

## **Aufnahmeantrag als Versorgungsnetz IVP gem. § 9 Integrierte Versorgung Pflegeheim vom 12.01.2011 i. d. F. vom 01.01.2020**

1. Die Teilnahmeerklärung HAUSARZT (Anlage 5 IVP-Vertrag) sowie die Teilnahmeerklärung Pflegeheimträger (Anlage 8 IVP-Vertrag) sind gemeinsam dieser Bewerbung als Versorgungsnetz zur IVP zusätzlich einzureichen.
2. Die vorgenannten Teilnahmeerklärungen (Anlage 5 und Anlage 8 IVP-Vertrag) 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. Mindestvoraussetzungen zum Beitritt IVP als Versorgungsnetz:
  - a) Auf Grundlage der Angaben des Pflegeheims kann einen AOK-Versicherten-Arzt-Quotient von mindestens 5:1 nachgewiesen werden. D.h. 1 Arzt betreut im Pflegeheim mindestens 5 AOK-Versicherte.
  - 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 Arbeitsverhältnis 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 .....

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/ angestellter Arzt .....

LANR .....

BSNR .....

Anzahl der betreuten AOK-Ver-  
sicherten in der oben genann-  
ten Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV einge-  
schrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

Name, Vorname HZV-Arzt/ an-  
gestellter Arzt

LANR

BSNR

Anzahl der betreuten AOK-Ver-  
sicherten in der oben genann-  
ten Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV einge-  
schrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

Name, Vorname HZV-Arzt/ an-  
gestellter Arzt

LANR

BSNR

Anzahl der betreuten AOK-Ver-  
sicherten in der oben genann-  
ten Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV einge-  
schrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

Name, Vorname HZV-Arzt/ an-  
gestellter Arzt

LANR

BSNR

Anzahl der betreuten AOK-Ver-  
sicherten in der oben genann-  
ten Pflegeeinrichtung

Davon bereits in die HZV eingeschrieben

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt

.....

.....

.....

.....