

**Kooperationsvertrag
nach § 119b Abs. 1 SGB V**

**entsprechend der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur
Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und
pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen
(Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)**

zwischen

der Pflegeeinrichtung

und

dem Vertragsarzt :

mit Praxissitz:

LANR:

Stempel Praxis

Stempel
Pflegeeinrichtung

§ 1 Gegenstand des Kooperationsvertrages

1. Die Vertragspartner schließen diesen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V, um den Patienten in der Pflegeeinrichtung eine koordinierte und strukturierte Versorgung anzubieten.
2. Der Rahmen, der durch die grundlegenden Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Pflegeeinrichtung in der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) gesetzt wird, wird durch diesen Kooperationsvertrag ausgestaltet.
3. Demzufolge ist zwingend zu vereinbaren, dass die allgemeinen Mindeststandards der pflegerischen Versorgung in der Pflegeeinrichtung gewährleistet sind. Insbesondere gehören hierzu die Erfüllung der in den Pflegesätzen nach § 84 SGB XI vereinbarten personellen Ausstattungen sowie die Qualitätssicherung und –entwicklung nach § 112 und § 113 SGB XI.
4. Dieser Kooperationsvertrag ist die Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 37 EBM durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte gegenüber der KV Hamburg.
5. Durch eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen insbesondere:
 - die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes vermieden,
 - vermeidbare Krankenhausaufenthalte einschließlich Krankentransporte reduziert,
 - eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie einschließlich der Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen koordiniert sowie
 - eine indikationsgerechte Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie Wegfall unnötiger Doppeluntersuchungen gefördert werden.
6. Die Vertragspartner arbeiten eng, kooperativ und vertrauensvoll zusammen. Dies umfasst den Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch. Der Abschluss des Kooperationsvertrages ist für den Arzt und die stationäre Pflegeeinrichtung freiwillig. Das Recht auf freie Arztwahl der Patienten in der stationären Pflegeeinrichtung bleibt unberührt.

Besonderheiten für Hausärzte

§ 2 Aufgaben Hausarzt

1. Der vertragschließende Hausarzt übernimmt die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses. Hierzu gehört die Veranlassung, Durchführung und / oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen unter Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen. Dies wird durch die nachfolgenden Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation gewährleistet. Die Sicherstellung der kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines fortlaufenden Informationsaustausches der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegefachkräfte ist dadurch ebenfalls geregelt.
2. Der Hausarzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten und Fallbesprechungen regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen, d.h.

i.d.R. finden die Visiten wie folgt statt:

i.d.R. finden die Fallbesprechungen wie folgt statt:

3. Der Hausarzt teilt der Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (z.B. wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt. Die Vertretung muss durch einen geeignete/n Ärztin/ Arzt gewährleistet sein.
4. Ist eine Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich, orientiert sich der Hausarzt am Patientenwohl und am Patientenwillen und berücksichtigt bei der Verordnung die bestehenden Versorgungsstrukturen. Er kommuniziert mit dem behandelnden Krankenhausarzt nach einer Krankenhauseinweisung und nach der Entlassung.
5. Der Hausarzt steht dem Versicherten und den Angehörigen bzw. Bezugspersonen als Ansprechpartner zur Verfügung.
6. Der Hausarzt koordiniert bedarfsgerecht in Zusammenarbeit mit der stationären Pflegeeinrichtung patientenorientierte Fallbesprechungen und Konsile für die Patienten der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen sowie der Pflegekräfte (ggf. auch telefonisch).

7. Zur vereinfachten telefonischen Erreichbarkeit des Hausarztes erhält die Pflegeeinrichtung eine Direktdurchwahl in die Praxis mit erhöhter Priorisierung sowie eine Mobilnummer des Vertragsarztes. Diese Direktdurchwahl der Praxis steht auch außerhalb der regulären telefonischen Sprechzeiten zur Verfügung.

8. Die regulären Sprechzeiten und telefonische Erreichbarkeit der Praxis sind Mo.-Fr. wie folgt geregelt:

ggf. Stempel mit Sprechzeiten

9. Der Hausarzt stellt die Erreichbarkeit entsprechend der aktuellen Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) über eine Notfallrufnummer bis 22 Uhr sowie an Wochenenden sicher.

10. Der Hausarzt und die Pflegeeinrichtung haben folgende Vereinbarung für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten, z.B. an Wochenenden und Feiertagen, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen:
 - An Wochenenden, Feiertagen und außerhalb der angegebenen Zeiten erfolgt die Versorgung über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst
 - Bei potentiell lebensbedrohlichen Notfällen ist zusätzlich auf die hinterlegte Direktdurchwahl der Praxis, oder auf die Handynummer des Hausarztes zurückzugreifen. (siehe Abs. 8 und 9)

11. Die Pflegeeinrichtung und der Hausarzt stellen sicher, dass ein aktualisierter Medikamentenplan und eine aktuelle Diagnosenliste vor Ort zu Verfügung stehen.

Besonderheiten für Fachärzte

§ 3 Aufgaben Facharzt

1. Der Facharzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten und Fallbesprechungen mit allen beteiligten Berufsgruppen (Hausarzt & Pflegekräfte) regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen, d.h.

i.d.R. finden die Visiten wie folgt statt:

i.d.R. finden die Fallbesprechungen wie folgt statt:

2. Die Sicherstellung einer bedarfsabhängigen Einbringung zusätzlicher schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Kompetenz ist gewährleistet.

3. Die schriftliche Information des Hausarztes bei Änderung des Befundes, der Diagnose oder der Therapie bzw. Behandlungsmaßnahme ist wie folgt sichergestellt:

§ 4 Regelungen über die Zusammenarbeit der kooperierenden Vertragsärzte mit der stationären Pflegeeinrichtung

1. Die stationäre Pflegeeinrichtung muss eine Pflegefachkraft als festen Ansprechpartner (z. B. Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung) sowie eine entsprechende Vertretung benennen (Auflistung mit Namen, Erreichbarkeit, Telefonnummer) und der Praxis Änderungen mitteilen.

Optionale Nennung

2. Beschreibung der der Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Pflegeheim / Hausarzt / Fachärzten / koordinierendem Vertragsarzt zur Sicherstellung eines zeitnahen Informationsaustausches
-
-
-

3. Zustimmung der kooperierenden Vertragsärzte auch außerhalb der vereinbarten Erreichbarkeit für nicht aufschiebbare Fälle, bis 22 Uhr durch eine Bereitschaftsnummer kontaktiert werden zu können. Diese Regelung gilt auch am Wochenende.

Hinweis: Für dringende Kontaktaufnahmen und zur Koordination der Versorgung auch außerhalb der Sprechstundenzeiten ist dem Pflegeheim gegenüber eine Bereitschaftsnummer zu kommunizieren. Die kooperierenden Vertragsärzte erklären sich damit einverstanden, dass das Hospital auch im Auftrag berechtigter Dritter (z.B. koordinierender Hausarzt oder kooperierende Fachärzte) von dieser Bereitschaftsnummer Gebrauch macht. Sollte eine Kontaktaufnahme zu den kooperierenden Vertragsärzten außerhalb der vereinbarten Erreichbarkeit für dringende Fälle nicht möglich sein, muss stattdessen der kassenärztliche Notdienst gerufen werden

4. Pflegefachkräfte nehmen bei Bedarf und mit Zustimmung des Versicherten an den Visiten sowie regelhaft interdisziplinären Fallbesprechungen teil.

5. Die Pflegeeinrichtung gewährleistet die Umsetzung geänderter Arzneimittelverordnungen, z.B. die Verabreichung von flüssigen und festen geteilten Darreichungsformen.

6. Die Pflegeeinrichtung unterstützt bedarfsorientiert den Vertragsarzt bei der Koordination und Durchführung von diagnostischen, medizinischen und therapeutischen Maßnahmen.

7. Die Rücksprache mit den beteiligten Haus- und Fachärzten vor Krankenhauseinweisung sowie ggf. im Falle der Nichterreichbarkeit ist wie folgt geregelt:

8. Bezüglich der Dokumentation der ärztlichen Leistungen, Befunderhebungen und Anweisungen haben der Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung folgendes als gemeinsame Dokumentationsform und -aufbewahrung mit Einsicht beider Vertragsparteien vereinbart:

9. Zur Wahrung der Intimsphäre und der Vertraulichkeit der Behandlung wurden folgende Vorkehrungen vereinbart:

§ 5 Datenschutz

1. Das Einverständnis der Vertragsärzte, dass sie mit der Übermittlung ihres Namens und ihrer LANR an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Informationspflicht der Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI einverstanden sind, liegt hiermit vor.
2. Für die Evaluation gelten die Bestimmungen nach § 119b Abs. 3 SGB V.
3. die Vertragspartner sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

§ 6 Schweigepflicht

1. Die Pflegeeinrichtung stellt sicher, dass zur Durchführung der hier getroffenen Vereinbarungen, insbesondere zur Dokumentation und zum Informationsaustausch, entsprechende schriftliche Erklärungen des Patienten oder seines Bevollmächtigten oder Betreuers zur Entbindung von der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.
2. Die Vertragspartner sind zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

§ 8 Inkrafttreten / Kündigung / Schlussbestimmungen

Diese Kooperationsvereinbarung nach § 119b Abs. 1 SGB V wird mit Wirkung zumgeschlossen. Diese kann von den Vertragspartnern mit einer Kündigungsfrist von 4 Wochen bis zum Ende eines Quartals schriftlich gekündigt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung ist über Vertragsänderungen und das Vertragsende schriftlich zu informieren.

Hinweis

Es handelt sich bei diesem Vertrag um ein Muster-Kooperationsvertrag, welcher die in der Anlage 27 BMV-Ä aufgeführten Punkte beinhaltet. Die KVH übernimmt durch die Bereitstellung keine Gewähr/Haftung.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum, Stempel

Ort, Datum, Stempel

Pflegeeinrichtung

Vertragsarzt