

Vertrag

zwischen

der

1. **SozialStiftung Bamberg**
Buger Straße 80
96049 Bamberg

- im folgenden Krankenhaus -

2. **Ärztebund Franken**
Pickelstr. 9
96114 Hirschaid

- im folgenden Ärztebund -

und der

3. **Bosch BKK**
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

- im folgenden BKK -

- 1., 2. und 3. im folgenden zusammen Vertragspartner -

sowie

4. **teilnehmenden Leistungserbringern**

zur Durchführung einer besonderen integrierten stationären und ambulanten Versorgung bei **Patienten mit der Notwendigkeit der speziellen Klärung von Krankheitsbildern** auf der Grundlage eines Vertrages nach den §§ 140 a ff. SGB V in der Versorgungsregion Bamberg.

Präambel

Die BKK hat mit dem Bayerischen Hausärzteverband einen Vertrag zur hausärztlichen Versorgung (HZV-Vertrag) abgeschlossen, der u. a. eine höhere Vergütung für die intensivierete Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz, chronischer Niereninsuffizienz, Schlaganfall mit Folgeschäden, Demenz, hypertensive Nierenerkrankungen sowie Depression mit definierten und gesicherten Diagnosen vorsieht. Vereinbart ist auch die Zusammenarbeit mit der BKK im Rahmen der Patientenbegleitung durch insoweit qualifizierte Mitarbeiter.

Die nachfolgenden Bestimmungen schaffen hierzu auf der Grundlage der §§ 140 a ff. SGB V bei bestimmten Patientengruppen eine auf die Versorgungsregion Bamberg abgestimmte ergänzende integrierte ambulante sowie stationäre und rehabilitative Versorgung. Im Wesentlichen geht es um Fälle, die aus der Sicht des Hausarztes klärungsbedürftig sind, weil die durchgeführte Diagnostik und Therapie keinen nachhaltigen Erfolg erzielt hat. Ärztliche Spezialisten der Region, die im Vertrag als fachliche Koordinatoren bezeichnet werden, beurteilen die Fälle und steuern sie anschließend wieder in die ambulante Versorgung ein. Die Wirtschaftlichkeit der Vorgehensweisen wird insbesondere durch die Vermeidung von Wiedererkrankungen und Chronifizierungen sowie Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sichergestellt. Stationäre Aufenthalte in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen werden von den Vertragspartnern gesteuert.

Für die Vermittlung des Angebots gegenüber den Patienten sind grundsätzlich die Hausärzte zuständig. Patientenbegleiter der BKK können das Angebot nutzen, wenn trotz Arztanfragen und sonstiger Bemühungen um die Klärung der Situation des Patienten aus ihrer Sicht keine Besserung des Krankheitsbildes feststellbar ist.

§ 1 Einstellung und Versorgungsauftrag

- (1) Teilnehmende Haus- und Fachärzte empfehlen als Initiatoren ihren Patienten mit entsprechendem Klärungsbedarf die besondere Versorgung. Mit Zustimmung des Patienten stellt der Initiator eine qualifizierte Anfrage an die Patientenbegleiter der BKK (vgl. Anlage 1). Die Dokumentation der Zustimmung des Patienten erfolgt mit entsprechenden Erläuterungen auf der Rückseite des Formulars (vgl. Anlage 2).
- (2) Wenn die von der BKK zu benennenden Patientenbegleiter nach Beurteilung der vorliegenden Daten (ggf. auch Einschaltung des Medizinischen Dienstes) zu dem Schluss kommen, dass die besondere Versorgung angezeigt ist, leiten sie die qualifizierte Anfrage des Initiators an einen fachlichen Koordinator (vgl. § 4) weiter. Die Patientenbegleiter können auch selbst ohne ärztlichen Initiator qualifizierte Anfragen an die fachlichen Koordinatoren richten. Auch diese Anfragen bedürfen der Zustimmung des Patienten. Ferner hat der Arzt oder Psychotherapeut zuzustimmen, der den Patienten zuletzt betreut hat. Das Formular der qualifizierten Anfrage (vgl. Anlage 2) dient auch in diesen Fällen der entsprechenden Dokumentation.
- (3) Entscheidet der fachliche Koordinator nach eingehender Anamnese und ergänzenden Diagnostik, dass die besondere Versorgung angezeigt ist, so erteilt er nach Einwilligung des Patienten die Versorgungsaufträge. Die Dokumentation der Zustimmung des Patienten erfolgt auf dem Formular (vgl. Anlage 3). Die Versorgungsaufträge richten sich neben dem Krankenhaus grundsätzlich an alle in der Versorgungsregion zugelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten. Eine gegen die besondere Versorgung getroffene Entscheidung ist dem Patienten, dem Initiator und dem Patientenbegleiter der BKK gegenüber zu begründen.

- (4) Inhalt der Versorgungsaufträge ist, zur Behandlung von Patienten mit dann definierter Problematik eine intensivierete Betreuung und Behandlung durchzuführen. Es können sowohl der Haus- wie auch verschiedene Fachärzte und Psychotherapeuten beteiligt werden. Stationäre Aufenthalte in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen werden vom fachlichen Koordinator vermittelt.

§ 2 Teilnahmebedingungen für Leistungserbringer

- (1) Die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie erklären ihre Teilnahme schriftlich (vgl. Anlage 4) oder mit gesonderter Vereinbarung gegenüber der BKK. Teilnahmevoraussetzung ist die Zulassung zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist für die Leistungserbringer darüber hinaus die Erfüllung von Qualitätsstandards erforderlich, die sich aus den aktuellen medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie in den jeweiligen Fällen und den Versorgungsaufträgen ergeben. Diese Teilnahmevoraussetzungen werden den am Beitritt zum Vertrag interessierten Leistungserbringern vorab mitgeteilt.
- (3) Die Vertragspartner überprüfen in der Lenkungsgruppe, ob für die besondere Versorgung die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen und teilen das Ergebnis dem Leistungserbringer mit. Mit der Bestätigung der Teilnahme erhält der Leistungserbringer alle für die Durchführung des Vertrages erforderlichen Informationen und Unterlagen. Die Berechtigung zur Teilnahme am Vertrag kann befristet werden. Eine Verlängerung der Befristung ist möglich.
- (4) Die Teilnahme eines Leistungserbringers endet in jedem Fall, wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr vorliegen oder die Teilnahme gekündigt wird. Eine Kündigung ist zum Ende des folgenden Quartals möglich.
- (5) Die BKK führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Leistungserbringer und stellt dies den Vertragspartnern quartalsweise zur Verfügung. Die BKK kann das Verzeichnis (z. B. in ihrem Internetauftritt) veröffentlichen.

§ 3 Teilnahmebedingungen für Versicherte

- (1) An der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag können grundsätzlich alle Versicherten der BKK teilnehmen. Sie können ihr Interesse an einer freiwilligen Teilnahme gegenüber ihrem Hausarzt, einem Facharzt, ihrem Psychotherapeuten oder einem Patientenbegleiter der BKK erklären.
- (2) Der Versicherte ist aufzufordern, das Angebot der besonderen Versorgung mit allen behandelnden Ärzten sowie Psychotherapeuten abzustimmen und sie über den Verlauf der Behandlung und Betreuung zu informieren.
- (3) Einen Anspruch auf haus- und fachärztliche Versorgung sowie stationäre und rehabilitative Leistungen nach diesem Vertrag haben nur Versicherte, für die ein entsprechender Versorgungsauftrag erteilt ist.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Sie endet in der Regel nach zwei Quartalen, spätestens jedoch in dem Quartal, in dem eine Stabilisierung des Patienten erreicht ist und er wieder im Rahmen der Regelversorgung betreut werden kann.

§ 4 Bestellung fachlicher Koordinatoren

- (1) In der Versorgungsregion werden durch eine Lenkungsgruppe (vgl. § 9) für jedes vereinbarte Krankheitsbild fachliche Koordinatoren bestellt. Die Lenkungsgruppe hat sicherzustellen, dass möglichst über die gesamte Vertragslaufzeit die Stellen der fachlichen Koordinatoren besetzt sind.
- (2) Die fachlichen Koordinatoren haben innerhalb einer Frist von einer Woche nach Auftragseingang einen Termin für die Begutachtung des Patienten zu vergeben. Der Termin hat innerhalb einer Frist von zwei weiteren Wochen zu liegen. Der Patient ist zum Termin schriftlich einzubestellen und dabei aufzufordern, alle ihm vorliegenden Befunde mitzubringen bzw. bei den behandelnden Ärzten zu beschaffen oder an den fachlichen Koordinator übermitteln zu lassen (vgl. Anlage 5).
- (3) Die Information der nach der Begutachtung des Patienten eingeschalteten Behandler erfolgt grundsätzlich mit dem Formular der Erteilung des Versorgungsauftrags (vgl. Anlage 3). Es können für die Information auch Beiblätter verwendet werden. Der Hausarzt ist grundsätzlich zu informieren. Der erste Termin ist beim nachfolgenden Behandler durch den fachlichen Koordinator zu vermitteln.
- (4) Der fachliche Koordinator übermittelt die Teilnahmeerklärung des Versicherten oder die Entscheidung über die Ablehnung der besonderen Versorgung an den Patientenbegleiter der BKK unverzüglich per Fax.

§ 5 Einbindung der Patientenbegleiter der BKK

Die den teilnehmenden Leistungserbringern benannten Patientenbegleiter der BKK sind in allen Fällen der besonderen Versorgung an der Betreuung der Patienten spätestens vom Zeitpunkt der Einschreibung an zu beteiligen.

§ 6 Aufgaben der Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich zur
- leitlinienorientierten Behandlung,
 - Abfassung von Abschlussberichten (vgl. Anlage 6 und 7),
 - Einhaltung der Dokumentationsverpflichtungen nach § 12,
 - Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildung nach § 12,
 - jährliche Durchsprache der Erfahrungen nach diesem Vertrag in einem auf Einladung der BKK durchzuführenden Treffen der fachlichen Koordinatoren unter Beteiligung von Vertretern der sonstigen Vertragspartner.

(2) Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich ferner

- die besondere Versorgung innerhalb einer Frist von einer Woche nach Auftragseingang zu beginnen und danach ggf. erforderliche Termine kurzfristig zu ermöglichen,
- nur an Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zu überweisen, die an diesem Vertrag teilnehmen oder insoweit gesondert vertraglich gebunden sind,
- nur Einrichtungen der stationären und ambulanten Rehabilitation zu nutzen, die ihnen als vertraglich gebundene Vertragspartner von der BKK benannt sind.

§ 7 Aufgaben des Krankenhauses

Die Aufgaben des Krankenhauses ergeben sich grundsätzlich aus den Versorgungsaufträgen. Zum Entlassungstag sind jedoch in allen Fällen, dies sich für die Patientenbegleitung eignen, durch die Pflege- und Sozialdienste sowie behandelnden Ärzte die im Überleitungsbogen (vgl. Anlage 8) nachgefragten Daten zu erfassen. Die Zustimmung des Patienten zur Durchführung der Patientenbegleitung holt grundsätzlich der Pflege- oder Sozialdienst ein (vgl. Anlage 9). Der Überleitungsbogen ist gegebenenfalls dem fachlichen Koordinator, einweisenden Arzt und der BKK per Fax zu übermitteln. Die Versicherten sollen mit einem Arztbrief entlassen werden, der bei den Medikamenten eine Substitution durch den behandelnden Haus- oder Facharzt ermöglicht. In Fällen poststationärer ambulanter Versorgung muss die häusliche Versorgungssituation derart geklärt sein, dass sie in ihrer ordnungsgemäßen Durchführung nicht gefährdet ist.

§ 8 Regelmäßige Zusammenkünfte

Die Vertragspartner und teilnehmenden Leistungserbringer führen ein- bis zweimal jährlich eine Versammlung durch, in der Fragen der Zusammenarbeit besprochen werden. Zu der Versammlung lädt die BKK ein. Einladung und Termin sind mit den sonstigen Vertragspartnern abzustimmen. Die Einladungsfrist beträgt zumindest vier Wochen. Ziel der Versammlung ist insbesondere, die Versorgung durch stetige Verbesserung der Abläufe sowie der Einbeziehung weiterer Leistungserbringer zu optimieren. Ferner sind Fragen zur Erzielung von Einsparungen zu erörtern.

§ 9 Lenkungsgruppe

Es wird eine Lenkungsgruppe bestehend aus jeweils zwei Vertretern der Vertragspartner eingerichtet. Mit Mehrheitsbeschluss können weitere Teilnehmer zu Besprechungen hinzugezogen werden. Die Beschlüsse sind einstimmig zu fassen. Sie entfalten unmittelbare Wirkung auf alle Vertragspartner und die teilnehmenden Leistungserbringer.

§ 10 Vergütung

(1) Die Vergütung der teilnehmenden Leistungserbringer erfolgt über Betreuungspauschalen oder Einzelleistungsvergütungen (vgl. Anlage 10).

- (2) Die Betreuungspauschalen gelten den gesamten Aufwand im Zusammenhang mit den Regelungen dieses Vertrages ab.
- (3) Für die Teilnahme an Sitzungen der Lenkungsgruppe erhalten die Haus- und Fachärzte ein Sitzungsgeld je angefangene Stunde von 60 Euro.

§ 11 Abrechnung

Die Abrechnung der Ärzte und Psychotherapeuten nach diesem Vertrag erfolgt über einen vom Ärztebund zu benennenden Dienstleister. Ärztebund und BKK schließen die hierzu notwendigen Vereinbarungen mit dem Dienstleister ab. Das Krankenhaus rechnet direkt mit der BKK ab. Die Teilnahme der Haus- und Fachärzte an der Lenkungsgruppe wird direkt durch die BKK vergütet.

§ 12 Qualitätssicherung und Evaluation

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, den mit der besonderen Versorgung verbundenen zusätzlichen Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten. Daher werden Ergebnisse der Diagnostik, des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse im Rahmen des praxisüblichen Dokumentationssystems (Patientenakten) dokumentiert. Im Falle von Überweisungen werden die üblichen Arztbriefe und Befundberichte angefertigt und weitergeleitet.
- (2) Die für eine Evaluation der Maßnahme erforderlichen Daten werden im Zuge der Abrechnung erhoben. Die BKK wertet diese Daten aus und erstellt daraus einen jährlichen Qualitätsbericht, der den sonstigen Vertragspartnern und allen teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt wird. Die Ausgestaltung des Qualitätsberichts wird in der Lenkungsgruppe vereinbart.
- (3) Die BKK hat die Möglichkeit, zur Qualitätssicherung der besonderen Versorgungsform ihre teilnehmenden Versicherten zu befragen. Die Befragungsinstrumente sind in der Lenkungsgruppe abzustimmen. Die Befragungsergebnisse werden den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 13 Datenschutz

Die Vertragspartner und die teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) zu beachten und insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu nutzen.

§ 14 Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diesen Vertrag sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern zulässig. Das Recht der Versicherten auf umfassende Information über die besondere Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards bleiben davon unberührt.

- (2) Die BKK informiert die in Frage kommenden Leistungserbringer mit geeigneten Mitteln über den Vertrag. Die interessierten Ärzte und Therapeuten sowie betriebsärztlichen Dienste im Geltungsbereich dieses Vertrages werden zu einer gemeinsamen Einführungsveranstaltung von den Vertragspartnern gemeinsam eingeladen.

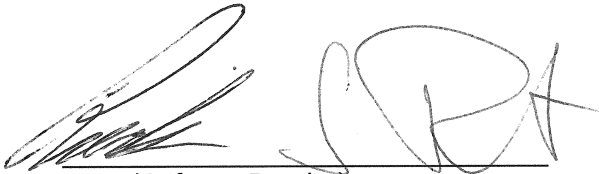
§ 15 Inkrafttreten, Kündigung und Schriftform

Der Vertrag tritt am 01.10.2011 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bei Wegfall der gesetzlichen Grundlage endet er zum Ende des laufenden Quartals. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

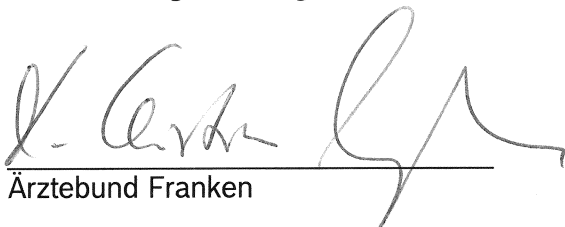
§ 16 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der Vorschriften des SGB V am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der Vorgaben des SGB V zu ergänzen.

Bamberg , den 07.09.2011



SozialStiftung Bamberg



Ärztebund Franken



Bosch BKK

Übersicht der Anlagen

Anlage 1	Qualifizierte Anfrage
Anlage 2	Zustimmung Patient zu Vorstellung beim Koordinator
Anlage 3	Zustimmung Patient zu Versorgungsaufträgen des Koordinators
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Leistungserbringer
Anlage 5	Einladung Patient beim Koordinator
Anlage 6	Abschlussbericht Behandler an Koordinator
Anlage 7	Abschlussbericht Koordinator an Initiator
Anlage 8	Überleitungsbogen Krankenhaus
Anlage 9	Zustimmung Patient zu Patientenbegleitung
Anlage 10	Vergütung der Leistungserbringer

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Besondere Versorgung



Qualifizierte Anfrage durch Initiator

- Hausarzt
- Facharzt/Psychotherapeut
- BKK Patientenbegleitung

an den fachlichen Koordinator:

Hinweise Hausarzt/ Facharzt/Psychotherapeut:

Der/die Versicherte/r erfüllt nach meiner Auffassung die Voraussetzungen für die besondere Versorgung und hat der Teilnahme daran zugestimmt. Beschreibung des Falles (ggf. weiteres Blatt):

Hinweise BKK Patientenbegleitung. Folgende ergänzende Hinweise können wir Ihnen geben:

Berufsunfähigkeit vor Erkrankung

ja nein

Arbeitsunfähigkeitszeiten

ja nein

1. von _____ bis _____

2. von _____ bis _____

Diagnosen:

zu 1. _____

zu 2. _____

Behandelnde Ärzte der letzten 12 Monate:

Hausärzte:

Fachärzte:

Stationäre Behandlung wegen folgender Diagnosen:

Stat. Einrichtung: _____

von _____ bis _____

Rehabilitation wegen folgender Diagnosen:

ja nein

Reha-Einrichtung: _____

von _____ bis _____

Diagnosen:

Bisherige Therapie(ansätze)/Intervention:

Medikation:



Stempel Initiator
Hausarzt/Facharzt/Psychotherapeut

Datum/Unterschrift Initiator



Stempel **BKK**

Datum/Unterschrift BKK

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Ich erkläre mein Interesse an der besonderen Versorgung mit der Koordination eines hierfür besonders ausgewählten Arztes (fachlichen Koordinators), der mir durch meinen Hausarzt, einen Facharzt oder die Bosch BKK ausdrücklich benannt worden ist. Der fachliche Koordinator lädt mich zu einem Termin für eine umfassende Diagnostik ein und schlägt mir danach eine Therapie vor.

Kündigung/Beendigung meiner Teilnahme

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung kann ich jederzeit gegenüber der Bosch BKK oder einem der behandelnden Ärzte widerrufen. Die Teilnahme endet in der Regel automatisch nach zwei Quartalen.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich stimme der Nutzung meiner Behandlungsdaten durch die mich behandelnden Ärzte und Kliniken sowie durch meine Krankenkasse zur Durchführung der besonderen Versorgung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen der §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13, 11 Abs. 4 SGB V zu. Ich bin damit einverstanden,

- dass die an dem Versorgungsmodell beteiligten Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser die bei ihnen erhobenen Daten mit dem Ziel meiner optimalen Behandlung austauschen können. Ich entbinde sie insoweit von der Schweigepflicht,
- dass meine Krankenkasse sowie die mit der Vertragsabwicklung beauftragte Abrechnungsstelle die zum Zwecke der Abrechnung und Evaluation erhobenen Daten verarbeiten und nutzen,
- dass die Daten für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung genutzt werden, ohne dass Rückschlüsse auf die einzelne Person möglich sind.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung kann ich jederzeit widerrufen. Mit dem Widerruf verbunden ist der Austritt aus dem Versorgungsmodell.

x

x

Patienten-Unterschrift

Unterschrift/Stempel Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Besondere Versorgung

Zustimmung zu Versorgungsaufträgen des fachlichen Koordinators

Der fachliche Koordinator _____ hat mich umfassend untersucht und schlägt mir folgende Therapie vor:

Mein Hausarzt und die von mir genannten beteiligten Fachärzte werden vom fachlichen Koordinator über die Diagnose und den Therapievorschlag informiert.

Ich bin mit dem Therapievorschlag einverstanden. Ich verpflichte mich, im Rahmen dieser Behandlung nur die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen und andere ärztliche oder therapeutische Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Diese Verpflichtung gilt für zwei Quartale.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Ich stimme der Nutzung meiner Behandlungsdaten durch die mich behandelnden Ärzte und Kliniken sowie durch meine Krankenkasse zur Durchführung der besonderen Versorgung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen der §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13, 11 Abs. 4 SGB V zu. Ich bin damit einverstanden,

- dass die an dem Versorgungsmodell beteiligten Ärzte, Therapeuten und Krankenhäuser die bei ihnen erhobenen Daten mit dem Ziel meiner optimalen Behandlung austauschen können. Ich entbinde sie insoweit von der Schweigepflicht,
- dass meine Krankenkasse sowie die mit der Vertragsabwicklung beauftragte Abrechnungsstelle die zum Zwecke der Abrechnung und Evaluation erhobenen Daten verarbeiten und nutzen,
- dass die Daten für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung genutzt werden, ohne dass Rückschlüsse auf die einzelne Person möglich sind.

Die Einwilligung zur Datenübermittlung kann ich jederzeit widerrufen. Mit dem Widerruf verbunden ist der Austritt aus dem Versorgungsmodell.

x

Patienten-Unterschrift

x

Unterschrift/Stempel Arzt

Hinweise des fachlichen Koordinators:

- besondere Versorgung eingeleitet
 besondere Versorgung abgelehnt

Begründung (ggf. Rückseite):

Diagnose (exakte, gesicherte ICD 10 Codierung):

Vorschlag zum Procedere (ggf. weiteres Blatt):

Teilnahmeerklärung Leistungserbringer für Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer

zum Vertrag zur Durchführung der Patientenbegleitung im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff. SGB V in den Schwerpunktregionen der BKK in der Region Bamberg

Über die nach dem Vertrag vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieleitlinien und -ziele habe ich mich umfassend informiert.

Ich erkläre meine Teilnahme an diesem Vertrag zur integrierten Versorgung. Ich verpflichte mich zur Einhaltung der für mich gültigen Regelungen, insbesondere bezüglich der medizinischen Inhalte und zur Qualitätssicherung.

Ich verpflichte mich, die Patienten vor Beginn der Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung über die Vertragsinhalte sowie über die für vertragliche Zwecke beabsichtigte Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten und die Zustimmung vom Patienten einzuholen.

Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Adresse in einem gesonderten Verzeichnis zur Weitergabe an alle am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer und der Bosch BKK sowie an die teilnehmenden Versicherten einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag mit der Beendigung meiner Zulassung zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung endet und dass ich bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen vom Vertrag ausgeschlossen werden kann.

Ich möchte

- als Hausarzt
- als Facharzt für _____
- als Psychotherapeut
- als _____

am Vertrag teilnehmen.

Titel, Vorname, Name

Anschrift der Praxis

E-Mail-Adresse der Praxis



Stempel

LANR

Datum

Unterschrift

Besondere Versorgung

Einladung zum Arztgespräch beim fachlichen Koordinator

Anschrift Versicherte/r

Sehr geehrte/r _____

Sie haben einer Begutachtung durch mich zugestimmt, um gemeinsam mit mir entscheiden zu können, ob Sie die von Ihrer Krankenkasse angebotene Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung durchführen wollen. Kommen wir gemeinsam zu dieser Entscheidung, müssen Sie sich schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse verpflichten, nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche oder therapeutische Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Diese Verpflichtung gilt in der Regel bis zum Ende des Quartals, in dem eine Stabilisierung Ihres Zustands erreicht ist und Sie wieder im Rahmen der Regelversorgung betreut werden können. Ohne diese Zustimmung ist die gesetzlich vorgeschriebene Einschreibung in das Programm durch mich nicht möglich.

Als Termin für die Begutachtung lade ich Sie am

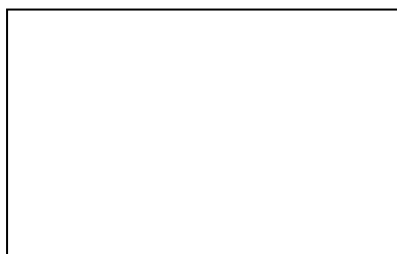
Wochentag, Datum, Uhrzeit

ein. Bitte setzen Sie sich mit mir unter der Tel.-Nr. _____ in Verbindung, falls Ihnen die Wahrnehmung des Termins nicht möglich ist.

Bitte bringen Sie zum Termin alle Ihnen vorliegenden Befunde und verordneten Medikamente mit.

Ich freue mich darauf, Sie kennenzulernen. Bitte melden Sie sich ca. 15 Minuten vor dem vereinbarten Termin in meiner Praxis/unsere Klinik, um die Termingenaugigkeit für alle Patienten zu gewährleisten.

Mit freundlichen Grüßen



Datum/Unterschrift fachlicher Koordinator

Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Besondere Versorgung

Abschlussbericht vom Behandler an den fachlichen Koordinator

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,
fachlicher Koordinator/in

der/die o. g. Patient/in befand sich im Rahmen der integrierten Versorgung vom _____
 bis _____ in meiner Behandlung.

Diagnose(n): _____ von mir vorgenommene ICD10-Codierung:

Epikrise und Zielerreichung der Behandlung/Betreuung:

Sind weitere Behandlungs-/Betreuungsmaßnahmen erforderlich? ja nein
 ggf. empfohlene Maßnahmen bei weiterhin erforderlicher Behandlung/Betreuung:

Wurden bereits entsprechende Maßnahmen eingeleitet/vereinbart? ja nein
 ggf. welche Schritte wurden bereits eingeleitet?

Verordnung/Änderung der Medikation:

Mit freundlichen Grüßen



 Datum Unterschrift

Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Besondere Versorgung

Abschlussbericht fachlicher Koordinator an

Initiator (Hausarzt, Facharzt, Patientenbegleiter der Bosch BKK) und behandelnde Fachärzte

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____,
Name Hausarzt/Facharzt/Betriebsarzt/Patientenbegleiter der Bosch BKK

der/die o. g. Patient/in befand sich im Rahmen der integrierten Versorgung vom _____
 bis _____ in meiner fachkoordinatorischen Betreuung.

Diagnose(n):

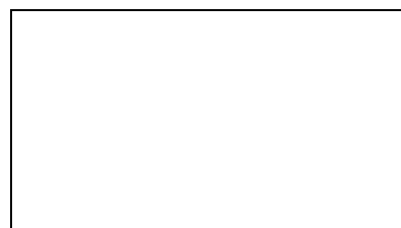
Epikrise und Zielerreichung der Behandlung/Betreuung:

Sind weitere Behandlungs-/Betreuungsmaßnahmen erforderlich? ja nein
 ggf. empfohlene Maßnahmen bei weiterhin erforderlicher Behandlung/Betreuung:

Wurden bereits entsprechende Maßnahmen eingeleitet/vereinbart? ja nein
 ggf. welche Schritte wurden bereits eingeleitet?

Verordnung/Änderung der Medikation:

Mit freundlichen Grüßen



 Datum Unterschrift fachlicher Koordinator/in

Stempel

Stammdaten		Aktuelle pflegebezogene Informationen / Einschätzung des Hilfebedarfs / Pflegebedarf		Anlage 8
abgebende Einrichtung:		aufnehmende Einrichtung:		Orientierung: zeitlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein örtlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein zur Person: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein situativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein kooperativ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös Weglauftendenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein freiheitsentziehende Maßnahmen: <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> kontinuierlich
Ansprechpartner: Tel.		Patienten-/Bewohner-Daten:		
Name:		Hausarzt:		
Vorname: geboren am:		Name:		
Straße:		Straße:		
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:		
Tel.:		Tel.:		
Aufnahmetag:		Entlassungstag:		
Verlegung nach: <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Zentrum <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen		Stimmungslage: <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> gehoben <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> introvertiert <input type="checkbox"/> suizidgefährdet		
Einweisung ins Krankenhaus wegen:		Motivation: <input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative <input type="checkbox"/> auf Aufforderung <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> ablehnend <input type="checkbox"/> abwehrend		
Krankenkasse: weitere Kostenträger: <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Beihilfe Pflegestufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall beantragt am: Aufnahmeantrag für Pflegeheim gestellt am: Einrichtung:		Schmerzsituation: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> Lokalisation: <input type="checkbox"/> Schmerzbedarfsmedikation:		
Sozialsituation: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Angehörigen: <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen Hausnotruf bei: <input type="checkbox"/> benachrichtigt am: Essen auf Rädern bei: <input type="checkbox"/> bestellt am: <input type="checkbox"/> Häufigkeit: Versorgung notwendig: <input type="checkbox"/> Haushalt <input type="checkbox"/> Haustiere <input type="checkbox"/> Sonstiges: Haustürschlüssel hinterlegt bei: <input type="checkbox"/> Tel.: <input type="checkbox"/> Adresse: Wertsachen/Ausweise: <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis		Schlafsituation: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Einschlafstörung <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> gestörter Tag-Nacht-Rhythmus <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> Schlafmittelbedarfsmedikation:		
Bezugsperson: <input type="checkbox"/> Tel.: <input type="checkbox"/> Adresse:		Atmung: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Beschwerden bei: <input type="checkbox"/> Maßnahmen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe: /min. <input type="checkbox"/> kontinuierlich <input type="checkbox"/> intermittierend <input type="checkbox"/> b.Bed.		
Gesetzlicher Betreuer : <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter Adresse: Tel.: <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Richterliche Anordnung über freiheitsentziehende Maßnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vorsorgende Verfügung vorhanden, welche?		Besonderheiten: <input type="checkbox"/> allergisches Asthma <input type="checkbox"/> Allergien: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> orale Antidiabetika <input type="checkbox"/> Insulin: <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Abusus: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Venöser Zugang <input type="checkbox"/> seit: letzter VW: <input type="checkbox"/> Injektionen:		
Bitte keine Auskünfte an:				
Biographie: <input type="checkbox"/> Beruf: <input type="checkbox"/> bes. Interessen: <input type="checkbox"/> Religion: <input type="checkbox"/> Wünsche, Vorlieben: <input type="checkbox"/> Abneigungen: <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> bes. biographische Ereignisse:				

Blatt 2 für Herr/Frau

Legende: S=selbständig B=Beaufsichtigung A=Anleitung U=Unterstützung
 (vgl. Begutachtungsrichtlinien, 5.II) tÜ=teilweise Übernahme vÜ=vollständige Übernahme

Mobilität:

selbständig bettlägerig sturzgefährdet

Formen der Hilfeleistungen: S B A U tÜ vÜ

Lagewechsel im Bett

Sitzen

Transfer Bett - Stuhl

Transfer Bett - Waschbecken

Stehen

Gehen

Treppen steigen

Umgang mit Hilfsmitteln:

Rollstuhl vorhanden ja nein

Rollator vorhanden ja nein

Gehstöcke vorhanden ja nein

Körperpflege: selbständig

Formen der Hilfeleistungen: S B A U tÜ vÜ

Waschen der oberen Körperhälfte

Waschen der unteren Körperhälfte

Mundpflege

Zahnprothese: unten oben vorhanden ja nein

Haarpflege

Rasur

Baden/Duschen

Ankleiden

Hilfe bei:

Ernährung:

Formen der Hilfeleistungen: S B A U tÜ vÜ

Essen

Trinken

Schluckstörungen Flüssigkeit andicken Ernährungssonde: seit:

Kostform: Ernährungsplan- besonders in Anlage beschrieben/beigefügt

max. Trinkmenge: Größe: cm Gewicht: kg

Hautzustand:

intakt exsikkiert Allergie: Hautveränderung:

MRSA: letzter Abstrich am:

Dekubitus/Defekte/Wunden Dokumentation - besonders in Anlage beschrieben / beigefügt

Pflegehinweise / bes. Materialien:

Ausscheidungen:

Formen der Hilfeleistungen: S B A U tÜ vÜ

Stuhlgang:

normal inkontinent zeitweise inkontinent Obstipation Diarrhöe

Maßnahmen: regelmäßig b.Bedarf

Stoma: Dokumentation - besonders in Anlage beschrieben/beigefügt

letzter Stuhlgang am:

Urin: S B A U tÜ vÜ

normal inkontinent zeitweise inkontinent

Blasenkatheter transurethral suprapubisch letzter Wechsel:

Uro-Stoma: Dokumentation - besonders in Anlage beschrieben/beigefügt

Hilfsmittel:

Inkontinenzeinlage Inkontinenzslip Kondomurinal Urinflasche

Steckbecken Toilettenstuhl Sonstiges:

Medikamente:

Einnahme: selbständig benötigt Hilfe beim Einnehmen

benötigt Hilfe beim Richten Medikamente müssen von Anderen gerichtet werden

Medikamente mitgegeben für Tage Medikation siehe Arztbrief

Präparat/Dosierung:	morgens	mittags	abends	zur Nacht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Therapien:

Physiotherapie Logopädie Ergotherapie

folgende Hilfsmittel sind bestellt bei (Telefon)

Datum: **Unterschrift der Pflegekraft:** **Telefon:**

für Heimanmeldung und / oder Pflegeeinstufung

Datum: **Unterschrift des Sozialdienstes:** **Telefon:**

Nach § 36 Abs.4 IfSG bestehen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose.

(pflegebegründende) Diagnosen:

Datum: **Unterschrift des Arztes:** **Telefon:**



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Ich erkläre, an der **Patientenbegleitung** teilnehmen zu wollen. Über deren Inhalt und Teilnahmebedingungen hat mich ein Mitarbeiter des Krankenhauses informiert. Ich stimme der Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Auswertung im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung zu. Diese Erklärung kann ich mit sofortiger Wirkung gegenüber jedem Mitarbeiter des Krankenhauses oder der Bosch BKK widerrufen. Eine Form ist hierfür nicht vorgeschrieben.

x

x

Patienten-Unterschrift

Unterschrift /Stempel Krankenhaus

Honorare

	Leistung und Legende	Honorar
Ziffer 1	<p>Einstellungspauschale (Haus- oder Facharzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> Information des für die Integrationsversorgung nach diesem Vertrag in Frage kommenden Patienten über das Versorgungsmodell. Aufklärung zum Datenschutz. Entgegennahme der <u>Zustimmung des Patienten zur Vorstellung beim fachlichen Koordinator</u> (Anlage 2). Information der Patientenbegleitung der BKK. 	<p>20 Euro einmalig je Fall</p> <p>add on Vergütung</p>
Ziffer 2	<p>Besondere Betreuung (Haus- und Facharzt)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nur für Behandlungen mit Versorgungsauftrag des fachlichen Koordinators. <u>Der Hausarzt ist i.d.R. in die Betreuung zu integrieren.</u> Erhöhter Behandlungsaufwand für chronisch bzw. schwer Kranke. Befundaustausch mit dem fachlichen Koordinator. Kommunikation mit der Patientenbegleitung der BKK. Erläuterung der Therapieoptionen mit dem Patienten einschl. Absprache der Therapie, ggf. mit Angehörigen. Erörterung der Auswirkungen von Diagnose und Therapie auf die Lebensgewohnheiten. Einbindung des Patientenbegleiters der BKK in die Abläufe. 	<p>35 Euro pro Quartal</p> <p>add on Vergütung</p>
Ziffer 3	<p>Erstanamnese und Diagnose (nur fachlicher Koordinator)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sichtung und Bewertung Vorbefunde. Gründliche Anamnese und Diagnostik. Entscheidung über die Behandlung des Patienten in der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag. Entgegennahme der <u>Zustimmung des Patienten zu den Versorgungsaufträgen</u> (Anlage 3). Erteilung der Versorgungsaufträge an die in den Vertrag eingeschriebenen Leistungserbringer. 	<p>100 Euro einmalig je Fall* für die ärztliche Leistung (ohne technische Leistungen und Labor)</p>
Ziffer 4	<p>Koordination der Leistungen der eingeschriebenen Leistungserbringer (nur fachlicher Koordinator)</p> <ul style="list-style-type: none"> Laufender Befundaustausch mit den Leistungserbringern, die den Patienten mit Versorgungsauftrag des Koordinators behandeln. Bei Bedarf Veranlassen weiterer bzw. anderer Leistungen nach diesem Vertrag. Bei Bedarf Initiierung und Organisation von Fallkonferenzen. Entscheidung über die Rückführung in die Regelversorgung, wenn diese ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Einbindung des Patientenbegleiters der BKK in die Abläufe. 	<p>50 Euro einmalig je Fall* für die ärztliche Leistung (ohne technische Leistungen und Labor)</p>

Ziffer 5	Konsil (nur für <u>weiteren hinzugezogenen</u> fachlichen Koordinator) <ul style="list-style-type: none"> • Wenn der fachliche Koordinator zur diagnostischen Abklärung des Falls einen weiteren fachlichen Koordinator hinzuzieht, kann dieser die Ziffer 5 abrechnen. 	50 Euro einmalig je Fall* für die ärztliche Leistung (ohne technische Leistungen und Labor)
Ziffer 6	Überleitungsbogen bei Krankenhausentlassung Für jeden ordnungsgemäß übermittelten Überleitungsbogen.	25,00 Euro pro Bogen
Ziffer 7	Übermittlung Teilnahmeerklärung In Fällen, die sich für die Patientenbegleitung eignen, für jede eingeholte und der BKK übermittelte Teilnahmeerklärung (Anlage 9).	15,00 Euro pro Teilnahmeerklärung
per Rechnung	Technische diagnostische Leistungen und Laborleistungen	gem. GOÄ Steigerungsfaktor 1,0

* Ein Fall dauert gem. § 3 Abs. 4 in der Regel 2 Quartale.