

**Vereinbarung gemäß § 140a SGB V
im Rahmen des über den Innovationsfonds
nach § 92a SGB V geförderten Projektes
„Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft“
VKZ:121732AE001**



zwischen



Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Europaallee 7 - 9, 66113 Saarbrücken

und



Saarländische Pflegegesellschaft e.V.

Ernst-Abbe-Straße 1, 66115 Saarbrücken

und



AOK Rheinland-Pfalz / Saarland – Die Gesundheitskasse

Landesdirektion Saarland

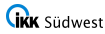
Halbergstraße 1, 66121 Saarbrücken



KNAPPSCHAFT Bochum,

vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken

St. Johanner Straße 46 - 48, 66111 Saarbrücken



IKK Südwest

Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken



BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover



Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Heinestraße 2 - 4, 66121 Saarbrücken



BARMER

Landesvertretung Rheinland-Pfalz/Saarland

Gutenbergplatz 12, 55116 Mainz



Techniker Krankenkasse (TK)

Landesvertretung Saarland

Trierer Str. 10, 66111 Saarbrücken



DAK-Gesundheit

Landesvertretung Saarland

Neugrabenweg 1, 66123 Saarbrücken

Inhaltsverzeichnis

Anlagenverzeichnis	3
Präambel.....	4
§ 1 Gegenstand und Ziele dieser Vereinbarung.....	4
§ 2 Teilnahme der Versicherten.....	5
§ 3 Teilnahme der vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	6
§ 4 Teilnahme der Vertragsärzte.....	6
§ 5 Aufgaben und Pflichten der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. und der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen.....	7
§ 6 Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte.....	8
§ 7 Aufgaben und Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigung.....	9
§ 8 Aufgaben und Pflichten der vertragsschließenden Krankenkassen.....	10
§ 9 Vergütung und Abrechnung der Leistungen.....	10
§ 10 Evaluation.....	13
§ 11 Datenschutz.....	13
§ 12 Haftung.....	13
§ 13 Öffentlichkeitsarbeit.....	14
§ 14 Lenkungsgremium.....	14
§ 15 Sonstige Bestimmungen.....	14
§ 16 Salvatorische Klausel.....	14
§ 17 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung.....	15

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1** Teilnahmeverzeichnis Krankenkassen
- Anlage 2** Teilnahmeerklärung Versicherter inkl. Patienteninformation zum Datenschutz
- Anlage 3** Teilnahmeerklärung Pflegeeinrichtungen
- Anlage 4** Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 5** Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V
- Anlage 6** Teilnahmeverzeichnis Pflegeeinrichtungen
- Anlage 7** Teilnahmeverzeichnis Ärzte
- Anlage 8** Kontaktdatenverzeichnis Krankenkassen
- Anlage 9** Frequenzstatistik (I)
- Anlage 10** Frequenzstatistik (II)

Präambel

Diese Vereinbarung wird zur Umsetzung des durch den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „SaarPHIR – Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig“ (Antrags-ID: NVF3_2016-105, Förderkennzeichen: 01NVF17006) geschlossen. Hierbei herrscht zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen darüber, dass der Versorgungsumfang der vorliegenden Vereinbarung über die bisherige Regelversorgung hinausgeht.

Mit dem geplanten Projekt sollen bestehende Strukturen der ärztlichen wie pflegerischen Praxis zu verbindlichen kooperativen Versorgungsarrangements für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen weiter entwickelt werden. Das Ziel dieses neuen Versorgungsmodells ist eine optimierte Behandlung komplexer Krankheitsbilder, die insbesondere mit einer Optimierung der Arzneimitteltherapie und der Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte einhergeht, um die Lebensqualität vulnerabler Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten. Die o.g. kooperativen Versorgungsarrangements sollen durch die Bildung ärztlicher Versorgungsteams für örtlich nahe gelegene Pflegeheime entstehen, so dass es Ärzten und Pflegeheimen möglich wird, Organisations- und Kommunikationsstandards zu entwickeln.

§ 1

Gegenstand und Ziele dieser Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung verfolgt das Ziel, für die Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen
 - a) die Lebensqualität zu verbessern,
 - b) die ambulante medizinische Versorgung zu optimieren,
 - c) vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, insbesondere durch Vermeidung nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte.
- (2) Diese Ziele werden durch
 - a) ein kooperatives Tätigwerden der Ärzte in den vollstationären Pflegeeinrichtungen,
 - b) die Bildung von mit den vollstationären Pflegeeinrichtungen kooperierenden Versorgungsgemeinschaften, die die ambulante medizinische Versorgung der Bewohner dort übernehmen,
 - c) eine Optimierung der Arzneimitteltherapie erreicht.
- (3) Der primäre Ansprechpartner für den Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen ist der in einer anerkannten Versorgungsgemeinschaft tätige Hausarzt, der vom Versicherten zu seiner hausärztlichen Versorgung gewählt wurde (behandelnder Hausarzt).
- (4) Die vorliegende Vereinbarung regelt die Umsetzung des im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Projektes SaarPHIR und beinhaltet die zusätzlichen Leistungen, die über die Regelversorgung des Kapitels 37 EBM hinausgehen.

§ 2

Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind die Versicherten der an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen (**Anlage 1**), die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 3 dieser Vereinbarung im Bezirk der KVS leben und von einem Hausarzt der mit der vollstationären Pflegeeinrichtung kooperierenden Versorgungsgemeinschaft betreut werden.
- (2) Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V wird durch diese Vereinbarung grundsätzlich nicht eingeschränkt. Während der Teilnahme an diesem Vertrag ist der Versicherte für die im Vertrag geregelten Leistungen an die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer gebunden. Dies gilt nicht für medizinische Notfälle oder im Falle einer Überweisung durch teilnehmende Leistungserbringer. Die Versicherten erklären dazu ihre Teilnahme schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse auf dem von der vollstationären Pflegeeinrichtung vorgehaltenen Vordruck (**Anlage 2**), nachdem sie umfassend über die Inhalte dieses Vertrages aufgeklärt wurden. Ebenfalls auf dieser Anlage erklären die Versicherten ihr schriftliches Einverständnis zur Speicherung und elektronischen Verarbeitung ihrer Versicherungs- und Behandlungsdaten entsprechend der der Versicherten ausgehändigten „Patienteninformation zum Datenschutz“.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten an dieser Vereinbarung beginnt mit dem Datum ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (**Anlage 2**). Die Teilnahme ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst, wenn die Krankenkasse den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufserklärung bei den Versicherten. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind die Versicherten bis zum Ende der Projektlaufzeit, dem 31.12.2020 an ihre Teilnahmeerklärung gebunden.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V.
 - b) mit Beendigung dieses Vertrages.
 - c) mit der Kündigung des Versicherten aus wichtigem Grund. Ein wichtiger Grund kann vorliegen, wenn das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt gestört ist. Hierzu ist eine Erklärung in Textform an die zuständige Krankenkasse erforderlich.
 - d) mit dem Widerruf der Einwilligung zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung. Ein Widerruf der Einwilligung zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen möglich.

§ 3

Teilnahme der Pflegeeinrichtungen

- (1) Die Teilnahme der vollstationären Pflegeeinrichtungen ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigte vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach dieser Vereinbarung sind Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 72 Abs. 1 SGB XI, die mindestens 50 vollstationäre Bewohnerplätze vorhalten, einen Vertrag nach § 119b SGB V abgeschlossen haben und ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung mittels Teilnahmeerklärung (**Anlage 3**) gegenüber der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. (SPG) erklärt haben.
- (3) Die vollstationären Pflegeeinrichtungen können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der SPG zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen. Ferner endet die Teilnahme an dieser Vereinbarung mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

§ 4

Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind alle im Bezirk der KVS zugelassenen Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte), die in der Präambel zu Kapitel 37.1 EBM benannt sind.
- (2) Für die Erbringung von Leistungen nach dieser Vereinbarung muss der Arzt seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS erklärt (**Anlage 4**) und zusätzlich mit der vollstationären Pflegeeinrichtung die Wahrnehmung eines heimbezogenen Versorgungsauftrags vereinbart haben (§ 119b SGB V) und somit eine pflegeeinrichtungsbezogene Versorgungsgemeinschaft bilden. Die Versorgungsgemeinschaft ist ebenfalls bei der KVS anzuzeigen und muss die teilnehmenden Vertragsärzte sowie die vollstationäre Pflegeeinrichtung enthalten, die durch die Versorgungsgemeinschaft ärztlich betreut wird (**Anlage 5**).
- (3) Die Versorgungsgemeinschaften gewährleisten, dass sie den heimbezogenen Versorgungsauftrag erfüllen. Die Erfüllung des heimbezogenen Versorgungsauftrages ist insbesondere fraglich, wenn
 - a) die Anzahl der vertragsärztlichen Teilnehmer an der Versorgungsgemeinschaft in einem offensichtlichen Missverhältnis zur Anzahl der betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen bzw. zur Anzahl der betreuten Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen steht,
 - b) die Teilnehmer der Versorgungsgemeinschaft nicht mindestens 2/3 der Versicherten in den betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgen,
 - c) der einzelne an der Versorgungsgemeinschaft teilnehmende Vertragsarzt nicht mindestens 5 % der Versicherten in den betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt,
 - d) nicht alle teilnehmenden Vertragsärzte in der Versorgungsgemeinschaft die betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb von ca. 20 Minuten erreichen können.

- (4) Die Vertragsärzte können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen. Ferner endet die Teilnahme an dieser Vereinbarung mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

§ 5

Aufgaben und Pflichten der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V. und der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen

- (1) Die SPG informiert ihre Mitglieder mittels der ihr zur Verfügung stehenden Medien (Homepage, Publikationen etc.) und im Rahmen von Veranstaltungen über die Inhalte des Projektes und die Möglichkeit der Teilnahme. Darüber hinaus unterstützt die SPG die teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Organisation und Durchführung dieser Vereinbarung.
- (2) Die SPG prüft die Teilnahmeerklärungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen und übermittelt den Vertragsparteien quartalsweise ein Verzeichnis der teilnehmenden Einrichtungen unter Angabe aller erforderlichen Daten (**Anlage 6**).
- (3) Die SPG verpflichtet sich zur Bereitstellung eines Projektkoordinators als festen Ansprechpartner für die Vertragsparteien. Der Koordinator nimmt insbesondere folgende Aufgaben im Rahmen des Projektes wahr:
- a) Organisatorische Vorbereitung und Begleitung von „jours fixes“ zwischen KVS und SPG sowie Mitwirkung bei der Steuerung des Projektes
 - b) Begleitung und Unterstützung der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung der projektspezifischen Aufgaben
 - c) Durchführung von Schulungs- und Informationsveranstaltungen für die teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen und deren beteiligte Mitarbeiter
- (4) Die teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zur Bereitstellung von Pflegekoordinatoren als feste Ansprechpartner für die Versorgungsgemeinschaften. Die Koordinatoren nehmen insbesondere folgende Aufgaben im Rahmen des Projektes wahr:
- a) Koordination der Visiten und der AMTS
 - b) Organisatorische Vorbereitung und Begleitung der Teamsitzungen
 - c) Abstimmung und Terminierung der Teamsitzungen mit der Versorgungsgemeinschaft
 - d) Unterstützung bei der Aufklärung der Patienten über die Tätigkeit der Versorgungsgemeinschaft und die Vorteile einer Projektteilnahme
 - e) Einschreibung der Pflegeheimbewohner zum Projekt einschließlich der Weiterleitung der Teilnahmeerklärungen an die Krankenkassen (Durchschrift verbleibt in der vollstationären Pflegeeinrichtung)
- (5) Bezugnehmend auf Absatz 4 Bst. b), c) wird der KVS sowie der SPG der Termin zu einer Teamsitzung spätestens 14 Kalendertage vor einer Sitzung mitgeteilt. Überdies werden die Teamsitzungen vom Pflegekoordinator protokolliert und das Protokoll im Anschluss an eine Sitzung – spätestens 14 Kalendertage danach – der KVS und der SPG zur Verfügung gestellt.

- (6) Das Nähere zu den vorstehenden Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtungen ist in **Anlage 5** beschrieben.

§ 6

Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte

- (1) **KOORDINATION:** Die ärztliche Versorgung der Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen erfolgt primär durch den behandelnden Hausarzt. Die Beteiligten sprechen regelmäßige Besuche mit festen Zeiten in Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Pflegekoordinator der Einrichtung ab.
- (2) **EINSCHREIBEPROZESS:** Ergänzend zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen informieren die teilnehmenden Vertragsärzte ihre Patienten über die Inhalte des Projektes SaarPHIR und die Vorteile einer Teilnahme des Versicherten, insbesondere über die Freiwilligkeit der Teilnahme. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung des Versicherten bestätigt der Vertragsarzt dessen Teilnahme (**Anlage 2**).
- (3) **RUFBEREITSCHAFT:** Im Rahmen der Rufbereitschaft aufgrund entsprechender Regelungen der Versorgungsgemeinschaft können ärztliche Leistungen auch durch den jeweils Dienst habenden Vertragsarzt in der Versorgungsgemeinschaft erbracht werden, wenn akute Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und damit ein zeitlicher Aufschub bis zum nächsten Besuch des jeweils behandelnden Hausarztes nicht möglich erscheint. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich hierbei zu kollegialem Verhalten und umgehender Information des behandelnden Arztes.
- (4) **ERREICHBARKEIT UND VISITE:** Für spezifische Bedarfe sind die teilnehmenden Vertragsärzte täglich telefonisch erreichbar. Als zusätzlicher Weg für An- und Nachfragen in Akut- und Krisensituationen dient nach wie vor die Faxanfrage beim betreuenden Arzt. Durch folgende Bausteine wird eine optimierte Erreichbarkeit sichergestellt:
- a) ein Arzt der Versorgungsgemeinschaft ist im Rahmen der untereinander koordinierten Rufbereitschaft von Montag bis Freitag bis 21.00 Uhr telefonisch erreichbar und besuchsbereit. Im Sinne der Zusammenarbeit soll es sich hierbei lediglich um qualifizierte Anrufe mit abgeklärtem Hintergrund durch die Pflegefachkraft handeln. Die Rufbereitschaft soll grundsätzlich für zwei bis fünf vollstationäre Pflegeeinrichtungen eingerichtet werden.
 - b) ein Arzt der Versorgungsgemeinschaft führt eine „Vor-Wochenend-Visite“ (Freitag-nachmittag oder Samstag) durch, bei der er persönlich in der vollstationären Pflegeeinrichtung vorstellig wird und mit der zuständigen Pflegefachkraft notwendige Maßnahmen abstimmt bzw. diese durchführt.
- (5) **ERWEITERTES GERIATRISCHES ASSESSMENT:** Zur Optimierung der Versorgung im Sinne einer ganzheitlich geriatrischen und ggf. palliativen Versorgung wird bei jedem neuen Patienten eine Behandlungs- und Notfallplanung durchgeführt im Sinne des „informed consent“. Diese zu vereinbarenden Formblätter werden dokumentiert und sind Bestandteil der Pflegemappe. Grundlage für die Versorgungsplanung ist ein multiprofessionell erstelltes erweitertes geriatrisches Assessment.

- (6) AMTS: Das Ziel einer optimierten Arzneimitteltherapie soll durch zwei Bausteine erreicht werden:
- a) Regelmäßige Arzneimittelvisiten (vgl. AMTS-Prüfung in § 9), Identifikation und Behebung von Medikationsrisiken durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit dem Pflegekoordinator und ggf. Verordner und/oder einem Arzneimittelexperten.
 - b) Optimierung einer Bedarfsmedikation zur besseren Beherrschung von Komplikationen und interkurrenten Erkrankungen.
- (7) TEAMSITZUNGEN: Zum regelmäßigen Austausch zwischen den Vertragsärzten und den verantwortlichen Mitarbeitern der vollstationären Pflegeeinrichtungen werden mindestens viermal im Jahr Teamsitzungen zwischen den behandelnden Ärzten und den verantwortlichen Pflegekräften durchgeführt. Folgende Elemente werden u.a. dabei umgesetzt:
- a) Fallbesprechungen,
 - b) Einbindung externer Experten,
 - c) Erstellung von Behandlungspfaden,
 - d) Optimierung der Abläufe/Prozesse (z.B. qualifizierte Besuchsanforderung).
- Die Teilnahme an mindestens drei Teamsitzungen im Jahr ist für die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichtend.
- (8) Das Nähere zu den vorstehenden Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Vertragsärzte ist in **Anlage 5** beschrieben.

§ 7

Aufgaben und Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

- (1) Die KVS informiert ihre Mitglieder mittels der ihr zur Verfügung stehenden Medien (Homepage, Publikationen etc.) und im Rahmen von Veranstaltungen über die Inhalte des Projektes und die Möglichkeit der Teilnahme. Darüber hinaus unterstützt die KVS die teilnehmenden Vertragsärzte bei der Organisation und Durchführung dieser Vereinbarung.
- (2) Die KVS prüft die Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte, das Vorliegen des Versorgungsauftrages gemäß § 4 und übermittelt den Vertragsparteien quartalsweise ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte unter Angabe aller erforderlichen Daten (Versorgergemeinschaften gemäß **Anlage 7**). Weiter gewährleistet die KVS eine ordnungsgemäße Abrechnung der Leistungen nach § 9.
- (3) Die KVS verpflichtet sich zur Bereitstellung eines Projektkoordinators als festen Ansprechpartner für die Vertragsparteien. Der Koordinator nimmt insbesondere folgende Aufgaben im Rahmen des Projektes wahr:
 - a) Organisatorische Vorbereitung und Begleitung von „*jours fixes*“ zwischen KVS und SPG sowie Mitwirkung bei der Steuerung des Projektes.
 - b) Akquise von Vertragsärzten und Motivation zur Teilnahme am Projekt.

- c) Inhaltliche Unterstützung bei der Bildung der ärztlichen Versorgungsgemeinschaften und der damit einhergehenden Bildung multiprofessioneller Teams in den vollstationären Pflegeeinrichtungen.
- d) Projektcontrolling im Sinne einer Prüfung/Koordinierung der von der KVS durchzuführenden Verwaltungsaufgaben gemäß Abs. 2 sowie der von den Ärzten erbrachten projektspezifischen Leistungen inkl. der zu übermittelnden Dienstpläne zur Rufbereitschaft bzw. der „Vor-Wochenend-Visite“.
- e) Unterstützung bei der Erstellung und Umsetzung von projektspezifischen Qualitätsstandards für eine integriert regelhafte Pflegeheimversorgung.
- f) Themenbezogene Teilnahme/Mitwirkung an den Teamsitzungen der behandelnden Ärzte und der verantwortlichen Pflegekräfte (vgl. § 5 Abs. 7) einschließlich deren organisatorische Vorbereitung (z.B. Referentenakquise).

§ 8

Aufgaben und Pflichten der vertragschließenden Krankenkassen

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise über das Projekt „SaarPHIR“ und stehen ihren Versicherten für Rückfragen zur Verfügung.
- (2) Die vertragschließenden Krankenkassen nehmen die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegen und prüfen diese nach ihren internen Vorgaben. Für die Übermittlung der Teilnahmeerklärungen wird ein Kontaktdatenverzeichnis der Krankenkassen erstellt (**Anlage 8**).
- (3) Die vertragschließenden Krankenkassen informieren ihre Mitarbeiter intern über die Besonderheiten des Vertrages und des Vertragskonzeptes und benennen für die Umsetzung der Vertragsinhalte feste Ansprechpartner.
- (4) Die Ansprechpartner der vertragschließenden Krankenkassen gemäß Abs. 3 können nach Abstimmung mit der Versorgungsgemeinschaft an den Teamsitzungen der behandelnden Ärzte und der verantwortlichen Pflegekräfte teilnehmen (vgl. § 5 Abs. 7) , sofern darin keine versichertenbezogenen Daten thematisiert werden (Fallbesprechungen).
- (5) Die vertragschließenden Krankenkassen übermitteln den Evaluationsinstituten diejenigen Daten und Informationen, die im Zusammenhang mit der Evaluationsstätigkeit benötigt und angefordert werden. Sollten die vertragschließenden Krankenkassen die geforderten Daten und Informationen nicht in der von den Evaluationsinstituten gesetzten Frist oder in der von den Evaluationsinstituten geforderten Form übermitteln können, so setzen sich die vertragschließenden Krankenkassen hierüber mit den Evaluationsinstituten ins Benehmen.

§ 9

Vergütung und Abrechnung der Leistungen

- (1) Für die besonderen ärztlichen Leistungen nach § 5 dieser Vereinbarung sind von den teilnehmenden Vertragsärzten folgende Abrechnungsziffern als Add-On-Leistungen zur Regelversorgung des Kapitels 37 EBM in Ansatz zu bringen:

Abr.-Nr.	Leistung	Vergütung
98710	<p>Betreuungspauschale</p> <p><u>Obligator Leistungsinhalt:</u> Betreuung eines Patienten einer vollstationären Pflegeeinrichtung durch einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt mit der besonderen Anforderung der Umsetzung von projektspezifischen Qualitätsstandards für eine integriert regelhafte Pflegeheimversorgung.</p>	30,00 Euro einmal im Behandlungsfall
98711	<p>Erweitertes Geriatrisches Assessment</p> <p><u>Obligator Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ▪ Geriatrische Depressionsskala (GDS) und/oder Mini-Mental-Status-Test (MMSE) und/oder Visuelle Analogskala (VAS) und/oder Demenz-Detektion (DemTect) und/oder Uhr-Ergänzungs-Test-CCT 	6,00 Euro zweimal im Krankheitsfall
98712	<p>Telefonisches Facharztkonsil</p> <p><u>Obligator Leistungsinhalt:</u> Abstimmung mit dem telekonsiliarisch tätigen Facharzt (z. B. Befundbeurteilung)</p>	10,00 Euro einmal im Krankheitsfall
98713	<p>AMTS-Prüfung (I)</p> <p><u>Obligator Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelvisite zur Indikationsprüfung bzw. Prüfung der Dosierung und Behebung von Medikationsrisiken gemäß § 5 Abs. 6 ▪ Erstellung Medikationsplan mit Dokumentation in Pflegeakte <p><u>Fakultativer Leistungsinhalt:</u> Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt bzw. mit der AMTS-Fachkraft</p>	40,00 Euro einmal im Krankheitsfall
98714	<p>AMTS-Prüfung (II) nach Medikationsumstellung, insbesondere nach Krankenhausaufenthalt</p> <p><u>Obligator Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelvisite zur Indikationsprüfung bzw. Prüfung der Dosierung und Behebung von Medikationsrisiken gemäß § 5 Abs. 6 ▪ Erstellung Medikationsplan mit Dokumentation in Pflegeakte <p><u>Fakultativer Leistungsinhalt:</u> Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt bzw.</p>	20,00 Euro einmal im Krankheitsfall

	mit der AMTS-Fachkraft	
98715	Rufbereitschaft <u>Obligater Leistungsinhalt:</u> Vorhaltung einer Rufbereitschaft Montags bis Freitags bis 21.00 Uhr	80,00 Euro
98716	Vor-Wochenend-Visite <u>Obligater Leistungsinhalt:</u> persönliche Abstimmung mit der zuständigen Pflegefachkraft in der vollstationären Pflegeeinrichtung (Freitagnachmittag oder Samstag)	80,00 Euro
98717	Teamsitzung gemäß § 6 Abs. 7	100,00 Euro

- (2) Die Finanzierung der Vergütungen gemäß Abs. 1 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Die Leistungen nach dieser Vereinbarung können nicht erbracht werden, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Vertragsarztes der behandelte Patient Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) – mit Ausnahme der Beratungsleistung – gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält.
- (4) Die teilnehmenden Vertragsärzte rechnen die erbrachten Leistungen im Rahmen ihrer Honorarabrechnung gegenüber der KVS ab. Sämtliche Informationen, Daten und Unterlagen müssen der KVS so rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden, dass ihr die Abrechnung quartalsweise im Rahmen des normalen Geschäftsbetriebes möglich ist.
- (5) Die KVS erstellt eine kassenbezogene Frequenzstatistik über die anerkannten Abrechnungsziffern – mit Ausweis der Versicherten – und stellt diese den vertragschließenden Krankenkassen quartalsweise mittels gesicherter Datenübertragung auf dem sFTP-Server der KVS zur Verfügung (**Anlage 9**). Die Statistik enthält die Abrechnungsziffern, die einen Versichertenbezug haben (Abr.-Nrn. 98710 – 98714).
- (6) Zum Mittelabruf der Finanzmittel beim DLR übermittelt die KVS der BARMER quartalsweise den honorarbezogenen Gesamtrechnungsbetrag über die anerkannten Abrechnungsziffern (Musterformular des DLR). Als rechnungsbegründende Unterlage erstellt die KVS eine weitere Frequenzstatistik – ohne Ausweis der Versicherten – und stellt diese der BARMER mittels gesicherter Datenübertragung auf dem sFTP-Server der KVS zur Verfügung (**Anlage 10**). Die Statistik enthält neben den versichertenbezogenen auch die einrichtungsbezogenen Abrechnungsziffern (Abr.-Nrn. 98715 – 98717).
- (7) Die KVS ist gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten berechtigt, von den im Rahmen dieser Vereinbarung abgerechneten Vergütungen einen Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von 2,4 % in Abzug zu bringen.

§ 10

Evaluation

Aufgrund der Vorgaben zum Innovationsfonds gemäß § 92a SGB V verständigen sich die Vertragsparteien darauf, eine Evaluation dieser Vereinbarung vorzunehmen. Die Evaluation soll Erkenntnisse liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden können oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen des gesetzlichen Rahmens dienen können. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die für die Evaluation notwendige Unterstützung zu gewährleisten.

§ 11

Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach dem Bundesdatenschutzgesetz einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (2) Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.
- (3) Im Rahmen der Information des Versicherten über die besondere Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufgeklärt.
- (4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (5) Die wissenschaftliche Auswertung dieser Vereinbarung erfolgt ausschließlich mit pseudonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.
- (6) Sollte eine Vertragspartei diese Vereinbarung auch im Namen seiner Mitglieder abschließen oder einer dieser Mitglieder dieser Vereinbarung beitreten oder bedient sich die Vertragspartei eines Dritten, so stellt sie sicher, dass diese die oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.

§ 12

Haftung

- (1) Die Krankenkassen haften nicht für Schäden, die durch stationäre Pflegeeinrichtungen und teilnehmende Ärzte in Ausübung ihrer vertraglichen Aufgaben entstanden sind. Für

Schäden, die insbesondere an Leben, Gesundheit und Person der Versicherten eintreten, haften die stationären Pflegeeinrichtungen und die teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte aufgrund der Regelungen des privatrechtlichen Behandlungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen.

- (2) Für den Fall einer ordentlichen oder fristlosen Kündigung dieses Vertrages, stehen den Vertragspartnern Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu.

§ 13

Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragsparteien verpflichten sich zu einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit. Maßnahmen und Zeitpunkt zur Information der Öffentlichkeit sind zwischen den Parteien abzustimmen.

§ 14

Lenkungsgremium

Zur Umsetzung und Weiterentwicklung dieses Vertrages berufen die Vertragsparteien ein Lenkungsgremium ein. Das Nähere hierzu wird im Konsortialvertrag geregelt.

§ 15

Sonstige Bestimmungen

- (1) Änderungen dieser Vereinbarung müssen schriftlich vereinbart werden und können nur mit Wirkung zum Beginn des Folgequartals gefasst werden. Änderungen sind den teilnehmenden Vertragsärzten und vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die KVS bzw. die SPG rechtzeitig mitzuteilen.
- (2) Die Anlagen zu dieser Vereinbarung sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 16

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die unwirksame Regelung durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung am nächsten kommt. Gleiches gilt, wenn eine Regelung undurchführbar ist. Entsprechendes gilt, falls diese Vereinbarung Lücken aufweist.

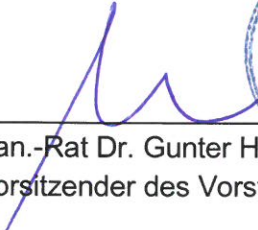
§ 17

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.04.2018 in Kraft. Sie endet mit Ablauf der Projektförderung am 31.03.2021. Wird die Förderung zuvor beendet, endet diese Vereinbarung automatisch.
- (2) Im Falle der Fortführung des Projektes verständigen sich die Vertragsparteien frühzeitig über eine Folgevereinbarung.
- (3) Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn
 - a) ein wichtiger Grund, insbesondere ein schwerwiegender Vertragsverstoß, vorliegt.
 - b) aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung der Vereinbarung nicht mehr möglich ist.
- (4) Die Kündigung hat schriftlich gegenüber allen Vertragspartnern zur erfolgen.

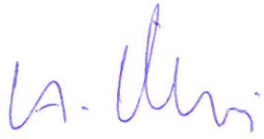
Saarbrücken, Hannover, Wuppertal, Mainz den 14.02.2018

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland


San.-Rat Dr. Gunter Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes



Saarländische Pflegegesellschaft e.V.



Harald Kilian
Vorsitzender

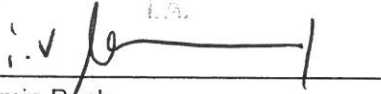
AOK Rheinland-Pfalz / Saarland
Die Gesundheitskasse
Landesdirektion Saarland



Christiane Firk
Landesgeschäftsführerin

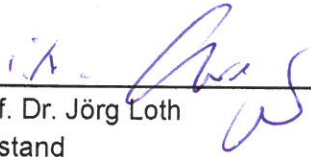
KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Saarbrücken

Die Geschäftsführung

LA.


Armin Beck
Leiter der Regionaldirektion

IKK Südwest



Prof. Dr. Jörg Loth
Vorstand

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Rheinland-Pfalz
und Saarland

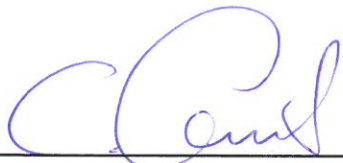
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Schimsheimer', written over a horizontal line.

Armin Schimsheimer

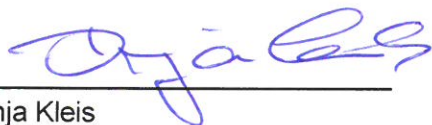
Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'P. Müller'.

BARMER



Dr. Christian Graf
BARMER Hauptverwaltung



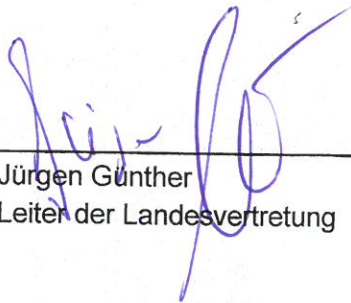
Dunja Kleis
Landesgeschäftsführerin
Rheinland-Pfalz und Saarland

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Saarland



Stefan Groh
Leiter der Landesvertretung

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Saarland



Jürgen Günther
Leiter der Landesvertretung

Teilnahmeverzeichnis Krankenkassen

- **AOK Rheinland-Pfalz / Saarland**
- **KNAPPSCHAFT Bochum**
- **IKK Südwest**
- **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**
- **BARMER**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **DAK-Gesundheit**

Die Vereinbarung gilt für die folgenden beigetretenen Betriebskrankenkassen:

- **Achenbach Buschhütten**
- **actimonda**
- **Aesculap**
- **Akzo Nobel**
- **Debeka**
- **Deutsche Bank AG**
- **Die Continentale**
- **Ernst & Young**
- **EVM**
- **Euregio**
- **Exklusiv**
- **Faber Castell & Partner**
- **Heimat Krankenkasse**
- **Herkules**
- **Linde**
- **Mahle**
- **Melitta Plus**
- **Miele**
- **NOVITAS - Die Präventionskasse**
- **Pfaff**
- **Pfalz**
- **Pronova**
- **Publik**
- **R + V**
- **RIEKER RICOSTA WEISSER**
- **RWE**
- **Salus**
- **Salzgitter**
- **SKD**
- **Südzucker**
- **Technoform**
- **Textilgruppe Hof**
- **Thüringer Betriebskrankenkasse TBK**
- **TUI**
- **VDN**
- **VIACTIV Krankenkasse**
- **Werra-Meissner**
- **WMF**
- **ZF & Partner**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



**Teilnahmeerklärung/
Dateneinverständniserklärung**
Vertragskennzeichen
121732AE001

Bitte schicken Sie das Original der TE an den/die Ansprechpartner/in der jeweils zuständigen Krankenkasse (Kopie an den Teilnehmer)

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Besonderen Versorgung im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelfhaft“ nach § 140a SGB V.

Über die Inhalte und den Zweck der Versorgung zum Pflegeheim Projekt SaarPHIR sowie die beteiligten Leistungserbringer wurde ich von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder durch eine Pflegefachkraft (Pflegekoordinator) aufgeklärt.

Ich habe die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ und die Einwilligungserklärung erhalten und stimme dieser zu.

Mit der Betreuung im Rahmen der Besonderen Versorgung durch die beteiligten Leistungserbringer der „Saarländischen PflegeHeimversorgung Integriert Regelfhaft“ bin ich einverstanden.

Während der Teilnahme an diesem Vertrag bin ich für die im Vertrag geregelten Leistungen an die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer grundsätzlich gebunden. Dies gilt nicht für medizinische Notfälle oder im Falle einer Überweisung durch teilnehmende Leistungserbringer.

Meine Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. An die Teilnahmeerklärung bin ich nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zum Ende der Projektlaufzeit, dem 31.03.2021 gebunden. Während dieser Bindungsfrist kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund in Textform (Brief, Fax, E-Mail) bei meiner Krankenkasse kündigen. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung der Teilnahme kann vorliegen, wenn z.B. das Vertrauen in die Behandlungsmethode oder das Vertrauensverhältnis zu den behandelnden Ärzten gestört ist.

Meine Teilnahme endet automatisch, wenn dieser Vertrag endet.

Die Teilnahmeerklärung wird nach meiner Unterschrift an meine Krankenkasse übermittelt und dort elektronisch erfasst. Beim Wechsel der Krankenkasse während meiner Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung ist eine neue Teilnahmeerklärung an die neu zuständige Krankenkasse erforderlich, sofern diese an der Besonderen Versorgung teilnimmt. Andernfalls endet die Teilnahme mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses.

Hiermit erkläre ich auch mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V zum Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelfhaft“.

Ich habe den Text auf Seite 2 zur Nutzung meiner Daten, der Möglichkeit eines Widerrufs sowie die Patienteninformation gelesen und bin damit einverstanden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner Hausärztin bzw. meinem Hausarzt bzw. mit einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter des Pflegeheims über die Durchführung des Projektes zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser schriftlichen Belehrung über Ihr Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum

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

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter /in für die Erklärung zur Teilnahme und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Stempel der Arztpraxis / Unterschrift Ärztin / Arzt

Erläuterungen zum Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V zum Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig“

Mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung/ Dateneinverständniserklärung erkläre ich, dass

- ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung und Leistungsabrechnung dieses Projektes von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS, Sitz in Saarbrücken) und meiner Krankenkasse erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- ich damit einverstanden bin, dass meine Daten in einer medizinischen Fallakte dokumentiert werden.
- diese Teilnahmeerklärung/ Dateneinverständniserklärung von meiner Krankenkasse elektronisch erfasst wird. Meine Daten werden von den Vertragsparteien unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben vertraulich behandelt.

Einverständnis zur Teilnahme an einer Befragung (Fragebögen) und der Verarbeitung der darin enthaltenen Daten:

Ich bin damit einverstanden, an Befragungen zur Ermittlung des patientenzentrierten Nutzens teilzunehmen. Mit diesen Fragebögen werden mein Gesundheitszustand sowie meine Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung erfasst. Die Fragebögen werden von meiner Pflegeeinrichtung an die nachstehend benannten Institute gesandt. Die vorgenannten Angaben sind erforderlich, um den Evaluationsinstituten eine valide wissenschaftliche Auswertung des Projektes SaarPHIR zu ermöglichen.

Einverständnis zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung und Begleitung:

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des Innovationfonds, der u.a. eine Versorgungsverbesserung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt.

Ich wurde über die Ziele, den Ablauf, die beteiligten Stellen und die Datenflüsse der wissenschaftlichen Begleitforschung in der beigefügten Patienteninformation zur Datenverarbeitung informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Versorgung zusammenhängenden medizinischen Daten durch die Leistungserbringer an die nachstehend benannten Institute zur wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation pseudonymisiert übermittelt und dort verarbeitet werden:

Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
Institut für Gesundheitsforschung und -technologie (igft)
Klinische Pharmazie
Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken

Universität des Saarlandes
Klinische Pharmazie
Campus C 2 2
66123 Saarbrücken

Bergische Universität Wuppertal
Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsökonomik und Versorgungsforschung
Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
42119 Wuppertal

Einwilligung in die Datenübermittlung von Routinedaten zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung:

Mit meiner Unterschrift auf der Dateneinverständniserklärung willige ich ein, dass meine zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung notwendigen Routinedaten - von meiner Krankenkasse an die zuvor benannten Institute - zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung übermittelt und dort in pseudonymisierter Form verarbeitet werden.

Meine Einwilligung in die Nutzung, Übermittlung und Verarbeitung der Daten wie oben und in den Patienteninformationen beschrieben, kann ich jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse für die Zukunft in Textform (Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann auch nicht mehr möglich.



Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“



Zwischen der Saarländischen Pflegegesellschaft e.V., der AOK Rheinland-Pfalz / Saarland, der KNAPPSCHAFT Bochum, der IKK Südwest, dem BKK Landesverband Mitte, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, der Techniker Krankenkasse (TK), der DAK-Gesundheit, der BARMER sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) wurde ein Vertrag über eine Besondere Versorgung zur Saarländischen PflegeHeimversorgung geschlossen. Der Vertrag wird im Rahmen einer Förderung durch den Innovationsfonds nach § 92a SGB V umgesetzt.

Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Leistungserbringer, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer Sozialdaten.

Verbesserte Versorgung durch ein integratives Versorgungskonzept:

Diese Vereinbarung verfolgt das Ziel, für die Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen die ambulante medizinische

Versorgung zu optimieren, die Lebensqualität zu verbessern, nicht notwendige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und ein kooperatives Tätigwerden der Ärzte in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu fördern. Dazu erfolgt eine umfassende Koordination der medizinischen Versorgung durch gemeinsame Therapiebesprechungen und eine allen beteiligten Leistungserbringern zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung, gemeinsame Abstimmung und Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen und Einrichtungen sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und die einzelnen Behandlungsschritte und Therapie-Maßnahmen lückenlos nacheinander durchgeführt werden.

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind:

Der primäre Ansprechpartner für Sie in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist der in der Versorgergemeinschaft tätige Hausarzt, der von Ihnen zu Ihrer hausärztlichen Versorgung gewählt wurde. Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt an dieser Besonderen Versorgung teil.

Wie Sie teilnehmen können:

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die besondere Versorgung und Betreuung, die im Rahmen der Besonderen Versorgung stattfindet, informiert und aufgeklärt. Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser schriftlichen Belehrung über Ihr Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Angabe von Gründen ist hier nicht erforderlich. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie an Ihre Teilnahme bis zum Ende der Projektlaufzeit (31.03.2021) gebunden. Die Teilnahme können Sie während der Bindungsfrist nur aus wichtigem Grunde kündigen. Hierzu ist eine Erklärung in Textform (Brief, Fax, E-Mail) an Ihre zuständige Krankenkasse erforderlich. Ein wichtiger Grund kann vorliegen, wenn das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist. Durch die Kündigung der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme beendet, Leistungen aus der Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen. Sie werden dann ohne medizinische Nachteile im Rahmen der Regelversorgung weiter behandelt.

Beim Wechsel der Krankenkasse während der Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung

ist eine neue Teilnahmeerklärung an die neu zuständige Krankenkasse erforderlich, sofern diese an der Besonderen Versorgung teilnimmt. Andernfalls endet Ihre Teilnahme mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses bei der Ihrer Krankenkasse. Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Bleiben Sie treu!

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Betreuung im Rahmen der „PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig“, für die Sie sich eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme grundsätzlich nur die beteiligten Ärzte in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Leistungserbringer gebunden.

Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Leistungserbringer gilt diese Bindung selbstverständlich nicht.



Patienteninformationen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen Versorgung Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von den Vertragspartnern und den beteiligten Leistungserbringern sehr gewissenhaft eingehalten.

Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung und Ihre Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden von Ihrer Pflegeeinrichtung an Ihre zuständige Krankenkasse geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Übermittelt werden Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie an dieser Besonderen Versorgung teilnehmen.

Medizinische Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation. Es ist im Rahmen dieser Versorgung gewünscht, dass alle an der Besonderen Versorgung beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen, damit eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie durchgeführt werden kann. Dazu werden die medizinischen Daten in einer medizinischen Fallakte erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern und nur für den jeweils konkret anstehenden Behandlungsfall abgerufen und genutzt werden. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

Auch die Vertragspartner, wie die Saarländische Pflegegesellschaft und die Kassenärztliche Vereinigung, die nicht selbst die medizinischen Leistungen der Besonderen Versorgung erbringen, sondern Verwaltungs- und Steuerungsaufgaben (z.B. die Einbindung /

Koordination der Ärzte, Therapeuten und medizinischen Einrichtungen, Koordination / Organisation der Versorgungsleistungen) im Rahmen des Projektes übernehmen, greifen auf die medizinische Fallakte zu, um so die notwendigen Daten für ihre vertraglichen Aufgaben zu erhalten. Die Krankenkassen erhalten auf jeden Fall keine Einsicht in die über Sie dokumentierten medizinischen Daten.

Abrechnung

Damit die beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Ordnungsdaten, Diagnosen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) an die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln.

Der beschriebene Abrechnungsweg ist nur zulässig, soweit Sie in die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Sie können die Einwilligung jederzeit gegenüber Ihrer Krankenkasse widerrufen. **Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist dann nicht mehr möglich.**

Die beteiligten Ärzte, stationären Einrichtungen, die Krankenkassen, die weiteren Vertragspartner an diesem Innovationsfondsprojekt sowie die Kassenärztliche-Vereinigung Saarland sind dabei

zur Einhaltung sämtlicher
Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Schweigepflicht

Die an der Versorgung beteiligten Ärzte, Therapeuten oder stationären Einrichtungen und alle Vertragspartner sind verpflichtet, während der Dauer ihrer Tätigkeit im Rahmen der Besonderen Versorgung und auch nach Beendigung dieser Tätigkeit über alle Sozialdaten der Versicherten, wie z.B. Name, Adresse und Alter, Stillschweigen zu bewahren.

Evaluation

Die Leistungserbringung erfolgt im Rahmen des Innovationfonds, der u.a. eine Förderung der Behandlung vorsieht. Voraussetzung für die Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Behandlung erfolgt.

Die mit Ihrer Versorgung zusammenhängenden medizinischen Daten werden den mit der Evaluation beauftragten Institutionen für die wissenschaftliche Auswertung in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Pseudonymisiert heißt, dass der Name und andere Identifikationsmerkmale (z. B. Versichertennummer) durch ein Kennzeichen ersetzt werden, um eine Identifizierung auf die einzelne Person auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Mit Fragebögen wird Ihr Gesundheitszustand sowie die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung erfasst. Die Fragebögen werden in gemeinsamer Rücksprache mit Ihnen von Ihrer Pflegeeinrichtung ausgefüllt und an die folgenden Institutionen übermittelt.

Folgende Institutionen führen die Evaluation durch:

Hochschule für Technik und Wirtschaft

des Saarlandes
Institut für Gesundheitsforschung und -
technologie (igft)
Klinische Pharmazie
Goebenstraße 40
66117 Saarbrücken

Universität des Saarlandes

Klinische Pharmazie
Campus C 2 2
66123 Saarbrücken

Bergische Universität Wuppertal
Bergisches Kompetenzzentrum für
Gesundheitsökonomik und
Versorgungsforschung
Campus Freudenberg
Rainer-Gruenter-Str. 21
42119 Wuppertal

Mit der wissenschaftlichen Auswertung soll geprüft werden, ob die Ziele des Projektes durch die durchgeführten Maßnahmen erreicht werden können. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

Datenlöschung

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung oder bei Ihrem Ausscheiden (z.B. Kündigung der Teilnahme oder Widerruf des Einverständnisses in die Datenverarbeitung) gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der Besonderen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.

Saarländische Pflegegesellschaft e.V.
Ernst-Abbe-Str. 1
66115 Saarbrücken

Stempel der Pflegeeinrichtung

Faxnummer: 0681/9672822

**Teilnahmeerklärung der Pflegeeinrichtungen zur
Vereinbarung nach § 140a SGB V**



„Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft“

Hiermit erklären wir die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und machen dazu folgende Angaben:

Name des Trägers	
------------------	--

Name der Einrichtung	
Straße	
PLZ, Ort	
Tel.-Nr.	
Vollstationäre Bewohnerplätze	
IK-Nummer	

Wir sind umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung informiert. Wir erklären, dass wir eine Einrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 72 Abs. 1 SGB XI sind und die Voraussetzungen als teilnehmende vollstationäre Pflegeeinrichtung erfüllen. Die Regelungen der Vereinbarung werden wir gegen uns gelten lassen.

Datum

Träger/Leiter Pflegeeinrichtung

Kassenärztliche Vereinigung
Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Faxnummer: 0681 99 83 7-530

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung der Ärzte zur Vereinbarung nach § 140a SGB V



„Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig“

Hiermit erkläre ich die Teilnahme an oben genannter Vereinbarung und mache dazu folgende Angaben:

Name, Vorname	
Facharzt für	
LANR	
BSNR	
Straße	
PLZ, Ort	
Tel.-Nr.	

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Vereinbarung informiert. Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen als teilnehmender Arzt erfülle und werde die Regelungen der Vereinbarung gegen mich gelten lassen. Mir ist bekannt, dass ich im Falle von Vertragsverstößen von einer weiteren Teilnahme ausgeschlossen und/oder die Vergütung gekürzt werden kann. Weiter ist mir bekannt, dass o.g. Daten allen Projektpartnern über das webbasierte Teilnehmerverzeichnis zur Verfügung gestellt werden. Mit der Verarbeitung der Daten zum Zwecke der Durchführung der Vereinbarung bin ich einverstanden. Meine Zustimmung ist jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerruflich. Ein Widerruf führt zum Ausschluss der weiteren Teilnahme an der Vereinbarung.

Datum

Unterschrift des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle
(anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)



KOOPERATIONSVERTRAG

nach § 119b Abs. 1 SGB V

entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anlage 27 BMV-Ä)

zwischen

der vollstationären Pflegeeinrichtung

Name:	
Institutionskennzeichen (IK):	

und

den Ärzten als Versorgungsgemeinschaft

Name	Praxissitz	LANR (lebenslange Arztnummer)

§ 1 Gegenstand und Ziele des Kooperationsvertrages

- (1) Die Vertragsparteien schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um den Patienten in der vollstationären Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.
- (2) Dieser Kooperationsvertrag gestaltet die Anforderungen der Anlage 27 BMV-Ä näher aus und ist zugleich Grundlage für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 37 des EBM sowie der Leistungen, die sich aus der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „SaarPHIR“ ergeben.
- (3) Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Patienten in vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere
 - a) die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
 - b) vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
 - c) eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
 - d) eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung gefördert werden.
- (4) Die Vertragsparteien arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch.
- (5) Die vertragschließenden Ärzte bilden eine kooperativ arbeitende Versorgungsgemeinschaft (VG). Die Ziele dieses Vertrages werden durch die Bildung eines multiprofessionellen Teams aus dieser VG und der vollstationären Pflegeeinrichtung umgesetzt.
- (6) Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die vollstationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der vollstationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

§ 2 Versorgungsgemeinschaft

- (1) Die vertragschließenden Ärzte bilden je nach regionaler Gegebenheit eine VG aus mindestens zwei Ärzten zum Zwecke einer erweiterten Erreichbarkeit und Präsenz.
- (2) Die VG versorgt mindestens 2/3 der Patienten in der betreuten vollstationären Pflegeeinrichtung.
- (3) Um eine bessere Betreuung der Patienten sicherzustellen, sollen die teilnehmenden Vertragsärzte der VG die betreuten vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Regel innerhalb von ca. 20 Minuten erreichen können. Die Versorgung mehrerer vollstationärer Pflegeeinrichtungen durch eine VG ist möglich.

- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland (KVS) und die Saarländische Pflegegesellschaft e.V. (SPG) unterstützen die Bildung der VG und den daran anschließenden Aufbau des multiprofessionellen Teams in der vollstationären Pflegeeinrichtung („SaarPHIR“) operativ und inhaltlich.
- (5) Die ärztliche Versorgung der Patienten in der vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgt primär durch den behandelnden Vertragsarzt („koordinierender Arzt“). Koordinierende Ärzte sind grundsätzlich hausärztlich tätig. In Ausnahmefällen können Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben des Hausarztes übernehmen.
- (6) Der behandelnde Vertragsarzt („koordinierender Arzt“) steuert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der vollstationären Pflegeeinrichtung die Organisation der patientenorientierten Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte. Die Fallbesprechungen und Konsile finden u.a. im Rahmen von Teamsitzungen zwischen den vertragschließenden Ärzten und den verantwortlichen Pflegekräften statt (vgl. § 5 Abs. 6).
- (7) Der behandelnde Vertragsarzt lässt eine kooperative Mitbehandlung im Sinne der VG zu. So können im Rahmen entsprechender Regelungen der VG ärztliche Leistungen auch für fremde Patienten durch den jeweils Dienst habenden Vertragsarzt in der VG erbracht werden („kooperierende Ärzte“), z.B. im Rahmen der Rufbereitschaft und „Vor-Wochenend-Visite“ i.S.d. Abs. 8 Bst. b). Die kooperierenden Ärzte verpflichten sich hierbei zu kollegialem Verhalten und umgehender Information des behandelnden Vertragsarztes („koordinierender Arzt“).
- (8) Die VG erstellt in Absprache mit dem teamverantwortlichen Arzt (vgl. § 3) eine verbindliche Regelung zur besseren Erreichbarkeit. Durch folgende Bausteine wird diese sichergestellt:
 - a) Telefonische Erreichbarkeit: Für spezifische Bedarfe ist ein Arzt der VG im Rahmen einer untereinander koordinierten Rufbereitschaft von Montag bis Freitag bis 21.00 Uhr telefonisch erreichbar und grundsätzlich besuchsbereit. Im Sinne der Zusammenarbeit soll es sich hierbei lediglich um qualifizierte Anrufe mit abgeklärtem Hintergrund durch die Pflegefachkraft handeln.
 - b) „Vor-Wochenend-Visite“: Ein Arzt der VG führt eine „Vor-Wochenend-Visite“ (Freitagnachmittag oder Samstag) durch, bei der er persönlich in der Einrichtung vorstellig wird und mit der verantwortlichen Pflegefachkraft notwendige Maßnahmen abstimmt bzw. diese durchführt.
- (9) Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich die VG am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung

die bestehenden Versorgungsstrukturen. Sie kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.

- (10) Die VG steht dem Patienten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung. Behandlungsrelevante Informationen und Dokumentationen werden zusammengeführt und stehen im Rahmen des einrichtungswissenschaftlichen Dokumentationssystems der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung.

§ 3 Aufgaben und Pflichten des teamverantwortlichen Vertragsarztes

- (1) Die vertragschließenden Ärzte bestimmen aus ihrer Mitte einen (stellvertretenden) teamverantwortlichen Vertragsarzt.

Teamverantwortlicher Vertragsarzt:	
Stellvertreter:	

- (2) Der teamverantwortliche Vertragsarzt übernimmt die übergeordnete organisatorische Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Etablierung von Behandlungspfaden, die in den Teamsitzungen vereinbart werden, zur Veranlassung und Durchführung und/oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen. Dies soll durch Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet werden (Regelwerke für wesentliche Versorgungsprozesse).
- (3) Der teamverantwortliche Vertragsarzt ist erster Ansprechpartner für die vollstationäre Pflegeeinrichtung und die VG bei organisatorischen Anliegen. Diese sind unter anderem:
- a) Information der vollstationären Pflegeeinrichtung über Änderungen in der Zusammensetzung der VG sowie deren Vertretung nach Außen,
 - b) Organisation der Rufbereitschaft und „Vor-Wochenend-Visite“.
- (4) Der teamverantwortliche Vertragsarzt und die vollstationäre Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen. Nach Absprache mit der VG finden die Visiten in der vollstationären Pflegeeinrichtung einmal wöchentlich statt („Vor-Wochenend-Visite“); bei Bedarf (z.B. nach Entlassung aus dem Krankenhaus) werden weitere patientenindividuelle Besuche durchgeführt.

§ 4 Aufgaben und Pflichten der vollstationären Pflegeeinrichtung

- (1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach diesem Kooperationsvertrag sind Einrichtungen gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI i.V.m. § 72 Abs. 1 SGB XI, die mindestens 50 vollstationäre Bewohnerplätze vorhalten.
- (2) Zur Förderung einer kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung der Patienten benennt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine Pflegefachkraft als Ansprechpartner für die VG. Dieser Ansprechpartner („Pflegekoordinator“) wird ebenfalls durch eine Pflegefachkraft vertreten.

Pflegekoordinator:	
Stellvertreter:	

- (3) Der Pflegekoordinator ist fester Ansprechpartner der VG und nimmt mit Zustimmung der Patienten an den Visiten sowie regelhaft an interdisziplinären Fallbesprechungen teil. Überdies nimmt er an den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen (vgl. § 5 Abs. 6) teil.
- (4) Der Pflegekoordinator nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:
 - a) Koordination der Visiten und des AMTS,
 - b) Organisatorische Vorbereitung und Begleitung der Teamsitzungen,
 - c) Abstimmung und Terminierung der Teamsitzungen mit der Versorgergemeinschaft,
 - d) Unterstützung bei der Aufklärung der Patienten über die Tätigkeit der Versorgergemeinschaft und die Vorteile einer Teilnahme am Projekt „SaarPHIR“,
 - e) Einschreibung der Pflegeheimbewohner zum Projekt einschließlich der Weiterleitung der Teilnahmeerklärungen an die Krankenkassen (Durchschrift verbleibt in der vollstationären Pflegeeinrichtung).
- (5) Bezugnehmend auf Absatz 4 Bst. b), c) wird der KVS sowie der SPG der Termin zu einer Teamsitzung spätestens 14 Kalendertage vor einer Sitzung mitgeteilt. Überdies werden die Teamsitzungen vom Pflegekoordinator protokolliert und das Protokoll im Anschluss an eine Sitzung – spätestens 14 Kalendertage danach – der KVS und der SPG zur Verfügung gestellt.
- (6) Die vollstationäre Pflegeeinrichtung stellt die Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkraft sicher. Diese erfolgt insbesondere in den Sparten AMTS, Mobilisation sowie in der Schmerz, Ernährung- und Inkontinenzversorgung.
- (7) Die vollstationäre Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.

- (8) Die vollstationäre Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert die VG bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.
- (9) Sollten die vertragschließenden Ärzte im Ausnahmefall einmal nicht erreichbar sein, ist vereinbart, dass sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung bemüht, die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung mit einem der nächst erreichbaren Vertragsärzte der VG abzuklären.
- (10) Für die Inanspruchnahme der VG außerhalb der vereinbarten persönlichen und telefonischen Erreichbarkeit gelten bei nicht aufschiebbaren Fällen folgende Regelungen:
 - a) bei einem lebensbedrohlichen Zustand des Patienten wird über die Notrufnummer 19222 ein Notarzt angefordert.
 - b) bei Verletzungen, die offensichtlich einer chirurgischen Versorgung bzw. einer Röntgenuntersuchung bedürfen, wird über die Notrufnummer 19222 ein Rettungstransportwagen (RTW) angefordert.
 - c) in allen sonstigen Fällen wird über die Telefonnummer 116 117 der diensthabende Arzt des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes angefordert.
- (11) Die Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung wird durch die vollstationäre Pflegeeinrichtung sichergestellt.

§ 5 Zusammenarbeit

- (1) Zur Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit bildet die vollstationäre Pflegeeinrichtung und die VG ein multiprofessionelles Team und ergreift entsprechende Maßnahmen. Diese werden in Form von gemeinsam erarbeiteten Kommunikationsleitfäden bzw. Prozessabläufen vereinbart. Ebenso wird der Aufbau einer gemeinsamen Kommunikationsplattform angestrebt.
- (2) Zur Optimierung der Versorgung im Sinne einer ganzheitlich geriatrischen und ggf. palliativen Versorgung wird bei jedem – besonders bei neuen – Patienten ein mit der Pflegefachkraft gemeinsames geriatrisch-pflegerisches Basis-Assessment durchgeführt, welches als Grundlage der Versorgungsplanung dient.
- (3) Behandlungsrelevante Informationen und Dokumentationen werden zusammengeführt und stehen im Rahmen des einrichtungsinternen Dokumentationssystems zur Verfügung.
- (4) Eine koordinierte und wirtschaftliche Therapie mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln soll erreicht werden durch:
 - a) Erstellung einer vorausschauenden Behandlungsplanung,
 - b) regelmäßige Prüfung der Gesamtmedikation (Therapiekontrollen), Identifikation und Behebung von Medikationsrisiken in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt,

- c) Optimierung einer Bedarfsmedikation zur besseren Beherrschung von Komplikationen und interkurrenten Erkrankungen.
- (5) Für eine engere und verbesserte Zusammenarbeit der VG mit den Pflegefachkräften in der vollstationären Pflegeeinrichtung können bei Bedarf zusätzlich gemeinsame Fortbildungen durchgeführt werden bzw. unterstützt die VG die Einrichtung ggf. durch die Durchführung von Fortbildungen zu geriatrischen medizinischen Themen.
- (6) Zum regelmäßigen Austausch werden mindestens viermal im Jahr Teamsitzungen zwischen der VG und den verantwortlichen Pflegekräften durchgeführt. Folgende Elemente werden u.a. dabei umgesetzt:
- a) Fallbesprechungen,
 - b) Einbindung externer Experten,
 - c) Erstellung von Behandlungspfaden (Regelwerke für wesentliche Versorgungsprozesse),
 - d) Optimierung der Abläufe/Prozesse (z.B. qualifizierte Besuchsanforderung).

Die Teilnahme an mindestens drei Teamsitzungen im Jahr ist für die vertragschließenden Ärzte verpflichtend.

§ 6 Anerkennung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung

Dieser Kooperationsvertrag ist Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 37 des EBM sowie der Leistungen, die sich aus der Vereinbarung nach 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „SaarPHIR“ ergeben. Bei der Abrechnung sind die Vorgaben des EBM einschließlich der Abrechnungsbestimmungen der KVS zu beachten. Der Abschluss dieses Kooperationsvertrages ist durch die die VG gegenüber der KVS gemäß der Präambel zu Kapitel 37 EBM nachzuweisen.

§ 7 Pflichtverletzungen

- (1) Die KVS und die SPG behalten sich vor, die Aufgaben und Pflichten der VG bzw. der vollstationären Pflegeeinrichtung zu überwachen.
- (2) Bei dem Verdacht bzw. der offensichtlichen Nichteinhaltung der Aufgaben und Pflichten nach diesem Vertrag kann sich
- a) ein Arzt der VG / die VG an die KVS wenden, die den Sachverhalt an die SPG zur Klärung bzw. Überprüfung weiterleitet.
 - b) die vollstationäre Pflegeeinrichtung an die SPG wenden, die den Sachverhalt an die KVS zur Klärung bzw. Überprüfung weiterleitet.

- (3) Bei Pflichtverletzungen können von der KVS bzw. der SPG folgende Maßnahmen ergriffen werden:
 - a) Schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei wird auf die Möglichkeit weiterer Maßnahmen hingewiesen.
 - b) Bei gröblichen oder wiederholten Verstößen sofortige Beendigung der Teilnahme/Honorarkürzung des Arztes.
- (4) Vor Einleitung der Maßnahmen bei Pflichtverletzungen ist der Arzt der VG / die VG bzw. die vollstationäre Pflegeeinrichtung zunächst anzuhören. Über die Einleitung einer Maßnahme wird der Arzt der VG / die VG bzw. die vollstationäre Pflegeeinrichtung schriftlich unter Angabe der Gründe informiert. Abrechnungsbeanstandungen/-berichtigungen, disziplinar-rechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

§ 8 Schweigepflicht

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

§ 9 Evaluation

Zur Erfolgsmessung wird eine Evaluation dieser Versorgung durchgeführt. Die Beteiligung der Vertragsparteien an der geplanten wissenschaftlichen Begleitung wird vorausgesetzt.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Ärzte der VG sind mit der Übermittlung ihrer Namen und ihrer LANR an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Informationspflicht der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie an die übrigen vertragsärztlichen Kooperationspartner der vollstationären Pflegeeinrichtung einverstanden.
- (2) Die VG und die vollstationäre Pflegeeinrichtung sind damit einverstanden, dass die zur Evaluation nach § 119b Abs. 3 SGB V notwendigen Daten von der KVS, den Krankenkassen und den Pflegekassen erfasst und über die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie über den GKV-Spitzenverband der vom Bewertungsausschuss zur Evaluation bestimmten Stelle nach zur Verfügung gestellt werden. Weiter sind die Vertragsparteien mit der Erfassung und Verarbeitung der notwendigen Daten für die Evaluation im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „SaarPHIR“ einverstanden.

- (3) Die VG und die vollstationäre Pflegeeinrichtung stimmen der Erfassung dieses Kooperationsvertrages durch die KVS und die SPG zur allgemeinen Information der Öffentlichkeit über die Umsetzung von Kooperationsverträgen zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung nach § 119b Abs. 1 SGB V und des Innovationsfondsprojektes „SaarPHIR“ zu.
- (4) Im Übrigen sind die Vertragsparteien 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

	.		.	2	0		
--	---	--	---	---	---	--	--

geschlossen. Er kann von den Vertragsparteien mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden.

- (2) Die KVS und die SPG sind durch den teamverantwortlichen Vertragsarzt über Vertragsänderungen, insbesondere über Änderungen in der Zusammensetzung der VG, und das Vertragsende unverzüglich schriftlich zu informieren. Bei Änderung der Zusammensetzung der VG, z.B. durch Kündigung eines Arztes, überprüft das Lenkungsgremium zu „SaarPHIR, ob die projektspezifischen Teilnahmevoraussetzungen der VG weiterhin erfüllt werden und entscheidet über den Fortbestand der VG.

Ort, Datum

teamverantwortlicher Vertragsarzt

Träger/Leiter Pflegeeinrichtung

Vertragsarzt

Vertragsarzt

Vertragsarzt


Vertragsarzt

Vertragsarzt

Vertragsarzt

Anlage 6 – Teilnehmerverzeichnis Pflegeeinrichtungen

Folgende Datensatzbeschreibung ist für das zu übermittelnde Verzeichnis der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen einzuhalten:

<p style="text-align: center;">Teilnehmerverzeichnis SaarPHIR (Stand: TT.MM.JJJJ)</p> <p style="text-align: center;">nach § 6 der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig (SaarPHIR)“</p> 								
PFLEGEEINRICHTUNGEN								
Name Träger	Name Pflegeeinrichtung	Institutionskennzeichen (IK)*	Strasse	Postleitzahl (PLZ)	Ort	Vollstationäre Bewohnerplätze	Name Pflege-kordinator	Telefonnummer (TEL.-NR.)
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]
[NAME]	[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]

J = Jahr
M = Monat
T = Tag

* 9-stellig

Anlage 7 – Teilnahmeverzeichnis Ärzte

Folgende Datensatzbeschreibung ist für das zu übermittelnde Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte einzuhalten:

PFLEGEINRICHTUNGEN								VERSORGERGEMEINSCHAFT						
Name Pflegeeinrichtung	Institutionskennzeichen (IK)*	Strasse	Postleitzahl (PLZ)	Ort	Vollstationäre Bewohnerplätze	Name Pflegekoordinator	Telefonnummer (TEL.-NR.)	Arztname	Lebenslange Arztnummer (LANR)*	Betriebsstätte (BSNR)*	Strasse	Postleitzahl (PLZ)	Ort	Telefonnummer (TEL.-NR.)
[NAME]	[IK]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[Bewohnerplätze]	[NAME]	[TEL.-NR.]	[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]
								[ARZTNAME]	[LANR]	[BSNR]	[STRASSE]	[PLZ]	[ORT]	[TEL.-NR.]



Teilnahmeverzeichnis SaarPHIR
(Stand: TT.MM.JJJJ)
nach § 7 der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds
nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig (SaarPHIR)“

J = Jahr
M = Monat
T = Tag

* 9-stellig

Anlage 8 – Kontaktdatenverzeichnis Krankenkassen

Folgende Datensatzbeschreibung ist für das Kontaktdatenverzeichnis der Krankenkassen einzuhalten:

Krankenkasse	Anschrift	Ansprechpartner	Fax.-Nr.
[NAME]	[STRASSE, PLZ, ORT]	[NAME]	[FAX.-NR.]

Anlage 9 – Frequenzstatistik (I)

Folgende Datensatzbeschreibung ist für die zu übermittelnde Frequenzstatistik über die anerkannten Abrechnungsziffern – mit Ausweis der Versicherten – einzuhalten:

<p style="text-align: center;">Frequenzstatistik (I) SaarPHIR nach § 9 der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelhaft (SaarPHIR)“</p>																			
Kassendaten		Zeitraum		Daten zum Leistungserbringer					Versichertendaten				Leistungsdaten		Abrechnungsdaten				
Kassen- Nummer (VKNR)	Kassen- Name	Jahr	Quartal	Honorar- abrechnungs- nummer (HNR)	Betriebs- stätte (BSNR)	Praxisname	Lebenslange Arztnummer (LANR)	Arztname	Versicherten- nummer (eGK)	Vorname	Name	Geburts- tag	KVK- Status [VG]	Behandlungs- datum	Abrechnungs- nummer (GOP)	Bezeichnung der GOP	Anzahl	Einzel- preis	Betrag
[VKNR]	[VKNRNAME]	[JJJJ]	[Q/JJJJ]	[HNR]	[BSNR]	[PRAXISNAME]	[LANR]	[ARZTNAME]	[eGK]	[VORNAME]	[NAME]	[TT.MM.JJJJ]	[VG]	[TT.MM.JJJJ]	[GOP]	[GOPBEZEICHNUNG]	[ANZ]	[WERT]	[BETRAG]
																		Summe:	[SUMME]



J = Jahr
Q = Quartal

Anlage 10 – Frequenzstatistik (II)

Folgende Datensatzbeschreibung ist für die zu übermittelnde Frequenzstatistik über die anerkannten Abrechnungsziffern – ohne Ausweis der Versicherten – einzuhalten:

<p style="text-align: center;">Frequenzstatistik (II) SAARPHIR</p> <p style="text-align: center;">nach § 9 der Vereinbarung gemäß § 140a SGB V im Rahmen des über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V geförderten Projektes „Saarländische PflegeHeimversorgung Integriert Regelmäßig (SAARPHIR)“</p>											
Zeitraum		Daten zum Leistungserbringer					Abrechnungsdaten				
Jahr	Quartal	Honorar- abrechnungs- nummer (HNR)	Betriebs- stätte (BSNR)	Praxisname	Lebenslange Arzt Nummer (LANR)	Arztname	Abrechnungs- nummer (GOP)	Bezeichnung der GOP	Anzahl	Einzel- preis	Betrag
[JJJJ]	[Q/JJJJ]	[HNR]	[BSNR]	[PRAXISNAME]	[LANR]	[ARZTNAME]	[GOP]	[GOPBEZEICHNUNG]	[ANZ]	[WERT]	[BETRAG]
										Summe:	[SUMME]



J = Jahr
Q = Quartal