

**Kooperationsvertrag Facharzt / Krankenhaus
Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie**

zwischen der

**Medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG
Leipziger Str. 242
34123 Kassel**

und

**Titel, Vor- u. Zuname aller in der Praxis / im Krankenhaus
im Rahmen des IV-Vertrages operativ tätiger Ärzte**

Praxisname / Krankenhaus

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

zur

**„Integrierten Versorgung Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie“
vom 01.01.2006 (hier Vertragsergänzung vom 01.07.2008)**

zwischen der

**Medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG und dem
BKK Landesverband Hessen**

Der BKK Landesverband Hessen, Stresemannallee 20, 60591 Frankfurt/Main, hat für seine Mitgliedschaften mit der medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG, Leipziger Str. 242, 34123 Kassel (ehem. Spohrstr. 9, 34117 Kassel) einen integrierten Versorgungsvertrag geschlossen. Ein Großteil der beigetretenen Betriebskrankenkassen lässt eine Versorgung auf Basis dieses Vertrages auch bundesweit zu.

Der BKK Landesverband Hessen ist für Leistungserbringer außerhalb von Hessen nicht zuständig. Vertragspartner ist dann die jeweilige BKK.



§ 1 Zielsetzung

Zielsetzung ist die sektorenübergreifende Effizienzsteigerung und Sicherung der Nachhaltigkeit von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von chirurgischen und gefäßchirurgischen Patienten aufbauend auf dem Integrierten Versorgungsvertrag zwischen Medicalnetworks und dem BKK LV Hessen und den an diesem Vertrag bundesweit teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Dieses soll im Einzelnen durch die folgenden Maßnahmen erreicht werden:

- Aufbau einer interdisziplinären und sektorenübergreifenden Kooperation zwischen allen Vertragspartnern.
- Medizinisch definierten prä-, peri- und postoperativen Phasen.
- Mikroinvasive Operationen (wenn möglich) unter der Verwendung hochwertiger Implantate.
- Ggf. kurzstationäre oder kurzfristige Unterbringung in zugelassenen stationären Einrichtungen.
- Zeitnahe Nachsorge und ggf. Rehabilitation.

§2 Gegenstand des Vertrages

Gegenstand dieses Vertrages sind die Behandlungsabschnitte „fachärztliche operative Leistung und prä-/postoperative Betreuung“ nach hinterlegten Behandlungspfaden bei definierten operativen Eingriffen im Rahmen der Integrierten Versorgung. Diese Vereinbarung zielt auf die Verbesserung der sektorübergreifenden Behandlung ab, wobei ein verkürzter stationärer Aufenthalt und die schnelle Wiedereingliederung des Patienten in den Alltag erreicht werden sollen.

§3 Grundsätze

- (1) Krankenhäuser, die an der Versorgung im Rahmen dieser Vereinbarung durch Kooperationsverträge beteiligt werden, verfügen über eine entsprechende Zulassung nach §§ 108/109 SGB V, eine eingegliederte chirurgische oder entsprechende Fachabteilung, einen intensivmedizinischen Bereich zur Behandlung bei operativen Komplikationen und erfüllen die Mindest-OP-Zahlen aus Anlage 1 pro Operateur. Es gelten die Qualitätssicherungen nach § 137 SGB V.
- (2) Operierende Fachärzte, die an der Versorgung im Rahmen dieser Vereinbarung durch Kooperationsverträge beteiligt werden, verfügen über eine entsprechende Zulassung zur Vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V und erfüllen die Mindest-OP-Zahlen aus Anlage 1.
- (3) Voraussetzung für die Teilnahme eines Patienten an der Integrierten Versorgung nach dieser Vereinbarung ist dessen Einverständnis, das nach ausführlicher Beratung durch den operierenden Facharzt / das Krankenhaus eingeholt wird.
- (4) Der operierende Facharzt / das Krankenhaus verpflichtet sich hierbei zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

§4 Leistung und Vergütung

- (1) Die Leistung der integrierten Versorgung beginnt mit der Voruntersuchung zur OP oder aber spätestens mit Einschreibung des Patienten in die integrierte Versorgung. Die Zuzahlungspflicht des Patienten der gesetzlichen Zuzahlungen entfällt ab Einschreibedatum in die integrierte Versorgung (Ausnahme hiervon: Verordnete Medikamente wie z.B. Schmerzmittel).
- (2) Die Voruntersuchung zur OP umfasst folgende Leistungen:
 - a. Feststellung der OP-Indikation und OP-Fähigkeit
 - b. Operative Voruntersuchung (Leistungsinhalte gem. den EBM-Ziffern 31010, 31011, 31012 oder 31013)

Sollte die Vor- und/oder Nachuntersuchung nicht vom Facharzt durchgeführt werden, wird diese aus der Vergütung des Facharztes (ärztliches Honorar) abgegolten. Die Abrechnung dieser Leistung muss vertraglich geregelt sein. Ein von der Ärztekammer Hessen abgenommener Kooperationsvertrag für prä- und/oder postoperative Leistungen steht im Downloadbereich von Medicalnetworks zur Verfügung.

- (3) Die Leistungen der Integrierten Versorgung umfassen:
 - a. Fachärztliche Betreuung (Operateur und Anästhesie) des Patienten in der prä-, peri- und postoperativen Phase.
 - b. Erstellung eines patientengeeigneten individuellen Behandlungsplans ggf. inklusive Planung der notwendigen sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen.
 - c. Durchführung der Operation (wenn möglich mikroinvasiv) unter Verwendung hochwertiger Implantate nach Vorgaben der Patientenpfade.
 - d. Dokumentation der Behandlung nach einheitlichem System.
 - e. Erfüllung der Qualitätsstandards nach Anlage 1 pro Operateur.
 - f. ggf. Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß Anhang 2
 - g. ggf. Versorgung mit Heilmitteln (bisher nicht vorgesehen)
- (4) Die Vergütung der Leistungen erfolgt direkt über Medicalnetworks in Form einer Pauschale. Medicalnetworks überweist die Pauschale innerhalb von drei Werktagen an alle Leistungserbringer insofern die Zahlung der entsprechenden BKK bei medicalnetworks eingegangen ist. Zur Rechnungsstellung müssen Medicalnetworks Patientenmeldung und die Dokumentation aller Leistungserbringer vorliegen.

Eine Leistungsvergütung darüber hinaus z.B. gegenüber der BKK oder der KV erfolgt nicht und hätte den sofortigen Vertragsausschluss zur Folge.

- (3) Die Vergütung der Komplexpauschale durch die BKK erfolgt nach Abschluss der Behandlung bei Vorliegen der Teilnahmeerklärung und Dokumentation innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungseingang. Sollte ein Behandlungszyklus länger als 6 Wochen andauern, stellt Medicalnetworks 50% der Komplexpauschale nach 6 Wochen in Rechnung. Die BKK hat 30 Tage Zahlungsziel. Aus den ersten 50% der Pauschale werden erst alle vorliegenden Sachmittelkosten beglichen und der Rest auf alle Leistungserbringer anteilig aufgeteilt. Der Restbetrag wird der BKK nach Abschluss der Behandlung in Rechnung gestellt. Medicalnetworks überweist die entsprechenden Teilpauschalen spätestens 3 Tage nach Zahlungseingang der BKK bei medicalnetworks an die Leistungserbringer weiter.
- (5) In den vergüteten Komplexpauschalen sind keine Medikamente enthalten. Diese werden nach den hierfür geltenden Regelungen der Regelversorgung zu Kosten der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet.
- (6) Die Vergütungen ärztliches Honorar ergeben sich aus den Pauschalen im Anhang 1.

- (7) Alle Komplikationen, die dem operativen Eingriff eigen sind (z.B. Blutungen oder Infektionen die innerhalb der ersten 8 Wochen auftreten) sind mit den Komplexpauschalen dieses Vertrages abgegolten. Ausnahmen hiervon können im Grobverschulden durch den Patienten begründet sein, und sind durch eine Schiedsstelle (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) zu entscheiden.
- (8) In Fällen der Komplikation ist vom Operateur und Anästhesist eine kostenfreie Nachoperation zu erbringen (keine EBM-Ziffern abrechenbar). Diese Kostenfreiheit erstreckt sich ausschließlich auf die ärztliche Leistung. Verbrauchsmaterialien oder sonstige Kosten werden über die Regelleistung vergütet.
- (9) Peri- und postoperative Komplikationen aus "innerer Ursache" (z.B. Myokardinfarkt, Apoplex, Lungenembolie, Anästhesiekomplikationen, Thrombosen) werden von dieser integrierten Versorgung nicht erfasst. Die nahtlose, medizinisch fachgerechte Versorgung des Patienten wird durch Medicalnetworks und Vertragspartner sichergestellt, der Fall aber nicht über den IV-Vertrag, sondern über die Regelversorgung vergolten.
- (10) Die medizinisch notwendigen Transporte (Verordnung durch den Operateur erforderlich) zum Operationsort, sowie zurück zur Wohnung.
- (11) Ggf. kurzstationäre oder kurzfristige Unterbringung in zugelassenen stationären Einrichtungen.
- (12) Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des hausärztlich betreuenden Arztes durch den Operateur.
- (13) Die Komplexpauschale ärztliches Honorar beinhaltet bereits die gesetzlichen Zuzahlungen nach § 61 SGB V, die somit nicht mehr vom Versicherten angefordert werden. Die Zuzahlungen sind im Einzelnen:
- Praxisgebühr
 - Zuzahlung bei kurzstationären Krankenhausaufenthalten
 - Zuzahlungen bei medizinisch notwendigen Transportfahrten

§5 Qualitätsabkommen

Der Nachweis einer hohen Versorgungsqualität ist Grundlage integrierter Versorgungsmodelle. Die Partner verpflichten sich deshalb zur Entwicklung eines leitlinienbasierten, ergebnisorientierten Qualitätsmanagements.

§6 Datenschutz

Die Zustimmung der Patienten zur erweiterten Datenerfassung und -verwendung wird vom operierenden Facharzt eingeholt. Diese Daten werden ausschließlich zu Evaluationszwecken der Vertragsparteien verwendet und nach Ausscheiden des Patienten aus dem Vertrag anonymisiert. Die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten und die datenschutzrechtlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung werden dabei beachtet.

Der / Das kooperierende Facharzt / Krankenhaus ist damit einverstanden, dass

- sein Name und seine Anschrift das Verzeichnis der an dem Vertrag zur Integrierten Versorgung Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie teilnehmenden Fachärzte / Krankenhäuser aufgenommen wird,
- dieses Verzeichnis den kooperierenden Leistungserbringern, den Versicherten und der BKK zur Verfügung gestellt wird.

§7

Verwertung der Erkenntnisse/ Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die Ergebnisse aus den oben genannten Auswertungen nach dieser Vereinbarung fließen ausschließlich den Vertragspartnern zu.
- (2) Veröffentlichungen erfolgen nach Abstimmung zwischen den beiden Hauptvertragspartnern.
- (3) Die Herausgabe von Vertragsinhalten erfolgt nur in gegenseitiger Abstimmung.

§8

Salvatorische Klausel

Sollte eine einzelne Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein, so wird dadurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn der Vereinbarung entsprechende Bestimmung zu ersetzen.

§9

Vertragsdauer

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.07.2008 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung gilt zunächst bis zum 31.12.2008. Die Laufzeit verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht gemäß Absatz 3 von einer der Vertragsparteien fristgerecht schriftlich gekündigt wird.
- (3) Die Vereinbarung kann erstmals unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 31.12.2008 schriftlich gekündigt werden.
- (4) Die Kooperation endet:
 - mit der Beendigung des Basisvertrages zwischen Medicalnetworks und dem BKK LV Hessen, mit den bundesweit teilnehmenden Betriebskrankenkassen müssen dann ggf. neue Verträge geschlossen werden.
 - bei Niedergelassenen Fachärzten mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, Wegfall der vertragsärztlichen Zulassung nach §73 SGB V oder der Nichterfüllung der Mindest-OP-Zahlen aus Anlage 1 pro Operateur,
 - bei Krankenhäusern mit Wegfall der Zulassung nach §§ 108/109 SGB V, der eingegliederten chirurgischen Fachabteilung, des intensivmedizinischen Bereiches oder bei Nichterfüllung der Mindest-OP-Zahlen aus Anlage 1 pro Operateur.
 - mit einer schriftlichen Kündigung zur Beendigung der Kooperation am Basisvertrag mit einer Frist von 4 Wochen unter Angabe des Kündigungsgrundes,
 - mit der Kündigung des Kooperationsvertrages durch Medicalnetworks, wenn der kooperierende Arzt die Verpflichtungen dieses Kooperationsvertrages bzw. der Basisvereinbarung nicht erfüllt oder durch den Vertrag bereits vergütete Leistungen analog § 16 Abs. 4 des Basisvertrages in Rechnung gestellt hat. Der Ausschluss wird mit einer Frist von 4 Wochen nach der Bekanntgabe der Entscheidung durch die Vertragsarbeitsgemeinschaft der BKK und Medicalnetworks wirksam.
- (5) Leistungspflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben und über die Vertragslaufzeit hinaus wirken, bleiben unverändert bestehen.

§10
Schriftformerfordernis

Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Gleiches gilt für den Wegfall des Schriftformerfordernisses. Mündliche Nebenabreden existieren nicht.

Ich als Facharzt / Wir als Gemeinschaftspraxis / Das Krankenhaus möchte/n an dem zwischen dem BKK Landesverband Hessen und den an diesem Vertrag bundesweit teilnehmenden Betriebskrankenkassen, sowie der Medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG geschlossenen Vertrages zur integrierten Versorgung Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie nach §§140 a-d SGB V teilnehmen. Ich / Wir erfüllen die vertraglichen Voraussetzungen und habe/n die Rechte und Pflichten, die sich aus diesem Vertrag und den Anhängen 1 und 2 ergeben zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

_____, den _____

Medicalnetworks

Kooperationspartner

*Bei Niedergelassenen alle am IV-Vertrag teilnehmenden Ärzte
Bei Krankenhäusern der Geschäftsführer

Stempel mit Arztnummer / Krankenhaus IK

Anlage 1

Mindest-OP-Zahlen - Von jedem teilnehmenden Operateur separat auszufüllen

Hiermit erkläre ich: _____
Titel / Vor- und Zuname Operateur



Stempel mit Arztnummer / Krankenhaus IK

Dass ich im Rahmen meiner ärztlichen Tätigkeit insgesamt mehr als:

- ☐ 100 insg. / 20 p.a. Appendektomien
- ☐ 100 insg. / 20 p.a. Bauchwandhernien
- ☐ 100 insg. / 30 p.a. Bauchwandhernien beidseitig
- ☐ 100 insg. / 20 p.a. Cholezystektomien
- ☐ 100 insg. / 30 p.a. Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm
- ☐ 100 insg. / 30 p.a. Anus

- ☐ 500 venöse Gefäßeingriffe, davon 100 Rezidive innerhalb der letzten 5 Jahre

durchgeführt habe.

Mit ist bekannt, dass ich nur Operationen im Rahmen dieses Vertrages durchführen kann, wenn ich die Voraussetzungen hierfür erfülle. Mir ist bekannt, dass die Firma medicalnetworks CJ GmbH und Co.KG für das jeweilige Folgejahr eine erneute Abfrage Ende des Jahres für erfolgte Operationen durchführen wird.

Ort / Datum

Unterschrift Operateur

Anlage 2 Praxis- / Krankenhausdaten

(einmal für die Praxis / das Krankenhaus auszufüllen)

Arztnummer des Operators	Titel	Vor- und Zuname
Facharzt für	Facharztanerkennung am	Vertragsärztlich tätig seit
Arztnummer des Operators	Titel	Vor- und Zuname
Facharzt für	Facharztanerkennung am	Vertragsärztlich tätig seit
Arztnummer des Operators	Titel	Vor- und Zuname
Facharzt für	Facharztanerkennung am	Vertragsärztlich tätig seit
Arztnummer des Operators	Titel	Vor- und Zuname
Facharzt für	Facharztanerkennung am	Vertragsärztlich tätig seit
Praxis- / Krankenhausname	IK-Nummer	
Straße und Hausnummer	PLZ und Ort	
Telefon	Fax	
Mobil (freiwillige Angabe)	E-Mail	

WICHTIGE ANGABE BEI NIEDERGELASSENEN: OP-Ort/e mit Adresse und Telefonnummer

Kontoinhaber	Name der Bank
Kontonummer	BLZ

Anhang 1

Ärztliches Honorar

In der Pauschale „ärztliches Honorar“ ist enthalten:

- Vor- und Nachuntersuchung zur OP inkl. EKG, Labor
- OP-Leistung inkl. Verbrauchsmaterialien, ggf. Implantate
- Anästhesieleistung
- ggf. Gehstützen oder Thromboseprophylaxestrümpfe (MTS)
- ggf. Transportkosten von und zur OP nach Hause
- wunschweise Unterbringung post-OP je nach Indikation eine Nacht bis stationär

Pauschalnummer	DRG	Bezeichnung Diagnose	Pauschale ärztl. Honorar (Vor- und Nachuntersuchungen, OP, Anästhesie, Material, ggf. Übernachtung)	Maximale Behandlungszeit
C1	G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis	1.368,00 €	4 Wochen
C2	G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien	1.508,00 €	4 Wochen
C3	G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Bauchwand, Leisten und Schenkelhernien	1.943,00 €	6 Wochen
C4	H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	2.974,00 €	10 Wochen
C5	H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	1.950,00 €	10 Wochen
C6	G26Z	Andere Eingriffe am Anus	820,00 €	4 Wochen
C7	G18B	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne Lebermetastasen Chirurgie, ohne kompl. Diagn.	3.000 €	6 Wochen
GC1	F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	2.100,00 €	6 Wochen
GC2	F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	1.723,00 €	6 Wochen
GC3	F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC	973,00 €	4 Wochen

Anhang 2
Hilfsmittel

Pauschalnummer	DRG	Bezeichnung Diagnose	Hilfsmittel	Hilfsmittelbezeichnung
C1	G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 14 Jahre	0,00 €	./.
C2	G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien	0,00 €	./.
C3	G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Bauchwand, Leisten und Schenkelhernien	0,00 €	./.
C4	H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	0,00 €	./.
C5	H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,00 €	./.
C6	G26Z	Andere Eingriffe am Anus	0,00 €	./.
C7	G18B	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm oder andere Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Proz., außer bei bösart. Neubildung, Alter < 3 J., ohne Eingr. bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 J., ohne Lebermetastasen Chirurgie, ohne kompl. Diagn.	0,00 €	./.
GC1	F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	160,00 €	Strümpfe
GC2	F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC	160,00 €	Strümpfe
GC3	F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC	80,00 €	Strümpfe