Sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrter Betreuer!

Ihre Angehörige / Ihr Angehöriger, bzw., - sofern Sie hauptamtlich mit Betreuungen befasst sind -, Ihr/e zu betreuende/r Mandant/in, wird derzeit von meiner/meinem ärztlichen Kollegin/Kollegen, Frau/Herrn Dr. xyz, psychiatrisch im Pflegeheim betreut. Seit 01.07.2010 besteht ein neuer, zwischen der AOK Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Berufsverband BVDN Hessen vereinbarter Versorgungsvertrag, der helfen soll, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie verstärkt in die Übernahme von Behandlungen in Altenpflegeheime einzubinden. In Absprache mit Frau/Herrn Dr. xyz möchte ich Sie mit dieser neuen Möglichkeit zu einer veränderten ambulanten psychiatrischen Behandlung der Patienten, die bei der AOK versichert sind und in Pflegeheimen leben, vertraut machen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte der beiliegenden Presseinformation sowie der Teilnahmeerklärung.

Die wesentlichen Inhalte des Vertrages, die auch für den hohen Qualitätsstandard stehen, sind

* mindestens 3 fachärztliche Visiten im Heim pro Quartal,
* einmal jährlich ein leitlinienorientiertes Assessment (eine diagnostische und therapeutische Bestandsaufnahme),
* eine fallbezogene Unterweisung des Pflegepersonals,
* bedarfsorientierte Information des Hausarztes,
* eine intensivierte Psychopharmakotherapie sowie
* eine bessere Erreichbarkeit des Facharztes auch außerhalb der Sprechzeiten in Notfällen.

Die Vorteile dieses Vertrages sollen sich in einer reduzierten Einweisungsquote in Psychiatrische Kliniken sowie in minimierter Neben- und Wechselwirkungsraten bei der Pharmakotherapie erweisen.

Die Teilnahmeerklärung kann von Ihnen nach einem Jahr und dann zu jedem Quartalsende gekündigt werden.

Wir empfehlen Ihnen die Teilnahme an diesem Vertrag. Dann würde die psychiatrische Behandlung zukünftig im Sinne dieses Vertrages von Frau/Herrn Dr. xyz fortgeführt. Wenn Sie dazu noch Fragen haben, können Sie mich vormittags/nachmittags zwischen.... Uhr und .... Uhr in der Praxis anrufen. Bitte senden Sie mir die Teilnahmeerklärung baldmöglichst an meine Praxisadresse zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Name Name

Arzt/Ärztin für Psychiatrie Arzt/Ärztin der Institutsambulanz