

Pflegeheimvertrag
entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V
zur Förderung der kooperativen und
koordinierten ärztlichen und pflegerischen
Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)

-Kooperationsvertrag-

zwischen

der stationären Pflegeeinrichtung

IK:

und

dem Vertragsarzt / Vertragsärztin / MVZ

mit Praxissitz

LANR

§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages

(1) Die Pflegeeinrichtung und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Haus- oder Fachärzte bzw. MVZ (im Weiteren Arzt) schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um Patienten in der Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.

(2) Diese Vereinbarung gestaltet die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag näher aus.

(3) Dieser Kooperationsvertrag umfasst zusätzliche Aufgaben des Arztes gemäß § 2 und § 3 dieses Vertrages, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der Anlage 27 Bundesmantelvertrag im Pflegeheim erbracht werden und ist eine Voraussetzung für die Vergütung nach Kapitel 37 EBM.

(4) Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere

- die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
- vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
- eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
- eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördert werden.

(5) Die Vertragspartner arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch.

(6) Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die stationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

§ 2 Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und der Pflegeeinrichtung

(1) Zur Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit haben die Pflegeeinrichtung und der behandelnde Arzt ggf. folgende Maßnahmen vereinbart:

(2) Bezüglich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen haben der behandelnde Arzt und die Pflegeeinrichtung Folgendes als

gemeinsame Dokumentationsform, Zugriffsmöglichkeit und Aufbewahrung der Dokumentationen vereinbart:

(3) Zur Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, Schmerzpatienten, KHK u.a.) können vom behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung allgemeingültige Handlungsempfehlungen erarbeitet werden.

§ 3 Aufgaben der behandelnden Ärzte

(1) Der Arzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung in stundenfreien Zeiten und hinsichtlich der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen:

(2) Zur Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung kann der Arzt eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA) einsetzen. Namentliche Benennung:

§ 4 Versorgungsformen

(1) Für die Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen können Ärzte mit koordinierender und/oder betreuender Funktion tätig werden.

(2) **Koordinierender Arzt:** Der koordinierende Arzt übernimmt die Steuerung des interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen.

Als koordinierender Arzt können Hausärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie tätig werden.

(3) **Betreuender Arzt:** Der betreuende Arzt arbeitet mit dem koordinierenden Arzt zusammen. Er informiert den koordinierenden Arzt schriftlich, insbesondere bei Änderung

des Befundes, der Diagnose oder der Therapie über die Diagnosestellung und die Behandlungsmaßnahmen.

Die Funktion des betreuenden Arztes können zusätzlich zu den in Absatz 2 genannten Ärzten Fachärzte für Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, fachärztlich tätige Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin wahrnehmen.

(4) Sofern mehrere Ärzte einen Patienten behandeln, erfolgt die Festlegung, welcher Arzt die koordinierende Funktion wahrnimmt, in Absprache zwischen den behandelnden Ärzten und der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung gewährleistet, dass in der patientenbezogenen Dokumentation der Einrichtung der koordinierende Arzt benannt und für weitere betreuende Ärzte erkennbar ist.

(5) Die Pflegeeinrichtung wendet sich grundsätzlich als erstes an den koordinierenden Arzt als Ansprechpartner.

§ 5 weitere Aufgaben des koordinierenden Arztes

(1) Der koordinierende Arzt übernimmt die in § 4 Abs. 2 definierten Aufgaben. Dies wird durch die nachfolgenden Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet.

(2) Der koordinierende Arzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die ärztlichen Präsenzzeiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen. Die ärztliche Präsenzzeit wird wie folgt vereinbart:

(3) Der koordinierende Arzt teilt der Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt.

(4) Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich der koordinierende Arzt am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung die bestehenden Versorgungsstrukturen. Er kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.

(5) Der koordinierende Arzt steht dem Versicherten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung.

(6) Der koordinierende Arzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).

§ 6 weitere Aufgaben des betreuenden Arztes

(1) Der betreuende Arzt arbeitet mit dem koordinierenden Arzt zusammen. Dies bedeutet insbesondere, dass er schriftlich den koordinierenden Arzt bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder der Therapie über die Diagnosestellung und die Behandlungsmaßnahmen informiert.

(2) Der betreuende Arzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Regelung zu bedarfsgerechten, regelmäßigen Besuchen bzw. Konsilen der Versicherten möglichst in Absprache mit dem koordinierenden Arzt getroffen:

§ 7 Aufgaben der stationären Pflegeeinrichtung

(1) Zur Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Versicherten benennt die stationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegefachkraft als Ansprechpartner für den koordinierenden bzw. Arzt. Dieser Ansprechpartner wird im Falle seiner Abwesenheit ebenfalls durch eine Pflegefachkraft vertreten.

(2) Für die Inanspruchnahme des koordinierenden Arztes außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit wird für nicht aufschiebbare Fälle folgende Absprache getroffen:

(3) Pflegefachkräfte nehmen bei Bedarf und mit Zustimmung des Versicherten an den Besuchen sowie regelhaft an interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

(4) Die Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.

(5) Die Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert den koordinierenden Arzt und dessen ggf. beauftragte nichtärztliche Praxisassistentin bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.

(6) Sollte der koordinierende Arzt nicht erreichbar sein, wird für die Rücksprache vor einem ggf. notwendigen Krankenhausaufenthalt Folgendes vereinbart:

(7) Für den Arzt im Bereitschaftsdienst werden aussagekräftige Informationen über die Patienten zur Verfügung gestellt.

(8) Notwendige Maßnahmen zur Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung werden beachtet.

§ 8 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Dieser Kooperationsvertrag ist der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt nach Ergänzung und Unterschrift durch die Vertragspartner unverzüglich zu übermitteln. Er ist eine Voraussetzung für die Zahlung der Vergütung nach Kapitel 37 EBM. Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt dem Arzt nach Vorlage dieses Kooperationsvertrages eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Kapitel 37 EBM.

§ 9 Schweigepflicht

Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass zur Durchführung der hier getroffenen Vereinbarungen, insbesondere zur Dokumentation und zum Informationsaustausch, entsprechende schriftliche Erklärungen des Patienten oder seines Bevollmächtigten oder Betreuers zur Entbindung von der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.

§ 10 Datenschutz

(1) Der Arzt und die Pflegeeinrichtung sind damit einverstanden, dass dieser Kooperationsvertrag über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des Bewertungsausschusses zum Zwecke der Evaluation nach § 119b Abs. 3 SGB V zur Verfügung gestellt wird.

(2) Im Übrigen sind die Vertragspartner zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

§ 11 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 12 Schlussbestimmungen

- (1) Dieser Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V wird mit Wirkung zum _____ geschlossen.
- (2) Der Kooperationsvertrag kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt ist über Vertragsänderungen und das Vertragsende unverzüglich schriftlich zu informieren.

Ort, Datum

Ort, Datum

Stationäre Pflegeeinrichtung

Vertragsarzt / Vertragsärztin / MVZ