

**Integrierte Versorgung (IV) nach §§ 140 a ff. SGB V**

i. V. Vertrag gem. § 73 b SGB V vom 08.05.2008

**Vertrag zur Vernetzung ärztlicher und pflegerischer Versorgung im Pflegeheim**

**Integrierte Versorgung Pflegeheim**

(„IVP“)

zwischen

**AOK Baden-Württemberg**

Heilbronner Str. 184, 70191 Stuttgart

vertreten durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann

(„AOK“),

**HÄVG Hausärztliche**

**Vertragsgemeinschaft eG**

Von-der-Wettern-Straße 27, 51149 Köln

vertreten durch die Vorstände Eberhard Mehl, Joachim Schütz und Dr. Jochen Rose

(„HÄVG“ bzw. „Managementgesellschaft“),

**MEDIVERBUND AG**

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad

(„MEDIVERBUND“)

**Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.**

Kölner Straße 18, 70376 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Berthold Dietsche

(„Hausärzterverband Baden-Württemberg“)

**MEDI Baden-Württemberg e.V.**

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner

(„MEDI e.V.“)

und

**Eigenbetrieb Leben & Wohnen**

Industriestraße 3, 70565 Stuttgart

vertreten durch die Geschäftsführerin Frau Sabine Bergmann-Dietz

(„ELW“ bzw. „Pflegeheimträger“)

handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,

für die der Beitritt erklärt wird

und

**Städtische Pflegeheime Esslingen**  
Hindenburgstraße 8-10, 73728 Esslingen  
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Thilo Naujoks  
(„SPE“ bzw. „Pflegeheimträger“)  
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,  
für die der Beitritt erklärt wird

und

**Evangelische Heimstiftung GmbH**  
Hackstraße 12, 70190 Stuttgart  
vertreten durch den Hauptgeschäftsführer Herrn Bernhard Schneider  
(„EHS“ bzw. „Pflegeheimträger“)  
handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,  
für die der Beitritt erklärt wird

(einzeln oder gemeinsam auch „Vertragsparteien“)

und

**beigetretenen Trägern von Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI**  
**ab Stufe 4 gemäß § 9 Abs. 3**  
**handelnd für ihre Pflegeeinrichtungen,**  
**für die der Beitritt erklärt wird**  
**(„Beigetrete“)**

und

**beigetretenen Trägern von Behinderteneinrichtungen nach § 75 SGB XII**  
**ab Stufe 4 gemäß § 9 Abs. 3**  
**handelnd für ihre Behinderteneinrichtungen,**  
**für die der Beitritt erklärt wird**  
**(„Beigetrete“)**

sowie

**den beigetretenen Hausärztinnen und Hausärzten der Hausarztzentrierten Versorgung**  
**(HZV)**  
**gem. § 73 b SGB V**  
**(„HZV-Ärzte“)**

## **Präambel**

Auf der Grundlage der §§ 140a ff. SGB V i. V.m. Vertrag gem. § 73 b SGB V bilden die Vertragsparteien zusammen mit den HZV-Ärzten ein Netzwerk regionaler integrierter Versorgungsstrukturen. Sie sehen vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine wichtige Aufgabe darin, adäquat auf die Zunahme und die Veränderung von Krankheitsbildern älterer pflegebedürftiger Menschen zu reagieren.

Die koordinierte Zusammenarbeit aller Beteiligten an der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist dabei von grundlegender Bedeutung. Mit dem Versorgungsvertrag soll eine interdisziplinäre, fachübergreifende und qualifizierte Versorgung der Bewohner, eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten sowie das Ausschöpfen von wirtschaftlichen Ressourcen sicher gestellt werden. Ziel ist die Steigerung der Versorgungsqualität und damit der Lebensqualität von Versicherten in Pflegeheimen.

Mit dem Versorgungsvertrag wollen die Vertragsparteien die gesetzgeberischen Vorstellungen über eine gesicherte medizinische Versorgung von Versicherten in Pflegeeinrichtungen in Verbindung mit der bestehenden hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg praxisnah umsetzen.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg wird, soweit die Leistungen durch den vorliegenden Vertrag abgebildet werden, eingeschränkt und geht in diesem Umfang auf die AOK Baden-Württemberg über.

## **§ 1**

### **Ziele und Gegenstand des Vertrages**

- (1) Das zentrale Element des Vertrags ist der Aufbau eines regionalen integrierten Versorgungsnetzes zwischen der AOK, der HÄVG, MEDI e. V., MEDIVERBUND, Hausärzterverband Baden-Württemberg, den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzten zunächst in den Modellregionen Stuttgart und Esslingen.
- (2) Primäres Ziel ist die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Heimbewohnern durch eine Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit aufeinander abgestimmter Leistungen. Hierzu sollen z.B. abgestimmte Besuche durchgeführt, eine Hintergrundbereitschaft der HZV-Ärzte aufgebaut und unterstützende begleitende Maßnahmen bei der Überleitung in und aus dem Krankenhaus definiert werden. Unnötige stationäre Einweisungen sollen vermieden werden. Es gilt ambulant vor stationär.
- (3) Das regional integrierte Versorgungsnetz bindet insbesondere dann Fachärzte ein, wenn die Qualifikation zur Leistungserbringung im Versorgungsnetz nicht vorliegt.
- (4) Der Vertrag wird entsprechend der Regelungen nach § 9 in 4 Stufen umgesetzt. Die zeitliche Abfolge der einzelnen Stufen mit der Umsetzung der zugrundeliegenden Ziele wird von den Vertragsparteien angestrebt. Unbenommen hiervon ist eine raschere Realisierung der Stufen möglich. Mit Umsetzung der Stufe 4 wird ab 01.01.2012 eine flächendeckende Umsetzung des Projektes in Baden-Württemberg angestrebt, unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den Modellregionen Stuttgart und Esslingen.

- (5) Dem Vertrag können sukzessive weitere Pflegeheimträger mit Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzte beitreten, sofern die vertraglichen Bedingungen erfüllt sind.
- (6) Die teilnehmenden HZV-Ärzte beraten und informieren in Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen, dass die Pflegeheimbewohner sich bei einem netzeigenen HZV-Arzt einschreiben. Des Weiteren beraten und informieren Pflegeeinrichtungen und HZV-Ärzte die Pflegeheimbewohner bzw. deren Betreuer oder Bevollmächtigte mit entsprechendem Aufgabenkreis über die Notwendigkeit einer Einschreibung in die HZV als Voraussetzung für eine Teilnahme an diesem Vertrag, sollte diese Voraussetzung fehlen.

## **§ 2**

### **Pflichten der Vertragsparteien und der Beigetretenen**

- (1) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich unter Beachtung des Stufenkonzeptes zur Realisierung der IVP.
- (2) Sie werden im Rahmen der IVP den allgemeinen Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse sowie des medizinischen und pflegerischen Fortschritts berücksichtigen.
- (3) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich zur partnerschaftlichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit und achten darauf, dass in der Pflegeeinrichtung eine ganzheitliche Pflege umgesetzt wird, d.h. die Bedürfnisse, Wünsche, Gewohnheiten sowie die persönlichen Lebensumstände der Bewohner individuell berücksichtigt werden. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sind zu beachten.
- (4) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen respektieren gegenseitig die jeweils geltenden Normen wie Experten-, Qualitäts- und Berufsstandards, soweit sie davon betroffen sind.

## **§ 3**

### **Geltungsbereich**

- (1) Der Vertrag gilt für die im Rubrum aufgeführten Vertragsparteien.
- (2) Die teilnehmenden Pflegeeinrichtungen befinden sich in Baden-Württemberg.

## **§ 4**

### **Zusammenarbeit der Vertragsparteien und der Beigetretenen**

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages erhobenen und offengelegten Daten und Ergebnisse dürfen nur mit Einverständnis bzw. Absprache der Vertragsparteien veröffentlicht bzw. an Dritte gegeben werden.
- (2) Die Vertragsparteien und die Beigetretenen verpflichten sich gegenseitig, in ihren Zuständigkeitsbereichen sowie beim Umgang mit Daten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Das Nähere ist in der Datenschutzvereinbarung bzw. im Datenschutzkonzept geregelt (Anlage 1).
- (3) Die personenbezogenen Daten der teilnehmenden Leistungserbringer sind im Rahmen der Teilnahmeprüfung und -verwaltung sowie für die Abrechnung zur Verfügung zu

stellen und können in einem Verzeichnis sowohl online als auch papiergebunden von der AOK, HÄVG, Hausärzteverband, MEDIVERBUND, MEDI e.V. veröffentlicht werden, insbesondere um Versicherten und deren Angehörigen bzw. Bevollmächtigten /Betreuern die Möglichkeit zu geben, sich für die Einschreibung mit teilnehmenden Leistungserbringern in Verbindung zu setzen.

## **§ 5**

### **Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der HZV teilnehmen, die in einer der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen wohnen und die bei einem teilnehmenden HZV-Arzt eingeschrieben sind.
- (2) Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 2) des Versicherten oder seines Bevollmächtigten bzw. seines Betreuers in vierfacher Ausfertigung. Das Original wird durch die Pflegeeinrichtung oder den HZV-Arzt an die von der AOK benannte Stelle geschickt. Einen Durchschlag bzw. eine Kopie erhält der Versicherte oder sein Bevollmächtigter bzw. Betreuer. Eine weitere Kopie verbleibt in der Pflegeeinrichtung und beim HZV-Arzt. Die unterschriebene Teilnahmeerklärung des AOK-Versicherten bzw. des Bevollmächtigten/Betreuers führt, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme gegeben sind, zur Einschreibung in diesen Vertrag frühestens zum Folgequartal. Liegen die Voraussetzungen – hier insbesondere die Teilnahme an der HZV – noch nicht vor, kann sich der Teilnahmebeginn verschieben. Die AOK informiert die Managementgesellschaft und die Pflegeeinrichtungen über den Zeitpunkt, an dem die Teilnahme des Versicherten beginnt, vor Beginn des Abrechnungsquartals über ein quartalsweise versendetes Teilnehmerverzeichnis (TVZ). Die Managementgesellschaft informiert den HZV-Arzt über den Beitritt und den Teilnahmebeginn (Anlage 3).

## **§ 6**

### **Beendigung der Teilnahme von Versicherten**

- (1) Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK kündigen und scheidet mit Zugang der Kündigung frühestens zum Ende des Quartals aus dem regionalen integrierten Versorgungsnetzwerk aus.
- (2) Die AOK informiert die Managementgesellschaft über Beendigungen mit dem TVZ gemäß § 5 Abs. 2. Die Managementgesellschaft hat den HZV-Arzt über die Beendigung zu informieren.
- (3) Ferner endet die Teilnahme des Versicherten
  - a) mit Ende der Mitgliedschaft bei der AOK bzw. mit der Beendigung der HZV,
  - b) mit dem Auszug aus einer am Netzwerk medizinischer Versorgung teilnehmenden Pflegeeinrichtung,
  - c) mit der Teilnahmebeendigung seines HZV-Arztes an diesem Vertrag, falls kein anderer teilnehmender HZV-Arzt gewählt wird,
  - d) mit dem Tag, an dem dieser Vertrag endet.

Die HZV-Ärzte und Pflegeeinrichtungen verpflichten sich, unverzüglich nach Kenntnis vom Wegfall einer Teilnahmevoraussetzung nach lit. b) – c) schriftlich, erforderlichenfalls per Fax, die AOK zu informieren.

- (4) Eine erneute Einschreibung des Versicherten ist möglich.
- (5) Die Pflegeeinrichtung und die HZV-Ärzte erklären sich bereit, grundsätzlich eine Beendigung nach Abs. 3 lit. c zu vermeiden, indem sie rechtzeitig und auf die HZV-Fristen abgestimmt einen HZV-Arztwechsel einleiten, um eine nahtlose Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag zu gewährleisten.

## **§ 7**

### **Teilnahmevoraussetzungen der beitretenden HZV-Ärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind die am HZV-Vertrag mit der AOK teilnehmenden Ärzte. Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte verpflichten sich zur aktiven Bereitschaft, die hausärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu verbessern. Insbesondere sind hier die unter § 12 Abs. 5 genannten Aufgaben der HZV-Ärzte und die Aufgaben zur Fortbildung und Qualitätssicherung gem. § 14 umzusetzen. Darunter fallen z. B. die Fallbesprechungen und Besuche sowie die Abstimmung der Prozesse zwischen den Beteiligten. Die HZV-Ärzte bilden ein kollegiales Versorgungsnetz (Anlage 4) zur engen Zusammenarbeit gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen. Durch die Vernetzung stellen die HZV-Ärzte sicher, dass die genannten Qualifikationskriterien im Versorgungsnetz gemeinsam erfüllt und die notwendigen medizinischen Leistungen in den Pflegeeinrichtungen in gegenseitiger Abstimmung durch die Ärzte sichergestellt werden.

Es wird angestrebt, dass mindestens ein teilnehmender HZV-Arzt im Versorgungsnetz über eine geriatrische oder palliative Weiterbildung verfügt bzw. sich dazu bereit erklärt, sich geriatrisch, palliativ sowie gerontopsychiatrisch entsprechend dem Angebot der Landesärztekammer weiterzubilden. Alle im Versorgungsnetz tätigen HZV-Ärzte streben Kenntnisse an insbesondere in den Bereichen der Ernährungsmedizin und der Behandlung chronischer Wunden.

Die HZV-Ärzte weisen besondere Qualifikationen durch Selbstauskunft im Rahmen ihrer Teilnahmeerklärung (Strukturmerkmale) nach (Anlage 5).

- (2) Als weitere Teilnahmevoraussetzungen für HZV-Ärzte gelten folgende Kriterien:
  - a) Die Pflegeeinrichtung soll von der Praxis bzw. der Wohnung des teilnehmenden HZV-Arztes in höchstens 30 Minuten zu erreichen sein.
  - b) Der teilnehmende HZV-Arzt soll in einer teilnehmenden Pflegeeinrichtung mit mindestens 150 Pflegeplätzen mindestens 10 AOK-Patienten, bei Einrichtungen mit weniger als 150 Pflegeplätzen mindestens 5 AOK-Patienten betreuen.
  - c) Insgesamt besteht das Ziel, durch eine Konzentration der Behandlung der AOK-Patienten wirtschaftliche Abläufe und effektive Kommunikationsstrukturen zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung zu gewährleisten. Diesem Ziel dient insbesondere eine gebündelte Anzahl von qualifizierten und insbesondere für die ärztliche Tätigkeit in der Pflegeeinrichtung motivierten HZV-Ärzten.

(3) Teilnahme § 119b-SGB V-Arzt

Die Teilnahme von angestellten Ärzten in ermächtigten Einrichtungen nach § 119 b SGB V sowie persönlich ermächtigten Ärzten nach § 119 b SGB V an der IVP ist möglich, soweit die Aufgaben gemäß § 12 wahrgenommen werden und eine bestätigte Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK gemäß § 73 b SGB V vom 08.05.2008 (HZV) vorliegt. Die Möglichkeiten der Teilnahme von § 119-b-SGB V-Ärzten bezieht sich darüber hinaus auch auf Behinderteneinrichtungen gem. § 75 SGB XII.

(4) Vertretungen müssen innerhalb des Versorgungsnetzes organisiert werden.

(5) Die Teilnahme- und Qualifikationserklärungen sind an die Managementgesellschaft zu richten. Sind nach Prüfung die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, wird eine Bestätigung an den HZV-Arzt geschickt (postalisch oder per Fax). Mit Zugang der Bestätigung beginnt die Teilnahme an diesem Vertrag. Das Teilnehmerverzeichnis der Leistungserbringer führt die Managementgesellschaft und stellt dieses den Vertragsparteien regelmäßig elektronisch zur Verfügung.

(6) Die HZV-Ärzte verpflichten sich, die themenbezogenen Fortbildungen gemäß Anlage 2 Abschnitt III. des HZV-Vertrages mindestens zweimal jährlich zu besuchen. Die Fortbildungen sollen geriatrische Schwerpunkte aufweisen.

(7) Die HZV-Ärzte in einem Versorgungsnetz verpflichten sich, an regelmäßigen Netzbesprechungen teilzunehmen, die von Pflegeheimträgern bzw. Pflegeeinrichtungen in Absprache mit dem Versorgungsnetz organisiert werden. Näheres hierzu regelt § 14 i.V.m. Anlage 7.

(8) Die HZV-Ärzte sind bereit, sich an der Fortbildung und Schulung von Pflegekräften zu beteiligen (z. B. idealtypische Abläufe, Delegation, effektive Absprachen, Medikation, Problemfälle).

## **§ 8**

### **Leistungen Fachärzte (FÄ)**

- (1) Fachärztliche Leistungen gemäß § 73 SGB V sind auf Überweisungsschein durch den HZV-Arzt nach Bedarf und soweit möglich in organisatorischer Abstimmung mit den betroffenen Pflegeeinrichtungen zu veranlassen. Wenn es für Fachgebiete einen Vertrag der AOK nach § 73 c SGB V gibt, sollen vorrangig solche Fachärzte einbezogen werden, die an diesen Verträgen teilnehmen.
- (2) Die Fachärzte rechnen ihre Leistungen, soweit sie nicht im Rahmen von Verträgen mit der AOK nach § 73 c SGB V erfolgen, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) gemäß den rechtlichen Vorgaben ab.

## **§ 9**

### **Laufzeit des Vertrages und Umsetzung des Projekts**

- (1) Der IVP Vertrag beginnt am 01.01.2011. Er kann von der AOK, der HÄVG, Hausärzteverband Baden-Württemberg, MEDIVERBUND sowie MEDI e. V. mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmalig zum 31.12.2012. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist allen Vertragsparteien zuzu-

stellen. Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für die AOK, den HÄVG, Hausärzteverband Baden-Württemberg, MEDIVERBUND sowie MEDI e. V. untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

- (2) Eine Kündigung einzelner Pflegeeinrichtungen bzw. einzelner HZV-Ärzte hat keine Auswirkung auf den bestehenden Gesamtvertrag zwischen den übrigen Vertragsparteien. Kündigt die AOK den Vertrag gem. Abs. 1, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien, HZV-Ärzte und Beigetretene. Kündigen die HÄVG und der MEDIVERBUND den Vertrag gem. Abs. 1, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung beider Vertragsparteien mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien, HZV-Ärzte und Beigetretene. Kündigen entweder nur die HÄVG oder nur der MEDIVERBUND den Vertrag gem. Abs. 1, wird er zwischen den übrigen Vertragsparteien, HZV-Ärzten und Beigetretenen fortgeführt. Die verbleibende Vertragspartei (HÄVG oder MEDIVERBUND) tritt zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung in sämtliche Rechte und Pflichten derausscheidenden Vertragspartei ein. In diesem Fall ist für eine Übergangsfrist von einem Jahr seit Wirksamwerden der Kündigung im Sinne der vorstehenden Regelung eine Kündigung gem. Abs. 1 der jeweils verbleibenden Vertragspartei ausgeschlossen.
- (3) Der IVP Vertrag soll schrittweise nach einem Stufenkonzept umgesetzt werden:
  - Stufe 1: Zeitraum: ab 01.01.2011
    - Umsetzung des regionalen Versorgungsnetzwerkes auf der Ebene zwischen Pflegeeinrichtung und HZV-Ärzten und Beginn der Einschreibung von Versicherten
  - Stufe 2: Zeitraum: ab 01.04.2011
    - Beginn der Versorgung und Abrechnung von HZV-Patienten nach diesem Vertrag
  - Stufe 3: Zeitraum: ab 01.10.2011
    - Projektbewertung der Region Stuttgart, nach Möglichkeit i.V.m. einer Evaluation gemäß § 18 dieses Vertrages
  - Stufe 4: Zeitraum: ab 01.01.2012
    - Einbeziehung weiterer Pflegeheimträger und Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Stufe 3
    - Weiterentwicklung des Vertrages und flächendeckende Umsetzung in Baden-Württemberg

Die Vertragsparteien können einvernehmlich im Rahmen von Einzelentscheidungen dem Beitritt weiterer Träger bzw. Einrichtungen vor der Stufe 4 zustimmen.

- (4) Der Beginn der Stufen 2 und 3 steht unter Vorbehalt: Die KVBW schließt mit der AOK einen Vertrag gem. § 140 d SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Bereinigung



des IVP-Vertrags, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Kommt ein Bereinigungsvertrag nicht zustande, treten die Stufen 2 und 3 nicht in Kraft, solange dieser Mangel besteht. Die AOK hat für den Fall, dass ein Bereinigungsvertrag dauerhaft nicht abgeschlossen werden kann, ein Sonderkündigungsrecht. Die AOK haftet gegenüber den Vertragsparteien nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt. Die Managementgesellschaft informiert die teilnehmenden HZV-Ärzte über den Wegfall des Vorbehaltes.

## **§ 10**

### **Beginn und Ende der Teilnahme der vertragsschließenden und beitretenden Pflegeheimträger und Pflegeeinrichtungen**

- (1) Die Teilnahme der Beitretenden erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 9) gegenüber der AOK.
- (2) Die Teilnahme der Beitretenden beginnt mit Bestätigung der Teilnahmeerklärung durch die AOK.
- (3) Die AOK informiert die Managementgesellschaft über die Teilnahme und veröffentlicht quartalsweise ein aktualisiertes Verzeichnis auf ihrer Homepage.
- (4) Die Teilnahme der vertragsschließenden Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtungen und beitretenden Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtungen ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt.
- (5) Die Teilnahme der vertragsschließenden Pflegeeinrichtungen sowie der Beitretenden kann gegenüber der AOK jeweils mit einer Frist von einem Quartal zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Eine fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Die AOK informiert die Vertragsparteien unverzüglich über die Kündigung.
- (6) Die Teilnahme der vertragsschließenden und beitretenden Pflegeeinrichtungen endet mit dem Entzug der Betriebserlaubnis durch die zuständige Aufsicht, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragsparteien bedarf.

## **§ 11**

### **Beginn und Ende der Teilnahme sowie Informationspflichten der HZV-Ärzte**

- (1) Die Teilnahme der HZV-Ärzte ist auf die Laufzeit des Vertrages begrenzt.
- (2) Der HZV-Arzt kann seine Teilnahme mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende durch Erklärung gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Das Recht des HZV-Arztes zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Die Vertragsteilnahme des HZV-Arztes endet mit sofortiger Wirkung mit Ende der Zulassung des HZV-Arztes als Vertragsarzt/des MVZ bzw. mit Ende seiner Zulassung in Baden-Württemberg, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragsparteien bedarf.
- (4) Die Vertragsteilnahme des HZV-Arztes endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 9 Abs. 1.
- (5) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Vertrag mit Wirkung für sämtliche Vertragsparteien gegenüber einem HZV-Arzt außerordentlich zu kündigen, insbesondere

- a) wenn nach schriftlicher Abmahnung ein Verstoß gegen den Vertrag nicht binnen 4 Wochen beseitigt wurde oder
  - b) wenn der HZV-Arzt wiederholt oder in nicht geringem Umfang Doppel- und Fehlrechnungen im Sinne von § 16 Abs. 7 bzw. 8 vorgenommen hat.
- (6) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragsparteien ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (7) Die Kündigung des HZV-Arztes oder gegenüber dem HZV-Arzt führt zur Vertragsbeendigung für den HZV-Arzt mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragsparteien. Die Beendigung des Vertrages durch einen HZV-Arzt hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragsparteien und den am Vertrag weiter teilnehmenden HZV-Ärzten
- (8) Das Ende der Teilnahme eines HZV-Arztes zeigt die AOK dessen eingeschriebenen Versicherten gegenüber an.
- (9) Die HZV-Ärzte sind gegenüber der Managementgesellschaft verpflichtet, die in diesem Absatz genannten Änderungen spätestens 6 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der Anlage 5 beigefügten Meldeformulars an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, sie erlangen erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In diesem Fall sind sie verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.

Als Änderung im genanntem Sinne gelten insbesondere

- a) Umzug der Praxis des HZV-Arztes und Änderung der Betriebsstätte/Wechsel der Betriebsstättennummer bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis bzw. Einrichtung an einen Dritten;
- b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
- c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des HZV-Arztes;
- d) Änderung der in dem Meldeformular aufgeführten Stammdaten;
- e) Entfallen der Qualitäts- und Teilnahmeanforderungen, insbesondere der besonderen Strukturmerkmale gemäß § 7
- f) Nichterfüllung der Qualifikationsanforderungen und Pflichten gemäß § 12 Abs. 5.

Der HZV-Arzt hat auf schriftliche Aufforderung der Managementgesellschaft Auskunft zuerteilen, ob die vertraglichen Anforderungen eingehalten werden.

## § 12

### **Aufgaben der Pflegeheimträger, AOK, Hausärzterverband Baden-Württemberg, HÄVG, MEDI e.V. und MEDIVERBUND**

- (1) Im Folgenden werden die gemeinsamen Aufgaben aller Vertragsparteien dargestellt.
  - a) Durchführung einer zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Evaluation.

- b) Verpflichtung, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse.
  - c) Verpflichtung, die eigenen Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
  - d) Die Vertragsparteien vereinbaren, mindestens einmal jährlich eine Informati-onrunde zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (2) Im Folgenden werden die Aufgaben der AOK dargestellt.
- a) Die AOK benennt in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte An-sprechpartner.
  - b) Die AOK wird die zuständigen bzw. betroffenen Vertragsparteien unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines Pflegeheimträgers, eines HZV-Arztes oder eines Beigetretenen hinweisen.
  - c) Die AOK wird der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungs-quantal geltende Teilnahmeverzeichnis (TVZ) der an der IVP teilnehmenden HZV-Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Das TVZ kann jedoch nicht vor Erstel-lung des HZV-TVZ übermittelt werden.
  - d) Im Falle eines zulässigen Arztwechsels eines HZV-Versicherten wird dies im TVZ berücksichtigt.
  - e) Information der Versicherten und Bereitstellung von Medien (z. B. Flyer).
- (3) Im Folgenden werden die Aufgaben des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, der HÄVG, der MEDI e.V. und MEDIVERBUND dargestellt.
- a) Der Hausärzteverband Baden-Württemberg und MEDI e.V. sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unter-stützende Kommunikationsmaßnahmen verpflichtet (Öffentlichkeitsarbeit).
  - b) Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, Änderungen von Arztstammdaten oder Vertragsverstöße der teilnehmenden HZV-Ärzte, die ihnen zur Kenntnis gelan-gen, unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.
- (4) Im Folgenden werden die Aufgaben der Pflegeheimträger dargestellt.
- a) Die an der IVP teilnehmenden Pflegeheimträger benennen pro Einrichtung einen Ansprechpartner im IVP-Netzwerk und stellen organisatorisch sicher, dass an den Arztbesuchen eine zuständige und auskunftsfähige Pflegefachkraft teilnimmt, die den Bewohner kennt. Am Wochenende steht mindestens eine Pflegefachkraft durchgehend zur Verfügung, die in der Lage ist, über den Bewohner qualifiziert Auskunft zu erteilen. Darüber hinaus stellen die Pflegeheimträger und Pflegeeinrich-tungen sicher, dass in den Nachtzeiten eine Pflegefachkraft telefonisch erreichbar und auskunftsfähig gegenüber den diensthabenden Ärzten ist.

- b) Der Pflegeheimträger übernimmt die Organisation und Koordination der in § 14 Abs. 2 konkretisierten einrichtungsbezogenen „IVP-Netzbesprechungen“ zu medizinischen, organisatorischen und pflegerischen Inhalten und organisiert die in Anlage 7 aufgeführte Fortbildung für Pflegekräfte. Das Ergebnis ist von den Pflegeheimträgern zu dokumentieren und den Vertragsparteien auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Es sollten nicht mehr als 30 HZV-Äzte pro IVP-Netzbesprechung teilnehmen.
  - c) Der Pflegeheimträger stellt sicher, dass eine aussagekräftige Pflegefachkraft insbesondere zu den in Abs. 5 vereinbarten Zeiten zur Verfügung steht.
  - d) Soweit die Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 12a ApoG mit einer oder mehreren Apotheken geschlossen hat, wird sie darauf hinwirken, dass die Apotheken im Rahmen ihrer Beratungsverpflichtungen gegenüber den Bewohnern auch deren Ärzten für Nachfragen insbesondere zu Wechselwirkungen und Verträglichkeit von Medikamenten zur Verfügung stehen. Der Pflegeheimträger bzw. die Pflegeeinrichtung verpflichten sich, soweit möglich, eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu unterstützen.
  - e) Der Pflegeheimträger verpflichtet sich, mit Teilnahme an dieser IVP zugleich auch am Projekt „Sturzprävention – aktiv bleiben in der Pflegeeinrichtung“ der AOK teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung wirkt darauf hin, dass die Bewohner die Hüftprotektoren tragen. Dies ist von der Pflegeeinrichtung entsprechend zu dokumentieren (Anlage 11).
  - f) Der Pflegeheimträger bzw. die Pflegeeinrichtung informiert beitragsberechtigte Versicherte oder den Bevollmächtigten/Betreuer zur IVP über Inhalt, Ziele und die sich ergebenden Vorteile und bietet die Teilnahme an der IVP ausdrücklich an. Die notwendigen Unterlagen sind auszuhändigen bzw. entgegenzunehmen und an die AOK gemäß Anlage 2 weiterzuleiten.
  - g) Bereitstellung einer angemessenen Behandlungsmöglichkeit gem. Anlage 9.
  - h) Die Pflegeeinrichtungen wirken auf die Bereitstellung eines elektronischen Pflegedokumentationssystems hin und stellen den HZV-Ärzten und soweit möglich Fachärzten individuelle, passwortgeschützte Zugänge zur Dokumentation zur Verfügung. Der technische Zugang zur Pflegedokumentation aus der Arztpraxis heraus und die damit einhergehende elektronische Vernetzung zwischen HZV-Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen wird angestrebt, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen.
- (5) Im Folgenden werden die Aufgaben der HZV-Ärzte dargestellt.
- a) Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte stellen die Koordination und Einleitung präventiver, diagnostischer, medizinischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen schnellstmöglich aktiv durch geeignete Maßnahmen sicher. Die an der IVP teilnehmenden HZV-Ärzte bilden gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen ein enges Versorgungsnetzwerk.  
Sofern ein HZV-Arzt über besondere Qualifikationen verfügt, z. B. die Anlage oder den Wechsel eines suprapubischen Harnblasen-Dauerkatheters, ist sicherzustellen, dass diese Leistung innerhalb des Versorgungsnetzwerkes erbracht wird. Die

HZV-Ärzte weisen für diese vergütungsrelevanten Leistungen die erforderlichen Qualifikationen auf ihrer Teilnahmeerklärung (Anlage 5) nach und leiten diese an die Managementgesellschaft weiter. Durch die flexible und engmaschige ärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtungsbewohner sollen Ereignisse wie insbesondere unnötige Einweisungen ins Krankenhaus und unnötige Fahrtkosten zu Fachärzten vermieden werden.

- b) Die HZV-Ärzte verpflichten sich, für die eingeschriebenen Versicherten die hausärztliche Versorgung während und außerhalb der Sprechstundenzeiten mindestens von Montag bis Freitag 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr (Bereitschaftszeiten) mit Ausnahme von Feiertagen sicherzustellen. Es muss mindestens ein HZV-Arzt innerhalb des Versorgungsnetzes diese Dienstzeiten einhalten und zur Verfügung stehen. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt die ärztliche Versorgung durch den organisierten Notdienst der KVBW .
- c) Innerhalb dieser Bereitschaftszeiten ist einer der beigetretenen HZV-Ärzte im Versorgungsnetz telefonisch erreichbar. Dieser entscheidet nach telefonischer Information durch die Pflegeeinrichtung über die weiter einzuleitenden Schritte. Das Versorgungsnetz stimmt mit der Pflegeeinrichtung einen Bereitschaftsplan ab und informiert bei Änderungen unverzüglich die Beteiligten im Versorgungsnetz.
- d) Die HZV-Ärzte führen folgende Besuche durch:
  - Der HZV-Arzt erklärt sich dazu bereit, die Pflegeeinrichtung mindestens 14-tägig nach Absprache oder zu festen Zeiten zu besuchen. Der HZV-Arzt bespricht anhand der in der Pflegeeinrichtung vorhandenen Dokumentationen seine in die IVP eingeschriebenen Bewohner mit einer auskunftsfähigen Pflegefachkraft. Je nach medizinischer Notwendigkeit erfolgt anschließend ein Besuch des HZV-Arzt gemeinsam mit einer auskunftsfähigen Pflegefachkraft beim Bewohner. In akuten Fällen ist durch den HZV-Arzt ein bei einem anderen HZV-Arzt eingeschriebener Bewohner zu versorgen.
  - Dringliche Besuche der in der IVP eingeschriebenen Bewohner aufgrund Zustandsverschlechterungen erfolgen nach Absprache. Die Pflegefachkraft informiert den behandelnden HZV-Arzt oder den bereitschaftsdiensthabenden HZV-Arzt gemäß lit. c) direkt.
  - Anordnungen des HZV-Arzt werden schriftlich in der Dokumentation der Pflegeeinrichtung dokumentiert. Wird die Dokumentation von einer Pflegefachkraft übernommen, wird sie vom Arzt gegengezeichnet. Die vom HZV-Arzt angeordneten Medikamente sind mit Verordnungsdatum, korrekter Bezeichnung, Applikationsform, Dosierung und tageszeitlicher Zuordnung auf dem Medikamentenblatt zu dokumentieren. Bei Bedarfsmedikamenten werden Indikation, Einzeldosis und maximale Tagesdosis dokumentiert.

- e) Der HZV-Arzt überprüft die gesamte medikamentöse Therapie / Medikation auf Wechselwirkungen und Verträglichkeit beim Patienten. Er informiert ggf. die anderen anordnenden Ärzte und stimmt sich mit ihnen ab.
- f) Die ärztlichen Dokumentationen verbleiben in der von der Pflegeeinrichtung geführten Pflegedokumentation, damit im ärztlichen Vertretungsfall die Informationstransparenz gewährleistet bleibt.
- g) Die HZV-Ärzte beachten im Rahmen der Arzneimittelversorgung insbesondere die Bestimmungen entsprechender Verträge der AOK Baden-Württemberg nach § 130 a Abs. 8 SGB V zur Optimierung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (AOK-Arzneimittel-Rabattverträge).
- h) Die HZV-Ärzte erfüllen gesonderte Fortbildungsverpflichtungen gem. Anlage 7.
- i) Der HZV-Arzt informiert beitragsberechtigten Versicherte bzw. deren Bevollmächtigte/Betreuer zur IVP und, falls notwendig, zur HZV über Inhalt, Ziele und die sich ergebenden Vorteile und bietet die Teilnahme an der IVP bzw. HZV ausdrücklich an. Sollte eine HZV-Einschreibung bzw. ein HZV-Arztwechsel notwendig sein, sind die hierfür notwendigen HZV-Teilnahmeerklärungen in ihrer aktuellen Fassung durch die HZV-Ärzte vorzuhalten und an die von der AOK benannte Stelle zu senden.
- j) Im Versorgungsnetz tätige HZV-Ärzte wirken zusammen mit den Pflegeeinrichtungen darauf hin, dass mit Fachärzten gemäß § 8 eine regelmäßige und kontinuierliche Zusammenarbeit aufgebaut wird.
- k) Im Versorgungsnetz tätige HZV-Ärzte erklären sich bereit, ab technischer Bereitstellung die elektronische Kommunikation zwischen HZV-Ärzten und § 73 c SGB V-Ärzten über einen Konnektor durchzuführen. Dies gilt nicht für HZV-Ärzte, die vor der Vertragsänderung vom 16.01.2009 einen anderen Übertragungsweg als den Konnektor gewählt haben.

### **§ 13**

#### **Gemeinsame Aufgaben bei der Überleitung**

- (1) Bei Krankenhauseinweisungen wird der Überleitungsbogen von der Pflegeeinrichtung ausgefüllt und mitgegeben. Dieser enthält als Mindestanforderung die festgehaltenen Inhalte gemäß Anlage 11.
- (2) Über Notfalleinweisungen ins Krankenhaus informiert die Pflegeeinrichtung den behandelnden HZV-Arzt unverzüglich, spätestens jedoch am Folgetag telefonisch oder per Fax.
- (3) Bei Entlassung aus dem Krankenhaus werden der pflegerische Überleitungsbogen und der vorläufige ärztliche Entlassbrief des Krankenhauses von der Pflegeeinrichtung unverzüglich dem HZV-Arzt zugefaxt. Am Entlassungstag stimmen sich die Pflegefachkraft und der HZV-Arzt mindestens telefonisch über ggf. erforderliche Anordnungen ab. Dies gilt insbesondere für die Fortführung der Arzneimitteltherapie, die von dem HZV-Arzt angeordnet werden muss.

Nach entsprechenden Hinweisen durch das Pflegepersonal ist ggf. ein zusätzlicher Besuch des behandelnden HZV-Arztbesuches zeitnah durchzuführen.

- (4) Die Pflegeeinrichtung und der HZV-Arzt stimmen sich im Einzelfall über ein MRSA-Management ab.

## **§ 14**

### **Gemeinsame Aufgaben zur Fortbildung und Qualitätssicherung**

- (1) HZV-Ärzte und Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zu kontinuierlichen Zusammenarbeit und Austausch über medizinische Therapien in der IVP. Durch die Kommunikation und Koordination soll die IVP interdisziplinär-fachübergreifend sowie sektorenübergreifend weiter entwickelt werden.
- (2) Fallbesprechungen sind zwischen behandelndem HZV-Arzt und Pflegeeinrichtung bei entsprechender Notwendigkeit anlassbezogen im Einvernehmen durchzuführen. Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass die Ergebnisse der Fallbesprechungen innerhalb der Pflegeeinrichtung an die Mitarbeiter weitergegeben und im Rahmen der Pflegeplanung umgesetzt werden.

Verbindlich werden zwei IVP-Netzbesprechungen pro Jahr durchgeführt. Verpflichtend nehmen die teilnehmenden HZV-Ärzte und das Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung und ggf. andere Vertragsparteien teil. Über die Teilnahmenotwendigkeit von Fachärzten erfolgt eine Verständigung zwischen Pflegeheimträger bzw. Pflegeeinrichtung sowie HZV-Ärzten. Jeder HZV-Arzt, der ein volles Halbjahr an diesem Vertrag teilnimmt, muss in diesem Halbjahr an der IVP-Netzbesprechung teilnehmen. Die Organisation obliegt dem Pflegeheimträger. Die Pflegeeinrichtung informiert die AOK auf Nachfrage über die Teilnahme der Leistungserbringer. Für die AOK besteht die Möglichkeit, an den IVP-Netzbesprechungen teilzunehmen. Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass die Ergebnisse der IVP-Netzbesprechungen innerhalb der Pflegeeinrichtung weitergegeben werden

Die Durchführung der IVP-Netzbesprechungen soll sich an der Struktur gem. Anlage 7 orientieren.

## **§ 15**

### **Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft**

- (1) Der HZV-Arzt hat nach Maßgabe der Anlage 6 Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen der IVP erbrachten und nach Maßgabe dieser Bestimmungen i. V. m. Anlage 6 abgerechneten Leistungen („IVP-Vergütungsanspruch“). Leistungen, die gemäß Anlage 6 vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der KVBW abgerechnet werden („Doppelabrechnung“). Der IVP-Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 6 gilt zunächst bis zum 31. 12. 2012.
  - a) Einigen sich die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND bis zum 30.09.2012 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 6), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2013 fort.
  - b) Einigen sich die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND vor dem 30. 09.2012 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 6), die nicht lit.

- a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem HZV-Arzt unverzüglich mit. Ist der HZV-Arzt mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum 31.03.2013 zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der HZV-Arzt nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den HZV-Arzt bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
- c) Besteht der Vertrag über den 31.12.2013 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 6 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht die AOK, die HÄVG und der MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2013 hinaus fortbesteht.
- d) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der HZV-Arzt ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; dies gilt für lit. c) sinngemäß.
- (3) Der HZV-Arzt rechnet den IVP-Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („Abrechnungsquartal“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („IVP-Abrechnung“). Der HZV-Arzt hat die IVP-Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (05.01., 05.04., 05.07. und 05.10.). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der IVP-Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der IVP-Vergütung durch den HZV-Arzt erfolgt mittels einer Vertragssoftware gemäß Anlage 6.
- (4) Ansprüche auf die IVP-Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten ab Ende des Quartals der Leistungserbringung.
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die IVP-Abrechnung nach Maßgabe der Anlage 6 und übersendet dem HZV-Arzt auf Grundlage der IVP-Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („Abrechnungsnachweis“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen IVP-Vergütungsanspruches aus („Abrechnungskorrektur“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der HZV-Arzt ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem HZV-Arzt nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt,



wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den HZV-Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HZV-Arzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des HZV-Arztes sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des HZV-Arztes ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 16 Abs. 1 angewiesen ist, wird der IVP-Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 16 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den HZV-Arzt erfolgt spätestens zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die IVP-Abrechnung übermittelt wurde. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der IVP-Abrechnung des HZV-Arztes gegenüber der AOK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die HZV-Ärzte geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen HZV-Arzt, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen IVP-Vergütungsansprüche des HZV-Arztes gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den HZV-Arzt („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem HZV-Arzt eine Überzahlung geltend, ist der HZV-Arzt verpflichtet, den Teil der IVP-Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 15 und 16 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den HZV-Arzt weiter, bis die Ansprüche des HZV-Arztes auf IVP-Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des IVP-Vergütungsanspruches regelt die Anlage 6.

## **§ 16** **Abrechnung der IVP-Vergütung gegenüber der AOK**

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des IVP-Vergütungsanspruches des HZV-Arztes gemäß § 15 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („AOK-Abrechnung“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 15 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 15 Abs. 9 gegenüber dem HZV-Arzt durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem HZV-Arzt verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des HZV-Arztes beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen HZV-Arzt erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK ist nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 16 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.
- (6) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 15 Abs. 1 kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KVBW gemäß § 140 d SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem HZV-Arzt abgerechneten Betrages durch die KVBW zu einem Nachvergütungsanspruch der KVBW gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KVBW von dem HZV-Arzt abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern nicht der HZV-Arzt nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KVBW nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KVBW berichtet hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung gegenüber IVP-Vergütungsansprüchen des HZV-Arztes berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (7) Für den bei einer Doppelabrechnung gemäß § 15 Abs. 1 entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HZV-Arzt der AOK einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 10 % des gegenüber der KVBW fehlerhaft abgerechneten Betrages, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden

Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HZV-Arzt ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

- (8) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 15 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der HZV-Arzt der AOK einen pauschalierten Schadensersatz in Höhe von 10 % des Betrages der von der Managementgesellschaft aufgrund der Fehlabrechnung vergüteten IVP-Vergütung, mindestens jedoch 10 € (Euro), maximal jedoch 50 € (Euro) für jeden Einzelfall (Abrechnungsposition). Dem HZV-Arzt ist der Nachweis eines geringeren Schadens unbenommen. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Schadensersatzanspruch nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Sie ist insoweit zur Aufrechnung berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK Abs. 2 für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (9) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des IVP-Vergütungsanspruches regelt Anlage 6.

### **§ 17**

#### **Finanzierung der Aufwendungen der Pflegeheimträger/Pflegeeinrichtungen**

Die AOK Baden-Württemberg übernimmt Aufwendungen, die dem Pflegeheimträger/der Pflegeeinrichtung für die Durchführung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben entstehen, je im IVP-Vertrag eingeschriebenem Versicherten gemäß Anlage 6. Damit werden teilweise die Kosten abgegolten, die dem Pflegeheimträger/der Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Dokumentation, die Koordination, die Organisation und Durchführung der IVP-Netzbesprechungen, der Fallbesprechungen sowie von Fortbildungen entstehen.

Die Vergütung wird auf Grundlage des aktuellen TVZ festgestellt und von der AOK direkt überwiesen.

### **§ 18**

#### **Evaluation – Nachweis der Wirtschaftlichkeit**

Die Vertragsparteien verständigen sich auf das Ziel, dass durch verbesserte Steuerung und Koordination durch diesen Vertrag die Versorgungseffizienz gesteigert wird. Im Rahmen einer Evaluation soll festgestellt werden, ob die Gesamtkosten für IVP-Teilnehmer geringer ausfallen als für Patienten, die nicht an der IVP teilnehmen. Vor der Evaluation erfolgt zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen über die zu evaluierenden Inhalte und Parameter.

## **§ 19**

### **Haftung und Freistellung**

Sofern nicht abweichend geregelt, haften die Vertragsparteien, die HZV-Ärzte und die Beigetretenen für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.

## **§ 20**

### **Datenschutz**

Die Vertragsparteien, die HZV-Ärzte und Beigetretenen verpflichten sich, die einschlägigen Datenschutzbestimmungen und das Datenschutzkonzept (Anlage 1) einzuhalten.

## **§ 21**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, ist die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem Gewollten am nächsten kommen.

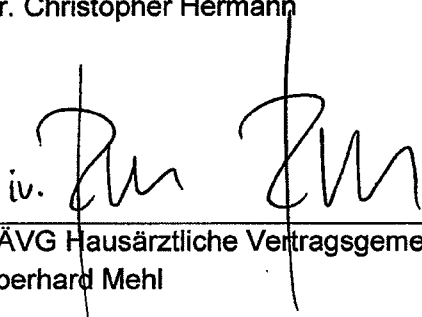
Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

Stuttgart, den 12.01.2011



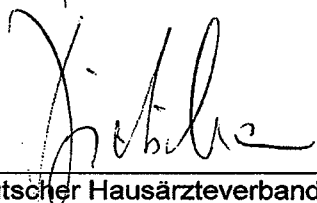
---

AOK Baden-Württemberg  
Dr. Christopher Hermann



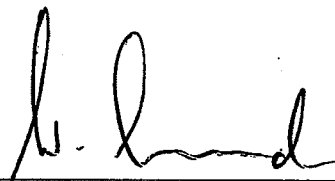
---

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft eG  
Eberhard Mehl



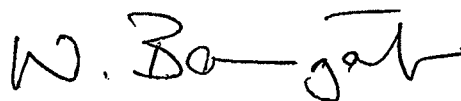
---

Deutscher Hausärzteverband Landesverband  
Baden-Württemberg e. V.  
Dr. med. Berthold Dietsche



---

MEDIVERBUND AG  
Werner Conrad



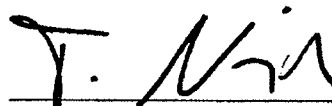
---

MEDI Baden-Württemberg e. V.  
Dr. med. Werner Baumgärtner



---

Eigenbetrieb Leben & Wohnen  
Sabine Bergmann-Dietz



---

Städtische Pflegeheime Esslingen  
Thilo Naujoks



---

Evangelische Heimstiftung GmbH  
Bernhard Schneider



## **Anlagenverzeichnis**

### **Anlage 1**

Datenschutzvereinbarung und Datenschutzkonzept (Besetzung bis 01.04.2011)

### **Anlage 2**

Teilnahmeerklärung des Versicherten (Besetzung bis 01.02.2011)

### **Anlage 3**

Prozessbeschreibung IVP (Besetzung bis 01.04.2011)

### **Anlage 4**

Spezifizierung Versorgungsnetz

### **Anlage 5**

Teilnehmererklärung HZV-Ärzte (Besetzung bis 01.02.2011)

### **Anlage 6**

Vergütung und Abrechnungsvereinbarung

### **Anlage 7**

Fortbildung und Qualitätssicherung

### **Anlage 8**

Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger (Besetzung bis 01.02.2011)

### **Anlage 9**

Kriterien zur Ausstattung Arzt-Behandlungszimmer im Pflegeheim (Besetzung bis 01.02.2011)

### **Anlage 10**

Hüftprotektoren (Besetzung bis 01.02.2011)

### **Anlage 11**

Definition Mindestanforderung Überleitungsbogen (Besetzung bis 01.02.2011)