

Anlage A9

Besondere Förderung der Pflegeheimversorgung

I. Grundsätzliches

1. Die Vertragspartner stellen gemeinsam fest, dass die ärztliche Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) trotz der bereits seit Jahren bestehenden gesetzlichen Regelungen des § 119b SGB V und der gesonderten Abbildung der ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen für Pflegeheimpatienten gem. Anlage 27 BMV-Ä in Abschnitt 37.2 des EBM, die von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden, in Nordrhein noch nicht flächendeckend erfolgt. Der Anteil von nordrheinischen Pflegeheimbewohnern, deren ärztliche Versorgung im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä erfolgt, liegt in Nordrhein bei ca. 50 %. Außerdem ist festzustellen, dass die Impfquote gegen die saisonale Influenza bei Bewohnern von Pflegeheimen, die bereits im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V ärztlich betreut werden, bei nur ca. 20 % liegt. Daher streben die Vertragspartner die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen in Pflegeheimen an. Dies soll durch eine gezielte Förderung von Leistungen sowie mithilfe von strukturverbessernden Maßnahmen erfolgen mit der gleichzeitigen Zielsetzung, eine qualifizierte ambulante Versorgung vor Ort während und außerhalb der Sprechstundenzeiten zu ermöglichen. Insbesondere stehen hierbei folgende versorgungsrelevante Aspekte im Fokus:

- Die ärztliche und nicht-ärztliche Versorgung der Pflegeheimpatienten i. S. e. Intensivierung (u. a. Erhöhung der Besuchsfrequenz)
- der Ausbau der Kooperationen zwischen Ärzten und Pflegeheimen i. R. v. Kooperationsverträgen und auch der Ärzte untereinander.
- Die Verbesserung der Versorgungsqualität,
- die Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bewohner von Pflegeheimen gegen die saisonale Influenza, da gerade diese Personengruppe besonders gefährdet ist.

Daneben beabsichtigen die Vertragspartner, mögliche Wirtschaftlichkeitsreserven, wie bspw. durch Vermeidung bzw. Reduzierung der Krankenhaus-Einweisungen, der Arzneiverordnungen sowie der Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung durch einen Vertragsarzt, zu erschließen.

2. Beabsichtigt wird ferner, dass die Pflegeheime gem. § 71 Abs. 2 SGB XI i. V. m. § 72 Abs. 1 SGB XI in Nordrhein ärztliche Ansprechpartner (koordinierende Ärzte) erhalten, die die Versorgung unter Einbindung entsprechender kooperierender Fachärzte (unterschiedliche Fachrichtungen) koordinieren. Ziel ist, dass mit mindestens einem Arzt je Pflegeheim ein entsprechender Kooperationsvertrag gem. § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä geschlossen wird.

3. An der Förderung können nur Ärzte teilnehmen, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gem. eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen haben. Darüber hinaus sind die Ärzte bereit, neue Patienten in Pflegeheimen, mit denen sie einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä abgeschlossen haben, zu versorgen und die unter II. beschriebenen Leistungen entsprechend durchzuführen.

II. Inhalt der Förderung

1. Förderung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Die „koordinierenden Ärzte“ (Hausärzte gem. § 2 Abs. 1 bzw. Fachärzte gem. § 3 Abs. 3 der Anlage 27 zum BMV-Ä) übernehmen eine zentrale Rolle in der Versorgung der Pflegeheimpatienten. Gleichzeitig werden weitere „kooperierende Fachärzte“ in den medizinisch erforderlichen Fällen hinzugezogen.

Die „koordinierenden Ärzte“ sowie die „kooperierenden Fachärzte“ gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 27 zum BMV-Ä übernehmen neben den im Rahmen des Kooperationsvertrages gem. § 119b Abs. 2 SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä zu erfüllenden Aufgaben zusätzlich folgende Tätigkeiten:

- **Gemeinsame Visite**

Die koordinierenden Ärzte und kooperierenden Fachärzte führen gemeinsam für jeden von ihnen ärztlich betreuten Pflegeheimbewohner innerhalb der ersten drei Monate

- nach erstmaligem Erbringen von Leistungen nach dieser Anlage,
- nach einem Wechsel des koordinierenden Arztes und/oder
- nach Aufnahme des Pflegeheimbewohners in das Pflegeheim,

und danach einmal jährlich, jeweils innerhalb von vier Quartalen nach Durchführung der vorherigen gemeinsamen Visite, eine gemeinsame, persönliche Visite durch, um eine fachübergreifende Versorgung und Abstimmung der behandelnden Ärzte zu gewährleisten.

In diesen gemeinsamen Visiten werden u. a.

- der aktuelle Gesundheitszustand,
- Entwicklung,
- Auffälligkeiten,
- die Medikation des Patienten insbesondere mit dem Ziel, nicht mehr als fünf Wirkstoffe zu verordnen, u. a. unter Berücksichtigung

- der Erkrankung und des Verlaufs,
- bestehender/neuer Komorbiditäten,
- Neben-/Wechselwirkungen,
- Dosisanpassungen,
- Polypharmazie,
- mögliche Maßnahmen (Therapie, Arzneimittel, weiterführende Untersuchungen etc.),

überprüft und besprochen bzw. eingeleitet.

- **Regelmäßige Visite**

Die koordinierenden Ärzte besuchen mindestens dreimal pro Quartal die Pflegeheime, mit denen sie einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä abgeschlossen haben und versorgen die von ihnen behandelten Patienten. Im Rahmen dieser Visiten, die für jeden von ihnen ärztlich betreuten Pflegeheimbewohner mindestens zweimal pro Quartal – ggf. auch ohne konkreten Anlass – durchgeführt werden, sollen mögliche

- gesundheitliche Probleme,
- durchzuführende Untersuchungen,
- der Impfstatus, insbesondere bezüglich eines bestehenden Grippe- und Pneumokokkenschutzes, und
- Weiter-/Mitbehandlungen durch kooperierende Fachärzte

besprochen werden. Die Einbindung von kooperierenden Fachärzten erfolgt bei Bedarf. Abweichend hiervon kann die zweite sowie ggf. dritte regelmäßige Visite nach dieser Anlage auch durch eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) durchgeführt werden, sofern dem koordinierenden Arzt für diese NäPa durch die KV Nordrhein eine Genehmigung nach Anlage 8 zum BMV-Ä erteilt wurde.

Die kooperierenden Fachärzte besuchen mindestens einmal pro Quartal die Pflegeheime, mit denen sie einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä abgeschlossen haben und versorgen die von ihnen behandelten Patienten. Im Rahmen dieser Visiten, die für jeden von ihnen ärztlich betreuten Pflegeheimbewohner mindestens einmal pro Quartal – ggf. auch ohne konkreten Anlass – durchgeführt werden, sollen mögliche

- gesundheitliche Probleme,
- durchzuführende Untersuchungen,
- der Impfstatus, insbesondere bezüglich eines bestehenden Grippe- und Pneumokokkenschutzes, und
- Weiter-/Mitbehandlungen durch weitere kooperierende Fachärzte

besprochen werden. Die Einbindung von weiteren kooperierenden Fachärzten erfolgt bei Bedarf. Abweichend hiervon kann die ggf. zweite regelmäßige Visite nach dieser Anlage auch durch eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA) durchgeführt werden, sofern dem kooperierenden Arzt für diese NäPa durch die KV Nordrhein eine Genehmigung nach Anlage 8 zum BMV-Ä erteilt wurde.

- **Dokumentation im Pflegeheim und in der PVS**

Eine einheitliche und vollständige Dokumentation im Pflegeheim und in der Praxisverwaltungssoftware besteht insbesondere aus folgenden Informationen, die von allen behandelnden Ärzten zu dokumentieren sind:

- Medikationsplan
- Information zur Dauermedikation
- Diagnosen
- Therapien und ergänzende Maßnahmen
- Auffälligkeiten und Veränderungen des Gesundheitszustands
- Arztbriefe, Entlassungsbriefe des Krankenhauses
- ggf. Patientenverfügung

Außerdem verwenden die koordinierenden Ärzte den Dokumentationsbogen (Anhang 1), der zu Beginn der Versorgung nach dieser Anlage vom koordinierenden Arzt für jeden von ihm ärztlich betreuten Pflegeheimbewohner erstmalig ausgestellt wird. Halbjährlich prüft der koordinierende Arzt für jeden von ihm ärztlich betreuten Pflegeheimbewohner die Angaben auf dem Dokumentationsbogen hinsichtlich Aktualisierung, Vollständigkeit etc. und hinterlegt diesen in der Praxisverwaltungssoftware sowie zusätzlich im Pflegeheim in der jeweiligen Patientenakte (elektronisch oder papiergebunden).

2. Förderung der Struktur in der Pflegeheimversorgung

Um die unter 1. beschriebenen Leistungen auch dauerhaft zu etablieren und die Pflegeheimversorgung sicherstellen zu können sollen außerdem Maßnahmen zur Verbesserung der Strukturen

- im Bereich der Pflegeheime
- bzgl. der Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten
- bei den niedergelassenen Ärzten

ergriffen werden.

Hierfür wird die KV Nordrhein folgende Maßnahmen umsetzen:

- **Einbindung der Kreisstellen**

Unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse vor Ort in den Kreisstellen soll zunächst eine Information und Einbindung der Kreisstellen erfolgen. Zukünftig kommt diesen eine Vermittlungs-/Schnittstellenfunktion zwischen Ärzten und Pflegeheimen zu, da davon ausgegangen wird, dass in den Kreisstellen u. a. Informationen über lokale Besonderheiten sowie eventuell bestehendem Bedarf von Pflegeheimen sowie Ärzten hinsichtlich der ärztlichen Versorgung vorliegen. Grundlage hierfür ist auch eine von der KV Nordrhein zu erstellende und zu pflegende Pflegeheimdatenbank.

- **Entwicklung und Nutzung digitaler Möglichkeiten**

Um die Kommunikation zwischen den Ärzten, die Abstimmung untereinander sowie auch den Austausch notwendiger Informationen zu vereinfachen, wird die KV Nordrhein die Möglichkeiten einer Nutzung digitaler bzw. telemedizinischer Anwendungen, z. B. einer sog. App, prüfen. Hiermit soll gleichzeitig geprüft werden, inwiefern eine Verknüpfung des Arztes zu der jeweiligen PVS von mobilen Endgeräten ermöglicht wird.

- **Pflegeheim-Datenbank**

Die KV Nordrhein wird eine Pflegeheim-Datenbank entwickeln, die insbesondere Informationen zu

- Name und Kontaktdaten des Pflegeheims
- Anzahl der Pflegeplätze
- Angaben zum Träger
- Ansprechpartner der Pflegeheime
- bestehende Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten (inkl. Name, Adresse, Fachgebiet)
- bestehender Bedarf (Kooperationsverträge)

enthalten. Diese Datenbank wird regelmäßig gepflegt und soll die Kreisstellen vor Ort bei der Vermittlung von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeheimen und Ärzten unterstützen.

- **Anforderungen an die Pflegeheime**

Bestimmte strukturelle Maßnahmen erfordern auch ein Mitwirken der Pflegeheime. Die KV Nordrhein und die Krankenkassen werden sich dafür einsetzen, dass Pflegeheime bestimmte strukturelle Maßnahmen ergreifen. Hierzu zählen insbesondere folgende:

- Informationen zu Ansprechpartnern in den Pflegeheimen bereitstellen, sofern noch nicht erfolgt
- strukturelle Ausstattung der Pflegeheime, insbesondere bzgl. der WLAN-Anbindung zeitnah verbessern

- die Bereitschaft, in geeigneten Situationen zunächst die Rufnummer 116117 statt 112 oder 110 zu wählen
- sachgerechtes Angebot an Aktivitäten für die Pflegeheimbewohner
- Kooperationen mit Zahnärzten i. S. e. optimierten zahnärztlichen Versorgung der Pflegeheimpatienten
- Bereitschaft des Pflegeheimpersonals, die Visiten gemeinsam mit den Ärzten durchzuführen gem. § 6 Abs. 3 Anlage 27 BMV-Ä.

III. Vergütung

Die im Rahmen der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern erbrachten Leistungen werden nach Maßgabe des EBM und des jeweils gültigen Honorarverteilungsmaßstabes vergütet. Für die den teilnehmenden Ärzten bei der Erbringung von Leistungen nach dieser Anlage entstehenden, über die Regelversorgung hinausgehenden Aufwände, erhalten die Ärzte zusätzliche Vergütungen entsprechend den in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Regelungen. Voraussetzung ist hierbei, dass die Ärzte im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen haben. Zur Abrechnung der SNR 92601N sowie 92602N wird vorausgesetzt, dass die Ärzte für die NäPa eine Genehmigung nach Anlage 8 zum BMV-Ä von der KV Nordrhein erhalten haben.

Leistung	Symbolnummer	Betrag
Gemeinsame Visite <ul style="list-style-type: none"> • Inhalte entsprechend der Leistungsbeschreibungen unter II. 1. • erfolgt innerhalb von drei Monaten (nach Aufnahme in das Pflegeheim, nach erstmaligem Erbringen von Leistungen nach dieser Anlage und/oder Wechsel des koordinierenden Arztes eines Pflegeheimbewohners) sowie danach einmal jährlich, jeweils innerhalb von vier Quartalen nach Durchführung der vorherigen gemeinsamen Visite • gemeinsam durch den koordinierenden Arzt sowie mindestens einem kooperierenden Facharzt, maximal jedoch zwei kooperierenden Fachärzten • Die SNR 92600 wird zusätzlich zu den GOP 01410 oder 01413 EBM abgerechnet 	92600	15,00 Euro (je Arzt)

<p>Regelmäßige Visite „Koordinierender Arzt“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalte entsprechend der Leistungsbeschreibungen unter II. 1. • mindestens zwei, höchstens drei regelmäßige Visiten pro Pflegeheimbewohner, wobei die erste regelmäßige Visite ausschließlich im Rahmen des Kapitels 37.2 EBM abgerechnet wird • die zweite sowie ggf. dritte regelmäßige Visite kann alternativ durch die NÄPa mit der SNR 92601N abgerechnet werden, sofern die entsprechenden Voraussetzungen hierfür erfüllt sind • Die SNR 92601 wird zusätzlich zu den GOP 01410 oder 01413 EBM abgerechnet <p>Ausschluss: Die SNR 92601 bzw. die SNR 92601 und 92601N können in Summe max. zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden.</p>	<p>92601</p>	<p>11,50 Euro (je Visite)</p>
<p>Regelmäßige Visite „NÄPa des koordinierenden Arztes“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der für die SNR 92601 definierten und von dem koordinierenden Arzt delegierten Leistungen • maximal zweimal im Behandlungsfall • Voraussetzung: der koordinierende Arzt hat die erste Visite im Rahmen des Kapitels 37.2 EBM erbracht und abgerechnet • Die SNR 92601N wird zusätzlich zu den Leistungen der Kapitel 38.3 i. V. m. 38.2 sowie 3 EBM abgerechnet <p>Ausschluss: Die SNR 92601N bzw. 92601N und 92601 können in Summe max. zweimal im Behandlungsfall abgerechnet werden.</p>	<p>92601N</p>	<p>5,00 Euro (je Visite)</p>
<p>Regelmäßige Visite „Kooperierender Facharzt“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalte entsprechend der Leistungsbeschreibungen unter II. 1. • mindestens eine regelmäßige Visite, höchstens zwei regelmäßige Visiten pro Pflegeheimbewohner, wobei die erste regelmäßige Visite ausschließlich im Rahmen des Kapitels 37.2 EBM abgerechnet wird 	<p>92602</p>	<p>11,50 Euro</p>

<ul style="list-style-type: none"> • die zweite regelmäßige Visite kann alternativ durch die NäPa mit der SNR 92602N abgerechnet werden, sofern die entsprechenden Voraussetzungen hierfür erfüllt sind • die SNR 92602 kann maximal einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden • Die SNR 92602 wird zusätzlich zu den GOP 01410 oder 01413 EBM abgerechnet <p>Ausschluss: Kann im Behandlungsfall nicht neben der SNR 92602N abgerechnet werden.</p>		
<p>Regelmäßige Visite „NäPa des kooperierenden Facharztes“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung der für die SNR 92602 definierten und von dem kooperierenden Facharzt delegierten Leistungen • maximal einmal im Behandlungsfall • Voraussetzung: der kooperierende Facharzt hat die erste Visite im Rahmen des Kapitels 37.2 EBM erbracht und abgerechnet Die SNR 92602N wird zusätzlich zu den Leistungen der Kapitel 38.3 i. V. m. 38.2 EBM abgerechnet <p>Ausschluss: Kann im Behandlungsfall nicht neben der SNR 92602 abgerechnet werden.</p>	92602N	5,00 Euro
<p>Dokumentation und erstmaliges Anlegen des Doku-Bogens (Anhang 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • einheitliche und vollständige Dokumentation im Pflegeheim und in der Praxisverwaltungssoftware • erstmaliges Anlegen und Ausfüllen des Dokumentationsbogens (Anhang 1) zu Beginn der Versorgung nach dieser Anlage im Pflegeheim sowie in der Praxisverwaltungssoftware (papiergebunden oder elektronisch) • durch den koordinierenden Arzt • einmal im Erlebensfall • Die SNR 92603 wird zusätzlich zur Versicherten- oder Grundpauschale des EBM abgerechnet 	92603	10,00 Euro

<p>Dokumentation und Überprüfung sowie ggf. Aktualisierung des Doku-Bogens (Anhang 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • einheitliche und vollständige Dokumentation im Pflegeheim und in der Praxisverwaltungssoftware • halbjährliche Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Dokumentationsbogens (Anhang 1) im Pflegeheim sowie in der Praxisverwaltungssoftware (papiergebunden oder elektronisch) • durch den koordinierenden Arzt • maximal zweimal im Kalenderjahr • Die SNR 92604 wird zusätzlich zur Versicherten- oder Grundpauschale des EBM abgerechnet <p>Ausschluss: Kann im Behandlungsfall nicht neben der SNR 92603 abgerechnet werden.</p>	92604	5,00 Euro
---	-------	-----------

Die Finanzierung erfolgt entsprechend den unter § 4 II. beschriebenen Regelungen dieses Vertrages.

Sofern Ärzte Vergütungen für vergleichbare Leistungen, z. B. im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes „OPTIMAL@NRW“ oder aufgrund der Aufnahme vergleichbarer Leistungen in die Regelversorgung, erhalten, ist eine Abrechnung der Vergütungen für die vergleichbaren Leistungen nach den Regelungen dieser Anlage ausgeschlossen. Die Abrechnung der Leistungen des Kapitels 37.2 sowie 3 und 38.3 i. V. m. 38.2 EBM führt nicht zu einem Abrechnungsausschluss nach dieser Anlage.

Die KV Nordrhein stellt den Krankenkassen quartalsweise eine Übersicht zur Verfügung, aus der folgende Informationen hervorgehen:

- Angabe der Ärzte, mit welchem Pflegeheim/welchen Pflegeheimen diese einen Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V i. V. m. der Anlage 27 zum BMV-Ä geschlossen haben,
- Angabe der Ärzte, die an der Förderung nach dieser Anlage teilnehmen und
- Angabe der Patienten, die im Rahmen der Förderung nach dieser Anlage ärztlich versorgt werden, inkl. Benennung des Arztes, der die Versorgung übernommen hat.

IV. Ziele und Evaluation

1. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die in dieser Anlage vereinbarten Maßnahmen neben einer Steigerung der Versorgungsqualität auch zu einer Zunahme der Anzahl der Pflegeheime, in denen die ärztliche Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V sichergestellt wird, führen. In diesem Zusammenhang vereinbaren sie nachfolgende Ziele:

Zielfeld	Ziele
Kooperationsverträge nach § 119b SGB V	Reduzierung des Anteils der nordrheinischen vollstationären Pflegeheime, die noch nicht mit vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge nach § 119b SGB V geschlossen haben, um 50 %.
Arzneimittel	Reduzierung der Anzahl der Pflegeheimbewohner, die dauerhaft mehr als 5 verschiedene Wirkstoffe verordnet bekommen, um 3 %.
Impfungen	Erhöhung der Anzahl der Patienten, die eine Gripeschutzimpfung erhalten haben (Durchimpfung), um 20 %.

2. Darüber hinaus werden die Vertragspartner prüfen, inwiefern sie auf Grundlage von vorliegenden Evaluationsergebnissen aus dem Vertragsanalyse-Konzept (Anhang 2) zusätzliche konkrete Ziele hinsichtlich der Reduzierung zu den nachfolgenden Zielfeldern definieren werden.

Zielfeld	Ziele
Arzneimittel	Anzahl der Gesamt-DDD in Summe für folgende Wirkstoffgruppen (ATC amtlich): <ul style="list-style-type: none"> ○ N05A (Antipsychotika der ersten und zweiten Generation) ○ N05CD, N05CF (Benzodiazepine beziehungsweise Z-Substanzen) ○ N06AA (Trizyklische Antidepressiva) ○ N06AB (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) ○ A02BC (Protonenpumpenhemmer) ○ C10AA, C10BA (Statine) ○ N02BB02 (Metamizol)
Stationäre Behandlungen	Anzahl der vollstationären Krankenhausaufenthalte
Dekubitus	Anzahl der Pflegeheimpatienten mit Dekubiti (ICD-10: L89.00 bis L89.39 und L89.90 bis L89.99)
Fahrten	Anzahl der abgerechneten Rettungswagen-/Notarzt-/Krankentransportwageneinsätze

3. Die Einzelheiten zu der Evaluation der in dieser Anlage vereinbarten Förderung der Pflegeheimversorgung ergeben sich aus dem als Anhang 2 zu dieser Anlage beigefügten Vertragsanalyse-Konzept. Darüber hinaus werden die Vertragspartner gemeinsam überprüfen, inwiefern der Anhang 2 in Bezug auf die Auswertungszeiträume und -termine sowie die Ermittlung des Zielerreichungsgrads zum Zielfeld „Impfungen“ anpassungsbedürftig ist. Auf der Grundlage der Auswertungsergebnisse werden die Vertragspartner die Entwicklung in den einzelnen Zielfeldern gemeinsam beobachten und anhand der gewonnenen Erkenntnisse feststellen, wie sich die Maßnahmen nach dieser Anlage auf die ärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner und die für diesen Personenkreis in den Zielfeldern/verordneten und/oder veranlassten Leistungen auswirken.
4. Eine abschließende Bewertung des Zielerreichungsgrades nehmen die Vertragspartner gemeinsam bis zum 31.12.2023 vor.