

Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger und gemeinsamer Aufnahmeantrag mit den HZV-Ärzten als Versorgungsnetz IVP

Dieser Aufnahmeantrag (Anlage 8) besteht aus einem Teil A – der Teilnahmeerklärung des Pflegeheimträgers und einem Teil B – dem Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz IVP gem. § 9 Integrierte Versorgung Pflegeheim.

Teil A: Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger

Hiermit erklärt der unterzeichnende Pflegeheimträger seine Teilnahme an dem Vertrag Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) vom 12.01.2011 gegenüber der AOK Baden-Württemberg und den Vertragspartnern für die nachstehend aufgeführten Pflegeheimen.

1. Der Pflegeheimträger ist umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages zur IV Pflegeheim informiert.
2. Dem Pflegeheimträger ist insbesondere bekannt,
 - dass für die Pflegeeinrichtung ein Versorgungsvertrag für eine vollstationäre Einrichtung nach § 72 SGB XI vorliegen muss. Falls dieser Vertrag nicht vorliegt oder wegfällt, ist die Teilnahme am IVP-Vertrag nichtig.
 - dass die Teilnahme freiwillig ist
 - dass die Teilnahme mit dem Tag des Zugangs der Teilnahmeerklärung bei der AOK Baden-Württemberg und mit der Bestätigung der AOK Baden-Württemberg beginnt
 - dass die Beendigung der Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gegenüber der AOK Baden-Württemberg erklärt werden kann
 - dass der Pflegeheimträger bei Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen von der Teilnahme an dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden kann
 - welche Teilnahmevoraussetzungen vorliegen müssen
 - welche vertraglichen Pflichten laut o. g. Vertrag zu erfüllen sind.
3. Der Pflegeheimträger erklärt, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme und zur Umsetzung der vorgenannten Aufgaben gemäß des o. g. Vertrages in den Pflegeheimen erfüllt werden und die AOK Baden-Württemberg unverzüglich darüber informiert wird, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.
4. Der Pflegeheimträger erklärt über die Punkte 1, 2 und 3 hinaus,
 - dass vertraglich vorgesehene Pflichten und Aufgaben, insbesondere zur Fortbildung und Qualitätssicherung erfüllt werden.
5. Der Pflegeheimträger verpflichtet sich,
 - bei den unterschiedlichen Tätigkeiten die für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und
 - bei der Erhebung von Patientendaten bei Dritten (§ 73 Abs. 1 b SGB V) bzw. bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab die schriftliche Einwilligung des Patienten bzw. des Betreuers einzuholen, den Patienten ausreichend über Form, Zweck und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zu unterrichten.
6. Der Pflegeheimträger ist mit der Veröffentlichung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen im Teilnehmerverzeichnis einverstanden und erklärt sich mit der Weitergabe des Teilnehmerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner und Patienten bzw. Pflegeheimbewohner einverstanden.

Der Pflegeheimträger verpflichtet sich zur Einhaltung aller Regelungen des o.g. Vertrages in seinen Pflegeeinrichtungen, auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Pflegeheimträger

Teil B: Gemeinsamer Aufnahmeantrag Versorgungsnetz IVP (Pflegeheimträger und HZV-Ärzte)

1. Die Teilnahmeerklärung HAUSARZT (Anlage 5 IVP-Vertrag) ist gemeinsam mit dieser Bewerbung als Versorgungsnetz zur IVP bei der HÄVG zusätzlich einzureichen.
2. Die vorgenannten Teilnahmeerklärungen (Anlage 5 und Anlage 8 des IVP-Vertrags) haben nur dann Gültigkeit, sofern die Mindestbedingungen nach 3. erfüllt sind und die Zustimmung zum Beitritt durch die Vertragspartner des IVP-Vertrages nach Prüfung erfolgt ist. Erst die Zulassung zur IVP als Versorgungsnetz und die Teilnahme an IVP berechtigt zur Abrechnung von entsprechenden IVP-Vergütungen.
3. Voraussetzungen zum Beitritt IVP als Versorgungsnetz:
 - a) Perspektivisch soll die Betreuung von mindestens 10 AOK-Versicherten in einer Pflegeeinrichtung durch das teilnehmende Versorgungsnetz erreicht werden.
 - b) Das Pflegeheim wird von mindestens 2 HZV-Ärzten betreut und bildet damit das Versorgungsnetz IVP. Alternativ kann die Betreuung auch durch einen HZV-Arzt erfolgen, sofern dieser mindestens einen angestellten Arzt in seiner Praxis beschäftigt hat. Sofern der angestellte Arzt aus der Praxis ausscheidet, informiert der Arzt unverzüglich die HÄVG über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses und ggf. über die Nachfolge eines angestellten Arztes.
 - c) Die HZV-Ärzte haben sich einverstanden erklärt, ihre HZV-Patienten in die IVP einzuschreiben.
 - d) Mit diesem Antrag ist ein zwischen den Ärzten und der Pflegeeinrichtung abgestimmter Besuchs- und Vertretungsplan vorzulegen.
4. Nach abgeschlossener Prüfung der Vertragspartner erhält der HZV-Arzt ein Bestätigungsschreiben durch die HÄVG mit Startzeitpunkt des Versorgungsnetzes.
5. Die AOK Baden-Württemberg informiert die teilnehmenden Pflegeheime über den Startzeitpunkt des Versorgungsnetzes entsprechend.

Die nachstehend aufgeführte Pflegeeinrichtung und die nachstehenden HZV-Ärzte und ggf. weiterer angestellter Ärzte bilden gem. Anlage 4 IVP-Vertrag ein Versorgungsnetz und erklären sich bereit i. S. der IVP eng und kollegial zusammen zu arbeiten und bestätigen, die vorgenannten Punkte zu beachten und insbesondere die Mindestvoraussetzungen zu erfüllen.

Teilnehmende Pflegeeinrichtung des Versorgungsnetzes:

Name der Pflegeeinrichtung

Institutskennzeichen

Anzahl der Pflegeplätze

Anzahl AOK-Versicherte

Ansprechpartner

Anschrift Verwaltung

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel Pflegeeinrichtung

Teilnehmende HZV-Ärzte des Versorgungsnetzes:

Name, Vorname HZV-Arzt

LANR

BSNR

Anzahl der betreuten AOK-Versicherten in der oben genannten Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV eingeschrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel HZV-Arzt

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....

Name, Vorname HZV-Arzt/ ange-
stellter Arzt

.....

LANR

.....

BSNR

.....

Anzahl der betreuten AOK-Versi-
cherten in der oben genannten
Pflegeeinrichtung

.....

Davon bereits in die HZV einge-
schrieben

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Stempel Arzt

.....