



Informationen zum Vertrag

Zum 01.07.2011 haben die Vertragspartner der bisherigen Rahmenvereinbarung zum Berliner Projekt die qualitätsgesicherte Versorgung, insbesondere chronisch erkrankter multimorbider und psychisch erkrankter Versicherter in stationären Pflegeeinrichtungen auf eine neue vertragliche Grundlage gestellt. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die AOK Nordost, die IKK Brandenburg und Berlin, die Bahn BKK und die Siemens Betriebskrankenkasse haben einen Vertrag über die besondere ambulante ärztliche Versorgung für die genannte Personengruppe geschlossen.

Der Vertrag löst die ehemalige Rahmenvereinbarung des Berliner Projektes, welche zum 30.06.2011 endet, ab.

Für welche Patienten gilt der Vertrag?

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der vertragsschließenden oder beigetretenden Krankenkassen, die dauerhaft in der Pflegeeinrichtung (auf Grundlage eines Heimvertrages gem. § 4 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WVBG) leben.

Ist die Praxisgebühr einzubehalten?

Für den Einzug der Praxisgebühr gelten die gesetzlichen Regelungen nach § 28 Abs. 4 SGB V sowie des Bundesmantelvertrags-Ärzte.

Welche Aufgaben habe ich zu erfüllen?

Folgende Aufgaben und Verpflichtungen gelten, soweit nicht explizit benannt, sowohl für den Vertragsarzt als auch für die ermächtigte Pflegeeinrichtung:

- Die Ärzte erbringen gegenüber den teilnehmenden Versicherten die Leistungen der medizinischen Grundversorgung.
- Mindestens einmal pro Woche findet eine ärztliche Regelvisite bei den teilnehmenden Versicherten (persönlicher Arztbesuch) in der Pflegeeinrichtung statt.
- 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.
- Der Arzt verpflichtet sich zur Mitwirkung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Controlling.
- 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. 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.

**Neuer Vertrag ab
01.07.2011 für
Patienten in stationären
Pflegeeinrichtungen:
Berliner Projekt - Die
Pflege mit dem Plus**

Für Versicherte der:
- AOK Nordost
- IKK Brandenburg und
Berlin
- Bahn BKK
- SBK

Praxisgebühr

**Aufgaben der
teilnehmenden Ärzte**

- 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 (Merkblatt auf der Internetseite der KV Berlin: www.kvberlin.de Für die Praxis > Themen von A bis Z > Mitteilungs- und Genehmigungspflichten für Vertragsärzte). Die Pflegeeinrichtung ist durch den Vertragsarzt über die ärztliche Vertretung unverzüglich in Kenntnis zu setzen.
- 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.
- 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.
- Die Weiterleitung zur Behandlung der teilnehmenden Versicherten für alle nichtvertragsgegenständlichen Leistungen erfolgt, soweit sie nicht selbst erbracht werden, durch Überweisung.
- 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.
- 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.
- Der Arzt stellt einen geeigneten Informationsaustausch zur sachgerechten Versorgung der teilnehmenden Versicherten mit der Pflegeeinrichtung (Pflegekräfte, Therapeuten) fallbezogen sicher.
- 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.
- Der Arzt verpflichtet sich zur Dokumentation der ärztlichen Leistungen in der Bewohnerdokumentation der Pflegeeinrichtung.
- 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.
- Im Hinblick auf die Sicherung der wirtschaftlichen Basis des Projektes verfolgen die ermächtigten Pflegeeinrichtungen und die am Vertrag

Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

teilnehmenden Ärzte, gemeinsam mit den Kostenträgern das Ziel, dass insbesondere durch Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen den finanziellen Mehraufwendungen entsprechende Einsparungen im Krankenhausbereich gegenüberstehen können.

Wie wird der Aufwand vergütet?

Die Leistungen dieses Vertrages werden mit einer Pauschale je eingeschriebenem Versicherten pro Tag vergütet:

	SNR	Vergütung
Pauschale pro Versicherten und Tag	99889	2,28 €

Nicht mit der Pauschale abgegolten und daher neben der Pauschale abrechnungsfähig sind Leistungen zur Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) (nach EBM) sowie Impfleistungen.

Doppelabrechnungen sind unzulässig. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung gegenüber der KV Berlin. Es gilt die Abrechnungsordnung der KV Berlin.

Welche Voraussetzungen habe ich zu erfüllen?

Teilnahmeberechtigt sind:

- Im Arztregister eingetragene Vertragsärzte (Fachärzte für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin oder praktischer Arzt oder Arzt ohne Gebietsbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen / weitere Fachärzte können nach Zustimmung der Vertragspartner in die Versorgung einbezogen werden).
- Stationäre Pflegeeinrichtungen, die über eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV verfügen und die ärztliche Versorgung durch angestellte Ärzte gewährleisten, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen, die über eine Ermächtigung nach § 119b SGB V verfügen und die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 ff. des Vertrages erfüllen.

Personenbezogene Verpflichtungen müssen im Falle der Leistungserbringung durch ein MVZ oder eine ermächtigte Pflegeeinrichtung durch einbezogene Ärzte persönlich erfüllt werden.

Es sind die Fortbildungsverpflichtungen nach § 95 d SGB V zu erfüllen und gegenüber der KV Berlin regelmäßig bzw. auf Verlangen nachzuweisen. Bei anerkannten Qualitätszirkeln oder Fortbildungsveranstaltungen sind 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.

Zusätzlich gilt für ermächtigte Pflegeeinrichtungen:

- Die Pflegeeinrichtung benennt einen Leiter. Soweit der benannte Leiter nicht Mitglied der KV Berlin ist, gelten die sich aus § 81 Abs. 5

Zusätzliche Vergütung

Teilnahmevoraussetzungen

SGB V ergebenden Rechte und Pflichten und die Rechte und Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben, für ihn entsprechend.

- 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 Teilnahmevoraussetzungen nach.
- Übergangsvereinbarung: Für die angestellten Ärzte, die in den Rahmenvereinbarungen zum Berliner Projekt bis einschließlich 31.03.2010 angestellt waren und zum 01.07.2011 bei einer teilnehmenden ermächtigten Pflegeeinrichtung angestellt sind und nicht über eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin verfügen, gelten die Anforderungen für die Dauer von fünf Jahren ab 01.07.2011 übergangsweise als erfüllt. Innerhalb von 5 Jahren ist die Erfüllung der Voraussetzungen nachzuweisen. Solange und soweit die Weiterbildung zum Facharzt nicht abgeschlossen ist, darf der Umfang der Tätigkeit nicht erweitert werden (Stichtag 31.03.2010).

Teilnahmevoraussetzungen

Wie kann ich teilnehmen?

Teilnahme von Vertragsärzten:

- Die Teilnahme ist mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des Vertrages) sowie allen Nachweisen über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen bei der KV Berlin zu beantragen.
- Der KV Berlin ist eine Kooperation mit einer oder mehreren Pflegeeinrichtung(en), 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, nachzuweisen. Bereits bestehende Kooperationen, die der KV Berlin im Rahmen des Berliner Projektes vorliegen, müssen nicht erneut nachgewiesen werden.
- Vertragsärzte betreuen grundsätzlich 30 bis 40 teilnehmende Versicherte.

Teilnahme von ermächtigten Pflegeeinrichtungen:

- Die Teilnahme ist mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des Vertrages) sowie allen Nachweisen über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen bei der KV Berlin zu beantragen.
- Die ermächtigte Pflegeeinrichtung verfügt über eine Bestätigung der Krankenkassen des Berliner Projektes, dass sie am Vertrag nach § 140a SGB V i.V.m § 92b SGB XI teilnimmt.
- Angestellte Ärzte betreuen grundsätzlich 100 teilnehmende Versicherte (je Vollzeit-Arztstelle).

Teilnahmeverfahren

Wo erhalte ich weitere Informationen und Teilnahmeunterlagen?

Alle Unterlagen sind auf der Internetseite der KV Berlin für Sie bereitgestellt (www.kvberlin.de).

Ihre Teilnahme beantragen Sie bitte mit der Teilnahmeerklärung bei der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch unter 31003-999 zur Verfügung.

Ansprechpartner
Service-Center:
Tel. 31003-999