziele und Inhalte dieses Versorgungsprogrammes informiert wurde (Das Versichertenmerkblatt wurde ausgehändigt),
- mir die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten benannt wurden,
- mir die besonderen Leistungen und die vereinbarte Anforderung an die Qualität erläutert wurden,
- ich damit einverstanden bin, nur die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten in Anspruch zu nehmen,
- mir erklärt wurde, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich gemäß § 73 c Abs. 2 SGB V erstmals nach Ablauf von 12 Monaten ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme bei der Krankenkasse widerrufen kann,
- ich darüber informiert wurde, dass bei Nichtteilnahme oder bei einem Widerruf keine Nachteile entstehen,
- ich darüber informiert wurde, dass mir durch die Teilnahme an dieser Versorgung keine zusätzlichen Kosten entstehen,
- mir ist bekannt ist, dass für mich keine Zuzahlungen zu med.-therapeutischen Leistungen (z.B. Krankengymnastik) anfallen, wenn ich die Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm wähle,
- mir bekannt ist, dass meine Teilnahme am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ von der Einwilligung unter 3. abhängt.

2. Weiterhin erkläre ich,

- dass ich über die Inhalte und den Verlauf der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im „Berliner Projekt - Die Pflege mit dem Plus“ (Versichertenmerkblatt) informiert wurde.
- dass mir bekannt ist, dass meine Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung die Teilnahme an einem Vertrag nach § 140 a SGB V i.V.m. § 92 b SGB XI voraussetzt.
- dass mir bekannt ist, dass meine Teilnahme mit Eingangsdatum meiner Teilnahmeerklärung bei meiner Krankenkasse beginnt.
- dass ich auf die Freiwilligkeit meiner Teilnahme hingewiesen wurde, sowie darüber, dass die besondere ambulante ärztliche Versorgung ausschließlich durch die an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte oder deren Vertreter erbracht werden oder auf deren Veranlassung (Überweisung) von weiteren Leistungserbringern erbracht werden kann. An diese Regelung bin ich mindestens 12 Monate gebunden.
- dass mir bekannt ist, dass meine Teilnahme
 - mit Widerruf dieser Teilnahmeerklärung, wenn der Widerruf bis zum 15. des laufenden Monats bei meiner Krankenkasse eingegangen ist, zum nächsten Monatsende; in den übrigen Fällen zum übernächsten Monatsende, frühestens jedoch nach Ablauf von 12 Monaten,
 - mit dem Ende des Versichertenverhältnisses bei meiner Krankenkasse,
 - mit dem Ende der Teilnahme am Berliner Projekt - Die Pflege mit dem Plus, endet oder
 - mit dem Ende der vertraglichen Grundlagen zwischen meiner Krankenkasse und der KV Berlin sofort enden kann.
- dass mir bekannt ist, dass bei der Einbeziehung weiterer Ärzte in die Behandlung (Überweisung) diese meine Gesundheitsdaten benötigen, diese aber nur mit meiner vorherigen Einwilligung von dem an diesem Vertrag teilnehmenden und von mir gewählten Arzt übermittelt erhalten. Die Daten können auch von mir selbst weitergegeben werden.

3. Ich willige ein, dass

meine vertragsschließende Pflegeeinrichtung eine Dokumentation zur Koordination der verordneten pflegerischen und ergänzenden Maßnahmen führt und die an diesen Maßnahmen beteiligten Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte im jeweils erforderlichen Umfang Einsicht nehmen dürfen.

Die Einsichtnahme kann ich jederzeit beschränken oder vollständig ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf wird jedoch nur für die Zukunft wirksam und kann sich auf die Fortführung der Teilnahme an beiden Teilen des „Berliner Projekts - Die Pflege mit dem Plus“ (wie in der Versicherteninformation dargestellt) auswirken.

Für die Einsichtnahme in diese Dokumentation kann ich mich an meine Pflegeeinrichtung wenden. Meine in dieser gemeinsamen Dokumentation gespeicherten Gesundheitsdaten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (Dokumentationspflichten, Aufbewahrungsfristen) nicht mehr benötigt werden.

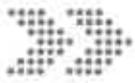
4. Ja, ich möchte am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ incl. der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen und wähle dieses Versorgungsprogramm.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>							
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Stempel Unterschrift Pflegeheim/Belehrender



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 466, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung

**zum Vertrag „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ nach § 73 c SGBV über die
qualitätsgesicherte Versorgung chronisch erkrankter, multimorbider und psychisch erkrankter
Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen
gültig ab dem 01.07.2011**

Name des Antragstellers: _____
(Vertragsarzt oder ärztlicher Leiter oder Leiter der Einrichtung)

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich als Vertragsarzt/-ärztin
 für die ermächtigte Pflegeeinrichtung _____
(Name der Einrichtung)

_____ *(Name der Einrichtung)*

für den im MVZ angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

_____ *(Name des Arztes)*

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Ich beantrage als Vertragsarzt/ärztin die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und

bin im Arztregister der KV Berlin eingetragen

und

führe die Facharztbezeichnung für Innere Medizin

oder

führe die Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin

oder

bin Praktischer Arzt oder Arzt ohne eine Gebietsbezeichnung

und

nehme an der hausärztlichen Versorgung teil

oder

nehme an der fachärztlichen Versorgung teil und führe die Facharztbezeichnung

(Facharztbezeichnung)

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)

Ich erfülle die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V und werde an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.

Nachweise sind beigefügt
soweit der 5jährige Nachweiszeitraum abgelaufen ist

Nachweise werden nachgereicht, da
der 5jährige Nachweiszeitraum noch
nicht verstrichen ist

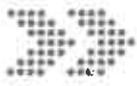
Ich weise der KV Berlin die Kooperation mit folgender/n Pflegeeinrichtung/en nach, die nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI am Vertrag zum Berliner Projekt teilnehmen und über eine Bestätigung der Krankenkassen zur Teilnahme verfügen (§ 3 Abs.1):

(Name/n der Pflegeeinrichtung/en)

Nachweise sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, Änderungen, die meinen Zulassungsstatus betreffen, der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

ODER



Ich beantrage als Vertragsarzt/-ärztin bzw. ärztliche/r Leiter/in des MVZ für den angestellten Arzt die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und

der angestellte Arzt

ist im Arztregister der KV Berlin eingetragen

und

führt die Facharztbezeichnung für Innere Medizin

oder

führt die Facharztbezeichnung für Allgemeinmedizin

oder

ist Praktischer Arzt oder Arzt ohne eine Gebietsbezeichnung

und

nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil

oder

nimmt an der fachärztlichen Versorgung teil und führt die Facharztbezeichnung

(Facharztbezeichnung)

(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)

Der angestellte Arzt erfüllt die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V und wird an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung, Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.

Nachweise sind beigefügt
soweit der 5jährige Nachweiszeitraum abgelaufen ist

Nachweise werden nachgereicht, da
der 5jährige Nachweiszeitraum noch
nicht verstrichen ist

Ich weise der KV Berlin die Kooperation mit folgender/n Pflegeeinrichtung/en nach, die nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI am Vertrag zum Berliner Projekt teilnehmen und über eine Bestätigung der Krankenkassen zur Teilnahme verfügen (§ 3 Abs.1):

(Name/n der Pflegeeinrichtung/en)

Nachweise sind beigefügt.

Ich verpflichte mich, Änderungen in dem Beschäftigungsverhältnis des angestellten Arztes der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

ODER



Ich beantrage als Leiter/in für die ermächtigte Pflegeeinrichtung die Teilnahme an dem o.g. Vertrag und

als Leiter/in der ermächtigten Pflegeeinrichtung bestätige ich,

dass die Pflegeeinrichtung über eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV verfügt,

oder

dass die Pflegeeinrichtung über eine Ermächtigung nach § 119b SGB V verfügt,

und

dass die ermächtigte Pflegeeinrichtung an dem Vertrag nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI zum Berliner Projekt teilnimmt und über eine Bestätigung der Krankenkassen verfügt (§ 3 Abs. 2).

Nachweise sind beigelegt.

Ich melde der KV Berlin die für die ärztliche Versorgung nach dem o.g. Vertrag in der Pflegeeinrichtung angestellten Ärzte mit Namen, deren Fachgebietszugehörigkeit und deren Beschäftigungsumfang:

(Bei mehr als drei Ärzten bitte ein gesondertes Beiblatt verwenden)

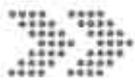
Nachweise über die Facharztanerkennung sind für jeden angestellten Arzt beigelegt

oder

werden im Rahmen der Übergangsvereinbarung nach § 4 Abs. 8 nachgereicht.

Ich verpflichte mich, Änderungen in dem Beschäftigungsverhältnis der angestellten Ärzte der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

Der oder die zuvor benannten angestellte/n Arzt/Ärzte hat/haben bzw. wird/werden die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V erfüllen und wird/werden an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung vorrangig zu folgenden Themen teilnehmen: Patientenzentrierte Gesprächsführung. Psychosomatische Grundversorgung, Langzeit- und Terminalpflege, Rehabilitationsmöglichkeiten, das geriatrische Assessment, Schmerztherapie, häufige Erkrankungen im Alter (Demenz, Depression, Dekubitus, Inkontinenz, Diabetes mellitus, Hypertonie, koronare Herzkrankheit) und Palliativmedizin.



Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des o.g. Vertrages informiert worden. Die Vertragsinhalte sind mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag freiwillig ist und ich bzw. der angestellte Arzt die Anforderungen erfüllen muss,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Datum der Teilnahmebestätigung der KV Berlin beginnt und ich bzw. der angestellte Arzt dann zur Leistungserbringung nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin/ist,
- dass die Verpflichtung zur Mitwirkung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Controlling des Vertrages besteht (§ 6 Abs. 4),
- dass die Verpflichtung zur Dokumentation der ärztlichen Leistungen in der Bewohnerdokumentation der Pflegeeinrichtung besteht (§ 6 Abs. 14),
- dass auf eine wirtschaftliche und medizinisch indizierte Versorgung zu achten ist (§ 6 Abs. 8),
- dass ich bzw. der angestellte Arzt die Fortbildungsverpflichtung entsprechend § 95d SGB V zu erfüllen habe/hat (§ 4 Abs. 4),
- dass ich mich bzw. sich der angestellte Arzt eigenverantwortlich fortlaufend auf den neuesten Stand der medizinischen Entwicklung und Erkenntnisse bringen muss und der KV Berlin regelmäßig bzw. auf Verlangen der Stand der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nachzuweisen ist (§ 4 Abs. 5),
- dass die Teilnahme an dem o.g. Vertrag endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Notwendigen Vertragsänderungen oder -anpassungen stimme ich zu.

Ort, Datum Unterschrift des antragstellenden Arztes oder des ärztlichen Leiters oder des Leiters der Einrichtung

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

Mustervertrag zur ärztlichen Versorgung im Rahmen der Verträge gemäß § 73c SGB V, § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI sowie der Kooperationsvereinbarung „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

(Hinweis: Kooperationsvereinbarungen, die im Rahmen des Berliner Projektes vor dem 01.07.2011 bestanden und der KV Berlin nachgewiesen waren, gelten fort.)

zwischen

der Pflegeeinrichtung

IK

und

dem Arzt/der Ärztin¹

mit Praxissitz in (Anschrift)

LANR

BSNR

Zwischen der o.g. Pflegeeinrichtung und dem o.g. Arzt wird zur Erfüllung der Anforderungen und Umsetzung der Inhalte der Verträge gemäß § 73c SGB V, § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI sowie der Kooperationsvereinbarung „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ (nachfolgend Berliner Projekt genannt) folgender Vertrag geschlossen:

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 i.S.v. § 73c SGB V und eine integrierte

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich alle gewählten Bezeichnungen auf beide Geschlechter gleichermaßen.

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

therapeutische sowie stationär-pflegerische Versorgung gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB X angeboten.

Die Pflegeeinrichtung übernimmt durch den Abschluss eines Vertrags zur integrierten Versorgung Berliner Projekt die Verantwortung für eine besondere Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Kostenträger. Durch innovatives unternehmerisches Handeln im Rahmen neuer Gestaltungsspielräume soll ein Beitrag zur Überwindung der Sektorengrenzen einzelner Leistungsbereiche geleistet werden.

Mit den nachfolgenden Regelungen soll die vertragliche Anbindung von Ärzten in das integrierte Versorgungsgeschehen zur Gewährleistung der arbeitsteiligen Behandlungskonzepte erfolgen und eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erreicht werden.

Soweit nachfolgend keine besonderen Regelungen getroffen werden, gelten die für die ärztliche Versorgung im Rahmen des allgemeinen Sicherstellungsauftrages geltenden Bestimmungen und Grundsätze, insbesondere die im Bereich der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geltenden Standards entsprechend.

§ 1

Grundsätze der Leistungserbringung

- (1) Erst mit Erteilung der Genehmigung zum Vertrag gemäß § 73c SGB V ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, Leistungen nach Maßgabe dieses Kooperationsvertrages zu erbringen und abzurechnen.
- (2) Der Arzt verpflichtet sich, die ihm obliegenden vertraglich vereinbarten Leistungen nach Maßgabe der Verträge zum Berliner Projekt für die Pflegeeinrichtung zu erbringen.
- (3) Die vertragsgegenständlichen Leistungen werden dabei ausschließlich für Bewohner von der im Rubrum genannten stationären Pflegeeinrichtung erbracht, die ihre Teilnahme an der integrierten Versorgung erklärt haben und Versicherte derjenigen Kostenträger sind, die Partner der Verträge zum Berliner Projekt sind.
- (4) Leistungen, die im Rahmen oder auf der Grundlage dieses Vertrages abgerechnet und vergütet werden, dürfen nicht an anderer Stelle abgerechnet werden. Der Arzt hat den Kostenträgern bzw. der von ihnen beauftragten Stelle die Prüfung der Abrechnung und hierbei insbesondere die Prüfung von Doppelabrechnung zu ermöglichen (Einzel-, Stichproben- und vergleichende Prüfungen). Für den Fall der Feststellung von unzulässigen Doppelabrechnungen sind die erlangten Beträge sofort fällig und einschließlich gesetzlicher Zinsen unverzüglich zurückzuzahlen.
- (5) Der Arzt wird bei der Versorgung der Bewohner der Pflegeeinrichtung gemäß Abs. 1 und 2 eigenverantwortlich tätig und unterliegt insoweit nicht den Weisungen der Pflegeeinrichtung. Die für Vertragsärzte geltenden Grundsätze der Freiberuflichkeit bleiben gewahrt und die für ihn in seiner Tätigkeit als Vertragsarzt geltenden gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen, u.a. zur Dokumentation, bleiben unberührt.
- (6) Der Arzt gewährleistet eine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende ärztliche Versorgung der Bewohner. Er verpflichtet sich, mit einer wirtschaftlichen Verordnungsweise im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und mit

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

einer effizienten Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel zur Zielerreichung dieser integrierten Versorgung beizutragen. Er wird seine medizinische Tätigkeit insbesondere im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ ausüben.

- (7) Die Pflegeeinrichtung verpflichtet sich, den Arzt über die Zielsetzung und die wesentlichen Elemente der integrierten Versorgung Berliner Projekt umfassend zu informieren. Sie stellt dem Arzt alle zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten im Zusammenhang mit den Verträgen zum Berliner Projekt erforderlichen Informationen zur Verfügung und ermöglicht den Zugang zu den vereinbarten Besprechungsrunden. Die Pflegeeinrichtung informiert den Arzt über Weiterentwicklungen des Berliner Projektes, soweit diese auf ihn Auswirkungen haben.

§ 2

Qualifikationsanforderung Arzt

- (1) Der Arzt ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil oder ist gemäß § 95 Abs. 2 SGB V berechtigt, an der ambulanten Versorgung teilzunehmen.
- (2) Der Arzt ist im Arztregister eingetragen und ist Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt.
- (3) Die Praxisorganisation ist so geregelt, dass die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen durch den Arzt sichergestellt werden.
- (4) Der Arzt ist verpflichtet seine Fortbildungsverpflichtungen gemäß § 95d SGB V eigenverantwortlich zu erfüllen. Die Fortbildungspunkte werden im Rahmen von anerkannten Qualitätszirkeln oder durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen in ausreichendem Umfang entsprechend dem Behandlungsbedarf des Bewohnerklientels der Pflegeeinrichtung 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

Der Arzt berücksichtigt weitere Themen, die im Rahmen der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung Berliner Projekt vereinbart werden.

- (5) Der Arzt hat sich eigenverantwortlich fortlaufend auf den neusten Stand der medizinischen Entwicklung und Erkenntnisse zu bringen.

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

§ 3

Leistungen und Aufgaben des Arztes

Der Arzt verpflichtet sich, für die am Berliner Projekt teilnehmenden Versicherten der beteiligten Kostenträger folgende Leistungen sicherzustellen:

- (1) Die Ärzte erbringen gegenüber den teilnehmenden Versicherten die Leistungen der medizinischen Grundversorgung gem. dem Versorgungsauftrag nach § 2 Abs. 1 des Vertrages nach § 73c SGB V vom 01.07.2011 in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Der Arzt betreut grundsätzlich 30 bis 40 teilnehmende Versicherte der o. g. Pflegeeinrichtung.
- (3) Der Arzt führt mindestens einmal die Woche eine Regelvisite bei den teilnehmenden Versicherten (persönlicher Arztbesuch) in der Pflegeeinrichtung durch. Über die Notwendigkeit weitergehender ärztlicher Maßnahmen entscheidet der Arzt. Er arbeitet eng mit der zuständigen Pflegefachkraft zusammen.
- (4) Der Arzt richtet außerhalb der Anwesenheitszeiten in der Pflegeeinrichtung eine Rufbereitschaft ein, so dass eine ambulante ärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung für die teilnehmenden Versicherten sichergestellt ist. Die Rufbereitschaft ist auch durch eine telefonische Erreichbarkeit gewährleistet. Die Pflegeeinrichtung ist über die Rufbereitschaft durch den Arzt ausreichend und rechtzeitig zu informieren.
- (5) Der Arzt hat im Fall der Verhinderung (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) die Vertretung durch einen geeigneten Arzt sicherzustellen. Die Pflegeeinrichtung ist über die ärztliche Vertretung unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Die teilnehmenden Ärzte in einer Pflegeeinrichtung können sich gegenseitig vertreten. Der Arzt trägt die Verantwortung für die Auswahl seines Vertreters. Der Arzt hat die Melde- und Genehmigungspflichten der KV Berlin zu beachten.
- (6) Der Arzt unterrichtet die Pflegeeinrichtung unverzüglich über die Kündigung seiner Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V.
- (7) Der Arzt verpflichtet sich zur Mitwirkung an den vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Controlling (z.B. Audits). Er wirkt insbesondere am RAI-datenbasierten Qualitätsmanagement und Benchmarking mit und ist zu Auskünften gegenüber der Pflegeeinrichtung verpflichtet. Hierzu gehört:
 - Anwendung der projektspezifischen RAI -Software
 - Mindestens jährliche Erhebung bewohnerbezogener Daten für die teilnehmenden Versicherten
 - Teilnahme an einrichtungsspezifischen Qualitätsaudits
 - Teilnahme an themenspezifischen Qualitätszirkeln.

Bei drohenden Zielverfehlungen unterstützt er die Pflegeeinrichtung mit gegensteuernden Maßnahmen bzw. mit seiner Mitwirkung an diesen.

- (8) 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. Die Pflegeeinrichtung

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

stellt sicher, dass die durchgeführten Fallbesprechungen dokumentiert werden. In die Fallbesprechungen sollen aus dem Qualitätssicherungsinstrument „RAI“ bzw. einem vergleichbaren Qualitätssicherungsinstrument gewonnene bewohnerspezifische Daten mit einbezogen werden.

- (9) Der Arzt verpflichtet sich sämtliche Konsultationen und Überweisungen von oder an Fachärzte sowie die Heil-, Hilfs- und Arzneimittelverordnungen zu koordinieren. Er achtet auf eine medizinisch indizierte sowie wirtschaftliche Versorgung.
- (10) Der Einsatz von Heilmitteln (medizinisch-therapeutischen Versorgung) erfolgt auf Verordnung. Der Arzt stellt die Verordnung hierfür jeweils auf einem Formular analog eines Privatrezeptes aus und dokumentiert dies in geeigneter Weise. Die Verwendung von Muster 13, 14 und 18 ist nicht zulässig.
- (11) Die Weiterleitung zur Behandlung der teilnehmenden Versicherten für alle nichtvertragsgegenständlichen Leistungen erfolgt, soweit sie nicht selbst erbracht werden, durch Überweisung.
- (12) Der Arzt dokumentiert die Überweisungen/Verordnungen in geeigneter Weise. Er stellt dazu die Befunddokumentation bzw. einen geeigneten Informationsaustausch zur sachgerechten Versorgung der teilnehmenden Versicherten fallbezogen sicher.
- (13) Der Arzt überprüft die aktuelle Medikation der teilnehmenden Bewohner auf Menge, Neben- und Wechselwirkungen und wirkt bei den mitbehandelnden Ärzten darauf hin, die Medikation zu optimieren. 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 auf 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.
- (14) Der Arzt stellt einen geeigneten Informationsaustausch zur sachgerechten Versorgung der teilnehmenden Versicherten mit der Pflegeeinrichtung (Pflegekräfte, Therapeuten) fallbezogen sicher.
- (15) Der Arzt wirkt an der Erarbeitung eines Konzeptes für die Schnittstellen der ärztlichen, pflegerischen sowie therapeutischen Versorgung mit, in dem sich die Aufgabenverteilung, die Verantwortlichkeiten sowie Abstimmungsprozesse abbilden.
- (16) Der Arzt verpflichtet sich zur Dokumentation der ärztlichen Leistungen in der Bewohnerdokumentation der Pflegeeinrichtung. Bei der Dokumentation der ärztlichen Leistungen in den Unterlagen der Pflegeeinrichtung wirken der Arzt und die Pflegeeinrichtung zusammen. Die gesetzlichen bzw. berufsrechtlichen Dokumentationsverpflichtungen des Arztes bleiben hiervon unberührt. Doppeldokumentationen sind – soweit möglich - zu vermeiden.
- (17) Der Arzt erbringt alle für die Durchführung des Finanz- und Risikostrukturausgleichs erforderlichen ärztlichen Dokumentationen und übermittelt diese an die KV Berlin (entsprechend der regulären Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin).
- (18) Der Arzt berät die Versicherten bezüglich der Inhalte der Versorgung im Rahmen des Berliner Projektes. Der Arzt unterstützt die Pflegeeinrichtung bei der Übermittlung der Teilnahme- und Datenschutzerklärung des Versicherten an die Krankenkasse. Die

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

Pflegeeinrichtung sorgt für die Übermittlung der Teilnahme- und Datenschutzerklärung (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.

- (19) Die Pflegeeinrichtung entwickelt gemeinsam mit dem Arzt sowie mit den Therapeuten Organisationsstandards, um regelmäßig auftretende Prozesse, wie Organisation der Regelvisite und telefonische Arztkonsultationen (z. B. durch Reaktionsmuster) zu vereinheitlichen. Diese Standards werden in der Pflegeeinrichtung implementiert.
- (20) Im Hinblick auf die Sicherung der wirtschaftlichen Basis des Berliner Projektes verfolgt der Arzt, gemeinsam mit der Pflegeeinrichtung die Zielsetzung des Berliner Projektes, insbesondere dass durch Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen den finanziellen Mehraufwendungen entsprechende Einsparungen im Krankenhausbereich gegenüberstehen können.
- (21) Der Arzt informiert seine Praxismitarbeiter über die sich aus diesem Vertrag ergebenden Besonderheiten und deren Auswirkungen auf das Praxisgeschehen.
- (22) Der Arzt unterrichtet die Pflegeeinrichtung unverzüglich über drohende oder ergriffene Maßnahmen der KV Berlin im Zusammenhang mit der Umsetzung des Vertrages nach § 73c SGB V.

§ 4

Vergütung der ärztlichen Leistungen und Abrechnung

- (1) Für die vertragsgegenständlichen Leistungen erhält der Arzt eine Pauschalvergütung von der KV Berlin je Belegtag und je von ihm versorgten, teilnehmenden Versicherten nach Maßgabe des Vertrages gem. § 73 c SGB V, Berliner Projekt – die Pflege mit dem Plus. Auf § 1 Abs. 4 wird verwiesen.
- (2) Nicht mit der Pauschale nach § 4 Abs. 1 abgegolten und daher neben der Pauschale nach Abs. 1 abrechnungsfähig sind die Leistungen zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) sowie Impfleistungen. Die Möglichkeit der außerhalb der belegtagsbezogenen Vergütungspauschale nach Abs. 1 abrechenbaren Leistungen gemäß Abs. 2 wird nach 2 Jahren überprüft.
- (3) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch den Arzt im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin. Es gilt die Abrechnungsordnung der KV Berlin.
- (4) Vergütungsansprüche gem. Abs. 1 können ausschließlich für vertragsgegenständliche Leistungen zu Gunsten von Bewohnern entstehen und geltend gemacht werden, die ihre Teilnahme an dem Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI schriftlich erklärt haben.
- (5) Die Abrechnung und Vergütung aller nichtvertragsgegenständlichen Leistungen bleiben unberührt.

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

§ 5 Einsichtnahme

Der Arzt erklärt sein Einverständnis, dass die Pflegeeinrichtung auf Verlangen Einsicht in seine ärztlichen Qualifikations- und Dokumentationsnachweise nehmen kann und dass die Pflegeeinrichtung auf Verlangen der beteiligten Kostenträger diesen Einsicht in die Vereinbarung zwischen Pflegeeinrichtung und Arzt gewährt, soweit der teilnehmende Versicherte dazu seine Einwilligung erklärt hat.

§ 6 Datenschutz

- (1) Der Arzt verpflichtet sich sämtliche zu beachtende datenschutzrechtliche Vorschriften insbesondere den Sozialdatenschutz und die Verpflichtungen aus § 203 Strafgesetzbuch (StGB) – einzuhalten.
- (2) Die Pflegeeinrichtung und der Arzt verpflichten sich, über sämtliche schutzbedürftigen Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstigen Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern im Zusammenhang mit den vertragsgegenständlichen Leistungen bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren.
- (3) Beide Parteien verpflichten sich, die ihnen übergebenen Unterlagen, Verwaltungsdaten und medizinischen Daten sorgfältig zu verwahren, vor Einsichtnahme unberechtigter Dritter zu schützen und auf Verlangen nach dem Ende des Vertragsverhältnisses zurückzugeben.
- (4) Die Vertragspartner stellen sicher, 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 3 wie eigene Verpflichtungen erfüllen.
- (5) Der Arzt sichert die Einhaltung des Daten- und Geheimnisschutzes aller an der Arbeit Beteiligten zu und macht dies aktenkundig. Er unterrichtet die Pflegeeinrichtung unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzung oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und über schwerwiegende Störungen des Ablaufes der Vereinbarung.
- (6) Die vorgenannten Verpflichtungen bestehen auch über die Beendigung dieses Vertrages hinaus.

§ 7 Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft und erlangt Wirkung mit der Erteilung der Abrechnungsgenehmigung. Wird diese von der KV Berlin vor dem 01.07.2011 erteilt, wird der Vertrag am 01.07.2011 wirksam.

Anlage 3 - Kooperationsvertrag Ärzte zur Vereinbarung über die integrierte pflegerische sowie Heilmittelversorgung von stationär in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten gemäß § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI entspricht Anlage 3 Informationsblatt zum Vertrag nach § 73c SGB V Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus in der Fassung vom 30.06.2011

- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich von jeder Vertragspartei gekündigt werden.
- (3) Dieser Vertrag kann von der Pflegeeinrichtung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn
 - gegen vertragliche Pflichten wiederholt oder in erheblichem Maße verstoßen wurde,
 - die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beendet ist,
 - gegen das Verbot der Doppelabrechnung verstoßen wurde,
 - der zugrundeliegende Vertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und den Kostenträgern nach § 140a SGB V i.V.m. § 92b SGB XI unwirksam ist oder beendet wird,
 - gesetzliche Vorschriften oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Fortsetzung des Vertrages unmöglich machen oder
 - ein sonstiger wichtiger Grund vorliegt.
- (4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.

§ 8

Ergänzende Regelungen und Salvatorische Klausel

- (1) Im Übrigen gelten für das Vertragsverhältnis die Bestimmungen der §§ 611 ff BGB.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und dürfen nicht im Widerspruch zu den vorstehenden Regelungen oder zu den Zielsetzungen der Verträge zum Berliner Projekt stehen.
- (3) 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 den 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.

Ort

Datum

Pflegeeinrichtung

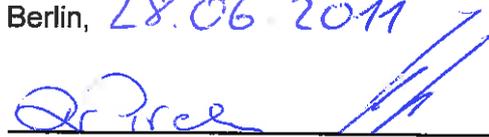
Arzt

Protokollnotiz zum Vertrag nach § 73 c SGB V „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“:

Zwischen dem Inkrafttreten (01.07.2011) des Vertrages nach § 73 c SGB V „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ und der Erteilung von Teilnahme/Abrechnungsgenehmigungen für diesen Vertrag entsteht ein Zeitraum, für den keine Abrechnungsgenehmigungen erteilt werden können. Die Teilnahme gilt ab dem Datum des Bescheides und kann nicht rückwirkend erteilt werden (§§ 3 (1) d und 3 (2) d des Vertrages nach § 73 c SGB V).

Für Ärzte und ermächtigte Pflegeeinrichtungen, die bereits nach der bis zum 30.06.2011 gültigen Rahmenvereinbarung zum Berliner Projekt teilgenommen haben, erklären die teilnehmenden Krankenkassen, dass die mit Inkrafttreten des Vertrages vertragskonform erbrachten und abgerechneten Leistungen bis zur Genehmigung bzw. Ablehnung der Teilnahme/Abrechnungsgenehmigung von den Krankenkassen vergütet werden und auf Rückforderungen für diesen Zeitraum verzichtet wird.

Berlin, 28.06.2011


Kassennärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
Der Vorstand



IKK Brandenburg und Berlin
Der Vorstand


BAHN - BKK
Der Vorstand


Siemens - Betriebskrankenkasse
Der Vorstand