



**Vertrag über Integrierte Versorgung
nach §§ 140 a ff SGB V
in der ab dem 01.07.2008 gültigen Fassung**

zwischen

**BKK Landesverband Hessen
Stresemannallee 20
60591 Frankfurt**

- für die beigetretenen Betriebskrankenkassen -

und

**Medicalnetworks GmbH und CoKG
vertreten**

durch Geschäftsführerin Simone Schubert- Jaworski

**Spohrstr. 9
34117 Kassel**

Vormals Siebertweg 3e, Baunatal

-nachfolgend: Ärztenetzwerk-

Präambel

Das Ziel dieses integrierten Versorgungsvertrages ist es, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung von Versicherten der BKK in HESSEN durch eine problemorientierte, sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit in Form einer integrierten Versorgungskette zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen zu verbessern. Die qualitätsgesicherte, wirksame und individuell angepasste Versorgung, soll vor allem den Versicherten dienen und eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.

Die integrierte Versorgung will die bisherigen starren Grenzen zwischen den Versorgungsstrukturen flexibler gestalten und auf der Basis der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Versicherten eine versichertenorientierte humane Gesundheitsversorgung organisieren, die sich stärker auf die spezifischen Versorgungsbedürfnisse der Versicherten ausrichtet.

Die Vertragspartner möchten die neu geschaffenen Gestaltungsspielräume nutzen, um auf der Grundlage der §§ 140 a ff. SGB V eine abgestimmte, qualitätsgesicherte und effiziente orthopädisch operative Versorgung zum Wohle der Patienten zu etablieren. Diese Versorgungsform umfasst die üblichen ambulanten prä- und postoperativen Behandlungen und kurzstationären Behandlungen im Rahmen nach § 115b Sozialgesetzbuch V des ambulanten Operierens sowie eine qualitätsgesicherte Heilmittelerbringung oder stationäre Rehabilitation mit vielen Zusatzleistungen.

§ 1

Grundsätze und Ziele der Vereinbarung

1. Die an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, individuell angepassten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Versicherte kommen durch den Wegfall von gesetzlichen Zuzahlungen in den Genuss besonderer Zusatzleistungen.
Die beteiligten Leistungserbringer sorgen dafür, dass sie die organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Voraussetzungen für die hier vereinbarte Integrierte Versorgung erfüllen, und weiterhin, dass die medizinischen und medizintechnischen Voraussetzungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts entsprechen. Ein internes Qualitätsmanagement und die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 a SGB V sind verpflichtend.
2. Ziel der Vertragsparteien ist es, die Versorgung der Versicherten der BKK im Rahmen einer abgestimmten, qualitätsgesicherten und effizienten orthopädisch operativen Versorgung sowie der anschließenden medizinischen Rehabilitation weiterzuentwickeln und im Gesundheitssystem zu etablieren. Dabei soll eine flächendeckende Ausrichtung der Versorgungsangebote die Bedürfnisse und Besonderheiten der Versorgungsstrukturen in Hessen berücksichtigen und weiterentwickeln.

Ziel ist es dabei, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patientenversorgung zu verbessern und potentielle bzw. systembedingte Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen.

3. Dabei sollen folgende Versorgungsziele erreicht werden:
 - optimale ärztliche Betreuung mit dem Ziel schnellstmöglicher Genesung
 - Konzeption eines individuellen an die Patientenbedürfnisse angepassten Behandlungsplans
 - Einhaltung der stationären Qualitätsstandards bei ambulant durchgeführten Eingriffen ohne größeres Risiko für die Patienten während der prä-, peri- und postoperativen Behandlung
 - zeitnahe und intensive Nachsorge im ambulanten, ggf. im Rahmen der kurzstationären Leistungserbringung mit gesicherten Qualitätsanforderungen der Leistungserbringer
 - Vereinbarungen von individuellen Zielkriterien im Sinne der ICF - Kriterien für den Bereich der Rehabilitation zwischen dem Arzt und dem Patienten nach den jeweiligen Indikationen
 - Schnelle Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
 - Steigerung der Lebensqualität durch die Verbesserung der Mobilität
 - Erhaltung der freien Selbstbestimmung und Teilhabe der Patienten am Leben in der Gemeinschaft im Sinne des § 1 SGB IX
 - Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Bereich der Mobilität
4. Die Vertragspartner stellen eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Behandlung sicher. Die Behandlungspfade orientieren sich am gesetzlichen Leistungsumfang und der erforderlichen Qualität durch eine bestmögliche medizinische Umsetzung. Jeder Leistungserbringer ist verpflichtet, die nach diesem Vertrag notwendigen Dokumentationen umfassend, vollständig und zeitnah zu erstellen.

§ 2 Vertragsregion

1. Der Vertrag gilt für das Bundesland Hessen.
2. Ein Beitritt von Leistungserbringern zu diesem Vertrag aus anderen Bundesländern ist nur mit Zustimmung des BKK Landesverband Hessen möglich.

§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer

1. Medicalnetworks GmbH und CoKG ist eine Dienstleistungsgesellschaft und tritt als Managementgesellschaft für Ärzte nach § 140 b Abs. 1 Nr. 4 SGB V auf.
2. Dieses Ärztenetzwerk schließt diese Vereinbarung für ihre Mitglieder. Mitglieder sind Vertragsärzte der kassenärztlichen Vereinigung (KV), die als Fachärzte für Orthopädie/ Chirurgie tätig sind.
Teilnehmen können niedergelassene Ärzte, die die Abrechnungsgenehmigung für ambulante Operationen der jeweiligen KV vorweisen. Zudem sind vom Ärztenetzwerk die Operationsstandorte bzw. Operationseinrichtungen, Hilfsmittel-lieferanten sowie Heilmittelerbringung bzw. stationäre Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V zu nennen. (Anlage 1)
3. Die Mitglieder von Medicalnetworks GmbH und CoKG, die diesem Vertrag beigetreten sind, sind berechtigt an diesem Vertrag teilzunehmen.
4. Der Beitritt der Ärzte wird gegenüber dem Ärztenetzwerk schriftlich erklärt. Für die Teilnahme ist die schriftliche Zustimmung durch das Ärztenetzwerk erforderlich. Vor der schriftlichen Zustimmung hat das Ärztenetzwerk das Vorhandensein der Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages
 - des Arztes und
 - der kooperierenden Leistungserbringer zu überprüfen.Nach Bereitstellung dieser Daten durch das Ärztenetzwerk hat der BKK Landesverband Hessen das Recht innerhalb von 10 Arbeitstagen Widerspruch gegen den Beitritt einzulegen.
5. Zusammenarbeit mit Krankenhäusern
Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Mitgliedern des Ärztenetzwerkes und den mit diesen kooperierenden gesetzlich zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V wird durch die betreffenden Mitglieder und Krankenhäuser einzelvertraglich und im eigenen Ermessen geregelt.
6. Ambulante Operationszentren haben die Voraussetzungen des § 11 b dieses Vertrages zu erfüllen.
7. Hilfsmittellieferanten (Sanitätshäuser) haben den Qualitätsanforderungen nach § 11 d des Vertrages zu entsprechen.
8. Leistungserbringer bei ambulanter Heilmittelerbringung haben den Qualitätsanforderungen nach § 11 e des Vertrages zu entsprechen.
9. Leistungserbringer bei stationärer Rehabilitation müssen gemäß § 11 f des Vertrages zugelassene Einrichtungen nach § 111 SGB V sein.

10. Der Leistungserbringer kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber dem Ärztenetzwerk kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme eines Leistungserbringers endet ohne Kündigung, wenn die Voraussetzungen zur Teilnahme nicht mehr vorliegen. Das Ärztenetzwerk teilt dem BKK Landesverband Hessen das Ausscheiden eines Leistungserbringers unverzüglich schriftlich mit.
11. Der Vertragsausschuss kann Leistungserbringer, die ihren Verpflichtungen im Rahmen dieses Vertrages nicht nachkommen, von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.

§ 4 Teilnehmende BKK

1. Dieser Vertrag hat Gültigkeit für die beigetretenen BKK gemäß der Anlage 2.
2. Der Beitritt wird gegenüber dem BKK Landesverband Hessen schriftlich erklärt. Der BKK Landesverband stellt dem Ärztenetzwerk regelmäßig eine Liste der teilnehmenden BKK zur Verfügung (Anlage 3).

§ 5 Teilnahme der Versicherten

1. Anspruch auf die Leistungen nach diesem Vertrag haben ausschließlich Versicherte der BKK, die ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag erklärt haben und körperlich und geistig in der Lage sind an der Versorgung dieses Vertrages teilzunehmen.
2. Der Anspruch erlischt vorbehaltlich des § 19 Abs. 2 SGB V mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. der Familienversicherung.
3. Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
4. An der integrierten Versorgung nach diesem Vertrag können alle Versicherten der BKK auf freiwilliger Basis teilnehmen,
 - bei denen aufgrund einer entsprechenden Anamnese und Vordiagnostik die begründete Indikation zur Durchführung eines operativen Eingriffs gemäß § 6 dieses Vertrages gestellt wurde und
 - bei denen die Verbesserung der Lebensqualität durch intensivierte Betreuung und aktive Mitwirkung des Versicherten zu erwarten ist.
5. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme vor der Behandlung schriftlich gegenüber dem behandelnden Arzt (Anlage 4). Der Versicherte die Möglichkeit seine Teilnahme zu widerrufen.

6. Die Teilnahme ist freiwillig und endet automatisch mit der vollständigen Erbringung der Leistung oder dem Aufsuchen eines Arztes außerhalb des Ärztenetzwerkes.

§ 6 Gegenstand des Vertrages

Vertragsgegenstand ist die Integrierte Versorgungsvereinbarung gemäß §§ 140 a ff. SGB V. Im Rahmen dessen vereinbaren die Vertragsparteien folgendes Leistungsspektrum als Integrierte Versorgungsleistung (siehe auch Anlage 5):

HNO-Chirurgie

- 1a Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase Septum OP
- 1b Pansinusitis

Gefäßchirurgische Eingriffe

- 2a Venenstripping beidseitig und mit Ulzerationen, mit schweren CC
- 2b Venenstripping beidseitig oder mit Ulzeration oder schweren CC
- 2c Venenstripping ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne CC

Allgemeinchirurgische Eingriffe

- 3a Bauchwandhernien beidseitig
- 3b Eingriffe an Dünn-und Dickdarm, Alter < 3 Jahre
- 3c Appendektomie
- 3d Bauchwandhernien
- 3e Eingriffe am Anus, schwere und mittelschwere
- 3f Cholezystektomie, offen
- 3g Cholezystektomie, laparoskopisch

Orthopädische Eingriffe

- 4a Oberflächenersatzprothese (Hüfte) mit komplizierender Diagnose m. Physio
- 4b Oberflächenersatzprothese (Hüfte) mit komplizierender Diagnose, m. Reha
- 4c Konventionelle Knieendoprothese mit komplizierender Diagnose m. Physio
- 4d Konventionelle Knieendoprothese mit komplizierender Diagnose m. Reha
- 4e Oberflächenersatzprothese (Schulter) mit Physiotherapie
- 4f Oberflächenersatzprothese (Schulter) mit stationärer Rehabilitation

- 4g Arthroskopische Dekompression Schulter mit Physiotherapie
- 4h Wenig komplexe Eingriffe am Kniegelenk
- 4i Vorfußrekonstruktion mit Endoprothese (hochkomplex oder beidseitig)
- 4j Vorfußrekonstruktion ohne Endoprothese (hochkomplex oder beidseitig)
- 4k Vorfußrekonstruktion (Endoprothese Zehen)
- 4l Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff
- 5a Hüftgelenksspiegelung
- 5b Arthroskopische Rekonstruktion Schulter mit Physiotherapie
- 5c Kreuzbandplastiken Knie mit Physiotherapie
- 5d Arthrodese der Hand
- 5e Morbus Dupuytren, mindestens 2 Finger
- 5f Arthroplastik der Hand
- 5g Karpaltunnelsyndrom
- 5h Umstellungsosteotomie
- 5i Oberflächenersatzprothese (Hüfte) beidseitig mit Physiotherapie
- 5j Oberflächenersatzprothese (Hüfte) beidseitig mit stationärer Rehabilitation
- 5k Konventionelle Knieendoprothese beidseitig, mit Physiotherapie
- 5l Konventionelle Knieendoprothese beidseitig, mit stationärer Rehabilitation
- 5m Schlittenprothese (Knie), mit Physiotherapie
- 5n Schlittenprothese (Knie), mit stationärer Rehabilitation
- 5o Konventionelle Knieendoprothese, mit Physiotherapie
- 5p Konventionelle Knieendoprothese, mit stationärer Rehabilitation
- 5q Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit Physiotherapie
- 5r Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit stat. Reha
- 6a Oberflächenersatzprothese (Hüfte) mit Physiotherapie
- 6b Oberflächenersatzprothese (Hüfte) mit stationärer Rehabilitation
- 6c Konventionelle Hüftendoprothese mit komplizierendem Eingriff, mit Physio
- 6d Konventionelle Hüftendoprothese mit komplizierendem Eingriff m. Reha
- 6e Konventionelle Hüftendoprothese, mit Physiotherapie
- 6f Konventionelle Hüftendoprothese, mit stationärer Rehabilitation

Urologische Eingriffe

- 7a Transurethrale Prostataresektion
- 7b Transurethrale Eingriffe
- 7c Diagnostische Ureterorenoskopie
- 7d Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen
- 7e Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen
- 7f Harnsteine und Harnwegsobstruktion
- 7g Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre
- 7h Eingriffe am Hoden, Alter > 2 Jahre
- 7i Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
- 7j Andere OR- Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen

Gynäkologische Eingriffe

- 8a Hysterektomie, komplexer Eingriff, schwere CC
- 8b Hysterektomie, ohne komplexen Eingriff, ohne schwere CC
- 8c Myomentfernung der Gebärmutter, gutartig

§ 7 Vertragliche Leistungen

- (1) Die Integrierte Versorgungsleistung nach § 6 richtet sich nach der jeweiligen Anlage 5. Sie umfassen insgesamt:
 - Nr. 1 Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 28 SGB V sowie die ambulante Nachsorge
 - Nr. 2 Bei operativen Eingriffen die prä-, peri- und postoperative Behandlung gemäß § 115 SGB V
 - Nr. 3 Im Bereich der Endoprothetik werden mikroinvasive Eingriffe durchgeführt und hochwertige Prothesen verwendet.
 - Nr. 4 kurzstationäre Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern
 - Nr. 5 Wunschweise postoperative Unterbringung des Patienten ohne Mehrkosten für Versicherte und Kassen
 - Nr. 6 Orthopädische Re - Operation in den ersten 8 postoperativen Wochen sind ohne erneute Berechnung der Pauschale zu erbringen.

Nr. 7 Durchführung der entsprechenden ärztlichen Untersuchungen, Dokumentation der Untersuchungsergebnisse und zeitnahe Information des hausärztlich betreuenden Arztes (Positionen: Ordinationsgebühr, Brief, Porto).

Nr. 8 Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 32 SGB V im Sinne der Qualitätsanforderungen des § 11 des Vertrages

Nr. 9 Einhaltung der Reaktionszeiten von 48 Stunden von Heilmittelerbringern

Nr.10 Leistungen zur medizinischen stationären Rehabilitation gemäß § 40 SGB V in einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung gemäß § 111 SGB V

Nr.11 Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß § 33 SGB V im Sinne des § 11 des Vertrages

Nr.12 Einhaltung der Lieferzeiten von 48 Stunden der gesetzlich zugelassenen Hilfsmittellieferanten/ Sanitätshäuser

Nr.13 Das Ärztenetz organisiert mit den operierenden Ärzten und den ambulanten Heilmittelerbringern sowie den stationären Rehabilitationserbringern die Krankentransporte als Patiententransport

Nr.14 Die Leistungserbringer verpflichten sich zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Medikamenten außerhalb dieses Vertrages (§§ 12 und 70 SGB V), mit Ausnahme von Heparinen. Hierzu gehört auch die Verordnung von Generika und Importpräparaten.

Nr.15 Soweit die Krankenkassenverbände mit pharmazeutischen Unternehmen Herstellerrabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbart haben, unterstützt das Ärztenetzwerk im Rahmen seiner rechtlichen Möglichkeiten aktiv die geschlossenen Rahmenverträge bei der Arzneimittelverordnung.

(2) Für darüber hinausgehende Leistungen der Integrierten Versorgung gilt folgendes:

▪ Sollten während des operativen Eingriffs die nachfolgend definierten Komplikationen auftreten, liegen diese außerhalb des Vertragsgegenstandes und werden von diesem integrierten Versorgungsvertrag nicht erfasst. Komplikation liegt vor bei:

- Anästhesiekomplikationen
- nicht orthopädische Erkrankungen (z. B. Thrombose, Embolie, internistische Erkrankungen)
- stationär intensivpflichtige Krankenhausbehandlung
- fehlende Compliance des Patienten
- übermäßige Keloïdbildung
- überschreiten der Höchstbehandlungsdauer nach Anlage 5
- erhöhte Narbenempfindlichkeit

▪ Vielmehr werden die erbrachten Leistungen dem Leistungsträger nach dem für die Behandlung geltenden gesetzlichen Regelungen in Rechnung gestellt. Eine Anwendung dieses Vertrages erfolgt nicht.

- (3) Die gesetzlichen Haftungsregelungen (z.B. Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht) gelten weiter.

§ 8

Organisatorische Behandlungsabläufe

1. Mit der Voruntersuchung ist die Teilnahmeerklärung des Versicherten vom Arzt sofort per Fax an den auf der Liste der teilnehmenden BKK aufgeführten Sachbearbeiter zu übermitteln. Einzelne BKK können hierauf verzichten. In diesem Fall ist die Teilnahmeerklärung des Versicherten mit der Rechnung an die zuständige BKK zu senden.
2. Sollte ein Versicherter einer nicht beigetretenen BKK die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag wünschen, setzt sich das Ärztenetzwerk vor der Behandlung, zwecks Klärung der Kostenübernahme, mit der jeweiligen BKK in Verbindung.
3. Nach Anlage des Patientenstammblasses durch den Arzt wird der entsprechende Therapieplan in Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten erstellt.
4. Der Physiotherapeut erhält sofort eine Benachrichtigung per E-Mail den Patienten bezüglich eines Termins zu kontaktieren. Die E-Mail enthält auf die Telefonnummer des Patienten und auf dessen Wunsch auch die Nummer des Mobiltelefons und die E-Mail Adresse.
5. Liegen diese Daten vor, wird der Patient auf diesen Wegen über die entsprechenden Termine informiert.
6. Unter der URL www.medicalnetworks.de stehen sämtliche Formulare online zur Verfügung und können direkt ausgefüllt bzw. ausgedruckt werden. Patienten können sich über medizinische Inhalte auch über die Homepage www.Therapiekompetenz.de informieren.
7. Hausbesuche werden vom Physiotherapeuten in der 1. postoperativen Woche bei medizinischen Notwendigkeit durchgeführt.
8. Die Koordination medizinisch notwendiger Transporte der Patienten übernimmt das Ärztenetz als kostenlose Serviceleistung. Über die medizinische Notwendigkeit hat der Arzt zu befinden.

Die Transporte betreffen sowohl den:

- Weg zur OP und zurück zur Wohnung
 - Weg von der OP zur stationären Rehabilitationseinrichtung und zurück zur Wohnung
9. Hält der Arzt eine stationäre Rehabilitation bei einer endoprothetischen Versorgung für medizinisch erforderlich, hat er dies der BKK per Fax mitzuteilen. Die BKK prüft dann ihre gesetzliche Zuständigkeit und Leistungspflicht (Anlage 6).

10. Die BKK haben die Möglichkeit, den Datenaustausch mit dem Ärztenetz über das Internet zu vollziehen.

§ 9

Vergütung und Abrechnung

1. Im Rahmen dieses Vertrages sollen neue Formen der Vergütung entwickelt und umgesetzt werden, um die Qualität, die Wirksamkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung zu verbessern.
2. Das Ärztenetz übernimmt die Koordination des Abrechnungsverfahrens. Die Abrechnung der vereinbarten Leistungen erfolgt gegenüber der jeweiligen BKK durch das Ärztenetzwerk. Das Ärztenetzwerk kann sich hierzu eines externen Dritten bedienen.
3. Die teilnehmenden Ärzte übersenden eine differenzierte, mengen- und wertmäßige Aufstellung der abgerechneten Leistungen, aufgeschlüsselt nach BKK monatlich dem Ärztenetzwerk .
4. Die Vergütung erfolgt anhand von Komplexpauschalen, gemäß Anlage 5 im Rahmen der vertraglichen Leistungen des § 7 des Vertrages.
5. Die Komplexpauschalen werden nach Abschluss der gesamten Behandlung vom Ärztenetzwerk den jeweiligen BKK in Rechnung gestellt. Sollte ein Behandlungszyklus länger als 6 Wochen andauern, rechnet das Ärztenetzwerk 50% der Komplexpauschale mit der jeweiligen BKK ab (Anlage 7a). Die Höhe der Abschlagszahlungen werden jeweils in der Rechnung aufgeführt. Der Restbetrag wird der Krankenkasse nach Abschluss der Behandlung in Rechnung gestellt (Anlage 7b)
- 5a. Der Abschluss-Rechnung nach Anlage 7b sind folgende Angaben/ Unterlagen beizufügen:
 - vollständig ausgefüllte Anlage 7b mit OPS-Codes und ICD10-Schlüssel
 - Bezeichnung des genutzten Hilfsmittels
 - Kopie der Teilnahmeerklärung mit Unterschrift des Versicherten
 - Kopie des Nachweises der in Anspruch genommenen Heilmittelleinheiten mit Unterschrift des Versicherten
 - Kopie des Abschlussberichtes des Arztes
6. Die Krankenkasse bezahlt die Rechnung nach Rechnungseingang innerhalb einer Frist von 30 Tagen. Die Krankenkasse kann die Zahlung bei Nichtvorliegen der in Nr. 5a genannten Daten verweigern.
7. Neben der Abrechnung der Komplexpauschale erfolgt keine Vergütung aller Leistungserbringer, die in Ausführung dieses Vertrages geleistet werden.
8. Eine Versorgung der Patienten mit Medikamenten gemäß § 31 SGB V erfolgt außerhalb dieses Vertrages.

9. Sollte ein Patient die Heilmittelerbringung oder die stationäre Rehabilitation ablehnen oder sie nicht mehr durchführen können, sind je nach Komplexpauschale die jeweiligen Kosten abzuziehen.
10. Ist keine Verordnung eines Hilfsmittels erforderlich, wird die Komplexpauschale um den entsprechenden Preis gekürzt.
11. Eine Überprüfung der abgerechneten Leistungen kann stichprobenweise durch den BKK Landesverband Hessen oder der einzelnen BKK erfolgen. Diese können den MDK in Hessen zur Unterstützung hinzuziehen.
12. Ärzte, die bereits Teilnehmer anderer Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung gemäß §§ 140 ff SGB V sind, können Doppelabrechnungen bezogen auf die zu bezahlenden Leistungen nicht geltend machen.

§ 10 Eigenanteile

Die Preise der Leistungserbringung beinhalten bereits die gesetzlichen Zuzahlungen der Versicherten für Eigenanteile und werden somit nicht mehr vom Versicherten angefordert.

- (1) Praxisgebühr
- (2) kurzstationäre Aufenthalte im Krankenhaus
- (3) Stationären Rehabilitationsaufenthalten
- (4) Heilmitteln
- (5) Hilfsmitteln
- (6) Transportkosten bei medizinischer Notwendigkeit

§ 11 Qualitätssicherung

- (1) Ziel der Vertragspartner ist es, die Qualität der Versorgung für die Versicherten im Rahmen der Versorgungsstruktur zu verbessern. Die Vertragspartner sind daher zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Soweit die ärztliche Versorgung von der vertraglichen Regelung betroffen ist, sind Grundlage für die Qualitätssicherung die gemäß § 136a in Verbindung mit § 135a Abs. 2 SGB V von dem Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien.

- (2) Darüber hinaus werden der Aufbau und die Organisation sowie die Teilnahme an von dem Ärztenetz organisierten Qualitätszirkeln als Qualitätssicherungsmaßnahme vereinbart.
- (3) Die Qualitätssicherung erfolgt regelmäßig gemäß den Richtlinien der kassenärztlichen Vereinigung. Weiterhin ist zur Erreichung der Versorgungsziele ein Qualitätsmanagement durchzuführen.
- (4) Die Leistungserbringer haben ihre gesetzlichen Zulassungs- und Qualitätsvoraussetzungen dem Ärztenetzwerk nachzuweisen.
- (5) Das Ärztenetz überprüft regelmäßig die gesetzlichen Zulassungs- und Qualitätsvoraussetzungen aller nach § 11 a – f genannten Leistungserbringer und meldet diese dem BKK Landesverband Hessen.
- (6) Beitritte und Austritte der Leistungserbringer sowie der Verlust der Qualitätsvoraussetzung sind vom Ärztenetz sofort an den BKK Landesverband zu melden.
- (7) BKK Landesverband hat das Recht jederzeit eine Qualitätskontrolle mit fachlicher Unterstützung bei den Leistungserbringern vorzunehmen.

§ 11 a

Qualitätsanforderungen an Operateure

- (1) Ärzte können dem Vertrag beitreten, wenn sie die Fachausbildung Orthopädie/ Chirurgie absolviert haben und einen Nachweis über die Mindestoperationsmengen gemäß der Anlage 8 in Form des OP-Katalogs jährlich dem Ärztenetzwerk vorlegen.

Bei Operationen an der Hand muss der Arzt über die Zusatzbezeichnung Handchirurgie oder über die Zulassung zur Abrechnung Handchirurgie und Hospitation bei einem zugelassenen Kollegen (Abnahme und Abstimmung über den Landesverband der ambulanten Operateure Hessens (LAOH)) verfügen.

Die Operation des Karpaltunnelsyndroms setzt voraus, dass der Operateur innerhalb dieses Vertrages bereits an dem handchirurgischen Leistungsspektrum teilnimmt. Eine reine Begrenzung des Leistungsspektrums auf die Behandlung des Karpaltunnelsyndroms ist ausgeschlossen.

Unterbindung und Stripping von Venen mit und ohne Ulzeration dürfen ausschließlich von Chirurgen oder Gefäßchirurgen durchgeführt werden, die ein eigenes Wundzentrum für Betriebskrankenkassen betreiben oder in einem solchen tätig sind. Weiterhin ist die Teilnahme am Qualitätsmanagement-Verfahren des Verbandes der Gefäßchirurgen erforderlich. Am Operationsstandort ist eine Farbduplexuntersuchung oder eine Untersuchung durch einen Angiologen innerhalb dieser Versorgung durchzuführen. Die mäßig komplexen Eingriffe an der Nase, Septum OP sind von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde durchzuführen.

- (2) Die operierenden Ärzte haben mit ihrer Beitrittserklärung zum Ärztenetz das Operationszentrum sowie alle an der Behandlung hinzugezogenen Leistungserbringer in der Anlage 1 zu nennen. Änderungen sind sofort dem Ärztenetz mitzuteilen.
- (3) Bei Zustimmung des Patienten findet die Operation max. 72 Stunden nach Indikationsstellung statt. Verzögert sich diese Reaktionszeit, ist diese Verzögerung durch den Arzt zu begründen.
- (4) Garantierte Behandlungstermine sind von Seiten der Ärzte einzuhalten.

§ 11 b

Qualitätsanforderungen an das Ambulante Operationszentrum

- (1) Das vom Operateur genutzte Ambulante Operationszentrum hat die Hygienevorschriften des Robert-Koch-Institutes zu erfüllen.
- (2) Eine Operation in dieser Einrichtung darf keine zusätzlichen Risiken für die Versicherten beinhalten als unter den Voraussetzungen einer stationären Operation.
- (3) Für ein Ambulantes Operationszentrum gelten dieselben Qualitätskriterien wie für Krankenhäuser.

§ 11 c

Qualitätsanforderungen an das Krankenhaus

Die Teilnahme eines Krankenhauses an diesem Vertrag setzt eine Zulassung nach § 108 SGB V und eine eingegliederte Fachabteilung im Bereich Orthopädie und/ oder Chirurgie voraus.

§ 11 d

Qualitätsanforderungen an Hilfsmittellieferanten und Hilfsmittel

- (1) Die Hilfsmittellieferanten nach diesem Vertrag setzen eine Zulassung nach § 126 SGB V voraus.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich bei der Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß diesem Vertrag, die Hilfsmittelrichtlinien sowie das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zu beachten und die erforderliche Leistungsbereitschaft in personeller, fachlicher sowie sachlicher Hinsicht für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung sicherzustellen.

- (3) Gleichfalls sind die Bestimmungen und Vorgaben des § 139 SGB V zu berücksichtigen.
- (4) Die Lieferzeiten von 48 Stunden der gesetzlich zugelassenen Hilfsmittellieferanten/ Sanitätshäuser sind einzuhalten.
- (5) Das Ärztenetzwerk verpflichtet sich mittelfristig vertragliche Vereinbarung über Abnahmevergünstigungen mit bestimmten Hilfsmittellieferanten zu treffen. Bei Abschluss eines solchen Vertrages, sind diese Vergünstigungen an den BKK Landesverband weiterzugeben.

§ 11 e

Qualitätsanforderungen an Heilmittelerbringer und Heilmittel

- (1) Die Heilmittelleistungserbringung nach diesem Vertrag setzt eine Zulassung nach § 124 SGB V voraus.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich bei der Versorgung mit Heilmitteln gemäß diesem Vertrag, die Heilmittelrichtlinien zu beachten und die erforderliche Leistungsbereitschaft in personeller, fachlicher sowie sachlicher Hinsicht für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung sicherzustellen.
- (3) Die Leistungserbringer haben die Leistungen mindestens gemäß den Qualitätskriterien und Inhalten der Leistungsstandards D 1 nach der jeweils in dem Vertrag aufgeführten Indikationen durchzuführen. (Anlage 9)
- (4) Verordnete physiotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen müssen innerhalb von 48 Stunden nach der ärztlichen Behandlung begonnen werden.

§ 11 f

Qualitätsanforderungen an stationäre Rehabilitationserbringer

- (1) Die Teilnahme einer stationären Rehabilitationseinrichtung an diesem Vertrag setzt einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und die Vereinbarung der Indikationen Orthopädie voraus.
- (2) Die stationäre Rehabilitationserbringer müssen die gesetzlichen Qualitäts- und Zulassungsvorgaben gemäß § 111 SGB V erfüllen.

- (3) Die stationäre Rehabilitationseinrichtung nimmt nach § 137 d SGB V, an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung teil. Dabei wird auf die „Vereinbarung zur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137 d Abs. 1 und 1a SGB V“, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisation vereinbart wurde, verwiesen.

§ 12

Qualitätsdokumentation

1. Für die im Rahmen dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen gelten die Regelungen der offiziellen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V sowie deren aktuellen Konkretisierungen auf Bundes- und Landesebene.
2. Die teilnehmenden Ärzte werden vom BKK Landesverband per Liste oder Internet den BKK zur Verfügung gestellt. (Anlage 10)
3. Die erhobenen Patientendaten der Behandlungs- und Verlaufsdokumentation inklusive der Schmerzskala werden dem BKK Landesverband Hessen zur Verfügung gestellt. Die Anzahl und Art der erbrachten Leistungen werden für jeden Patienten aufgeschlüsselt nach BKK-Zugehörigkeit und Region durch die Leistungserbringer dokumentiert und quartalsmäßig, bis Ende des dem Quartal folgenden Monat, dem BKK Landesverband Hessen durch das Ärztenetzwerk zur Verfügung gestellt. Dabei soll die Dokumentation den Inhalt gemäß Anlage 11 aufweisen.
4. Die Datenkontrolle und die Kontrolle für das Einhalten der Zeiträume für die Terminvergabe übernimmt das Ärztenetzwerk.
5. Das Ärztenetz bedient sich zur Auswertung der Qualitätssicherung der Fragebögen AQS1 von der Firma Medicaltex. Die Koordination und Durchführung der Qualitätsfragebögen erfolgt über das Ärztenetz. Die Befragten, der Operateur und der Versicherte, haben den Bogen auszufüllen und an Medicaltex zurückzuschicken.
6. Ein gleichwertiges System zur Qualitätssicherung ist nur nach Absprache mit dem Vertragsausschuss möglich.
7. Der BKK Landesverband erhält eine Kopie der Auswertung der Qualitätsfragebögen. Diese Auswertung bietet die Grundlage für eine angestrebte Evaluation.

§ 13 Datenschutz

1. Die Vertragsparteien verpflichten sich, die für die Datenspeicherung und Datenverarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften einzuhalten. Die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften bleiben unberührt und sind von den Vertragspartnern einzuhalten. Die Vertragsparteien treffen hierfür die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen.
2. Die Weitergabe und Nutzung der die Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde innerhalb des integrierten Versorgungsmodells bedarf der Einwilligung der Versicherten. Der Versicherte ist vorab ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung zu unterrichten. Dies erfolgt anhand der Teilnahmeerklärung. Diese Informationen dürfen nur für den anstehenden Behandlungsfall genutzt werden und nur von dem nach § 203 Strafgesetzbuch zur Geheimhaltung verpflichteten Personenkreis verwendet werden.
3. Für die wissenschaftlichen Auswertungen der Daten ist die schriftliche Einwilligung der Versicherte sicherzustellen.

§ 14 Vertragsausschuss

1. Der Vertragsausschuss setzt sich jeweils aus einem Vertreter des Ärztenetzwerkes, einem Arzt des Ärztenetzwerkes und aus einem Heilmittel-Therapeuten sowie zwei Vertretern des BKK Landesverbandes Hessen, einem Vertreter der Taunus BKK und einem Vertreter der BKK Aktiv zusammen.
2. Der BKK Landesverband Hessen sowie die BKK behalten sich das Recht vor, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen als medizinischen Sachverständigen jederzeit als Teilnehmer für den Vertragsausschuss einzuladen.
3. Die Mitglieder des Vertragsausschusses haben das Recht zur kurzfristigen Kontrolle bei allen Leistungserbringer.
4. Der Vertragsausschuss tagt jeweils im 1. Quartal eines Jahres. Er tritt auf Bedarf kurzfristig zusammen. Weitere Aufgaben sind:
 - Begleitung des Vertrages
 - Koordination der Öffentlichkeitsarbeit
 - Entscheidung über Sanktionen und Handlungsempfehlungen bei Vertragsverstößen
 - Entscheidung über Rückforderungsansprüche unter Beachtung des Begutachtungsergebnisses gem. Abs. 2.

- Festlegung der zu erhebenden Daten bzw. zur Datenlieferung
- Bestimmung des orthopädisch-chirurgischen Gutachters gem. Abs. 2

4a) Im Vertragsausschuss werden Vertragsverstöße der Vertragspartner vorgetragen und diskutiert. Vertragsverstöße können sein:

- Doppelabrechnung von Leistungen im Rahmen der Regelversorgung
- Nichterfüllen der gem. Vertrag vorgeschriebenen Mindestoperationen
- Unzureichender oder nicht erbrachter Dokumentationen
- Abrechnung nicht (persönlich) erbrachter Leistungen
- Behandlung vertragsfremder Indikationen
- Verweigerung der Begehung der Räumlichkeiten durch den BKK Landesverband Hessen
- Nichtmeldung bei vertragsrelevanten Personalveränderungen sowie
- Änderungen der Räumlichkeiten im Sinne der Strukturqualität
- Verstoß gegen die vorgeschriebene Reaktionszeit (vom Leistungserbringer mehrfach (mindestens drei mal) verursacht)

Bei wiederholter Verletzung von Bestimmungen dieses Vertrages kommen unbeschadet gesetzlicher Haftungsregelungen folgende Maßnahmen in Betracht:

- a) Schriftliche Verwarnung und Abmahnung des Vertragspartner/ Leistungserbringers
 - b) Beseitigung des Vertragsverstoßes mit Fristsetzung
 - c) Vergütungskürzung bei ausbleibender Behebung des Vertragsverstoßes
 - d) fristlose Kündigung des Vertrages bei schwerwiegenden und wiederholten Verstößen trotz schriftlicher Verwarnung/ Abmahnung
 - e) Der Vertragsausschuss entscheidet über die Festsetzung einer möglichen Schadensersatzforderung im Einzelfall
5. Um eine einvernehmliche Lösung für unklare Abrechnungsfälle zu erreichen, wird eine Fallkonferenz einberufen. Die Fallkonferenz wird fallweise aus einem Arzt des MDK und einem nicht betroffenen Arzt des Ärztenetzwerkes zusammengesetzt.. Kommt die Fallkonferenz zu keinem gemeinsamen Ergebnis, so werden die streitigen Fälle dem orthopädisch-chirurgischen Gutachter zur Begutachtung vorgelegt. Das Begutachtungsergebnis des orthopädisch-chirurgischen Gutachters wird von den Vertragsparteien anerkannt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Den orthopädisch-chirurgischen Gutachter bestimmt der Vertragsausschuss einvernehmlich.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit dieser Vereinbarung innovative Wege in der Zusammenarbeit beschritten werden. Die Vertragspartner werden daher ihr jeweiliges Auftreten in der Öffentlichkeit untereinander abstimmen und nach Möglichkeit vereinheitlichen. Die Vertragspartner stellen sicher, dass die angestrebten Verträge öffentlichkeitswirksam und in geeigneter Weise in der Öffentlichkeit kommuniziert werden. Näheres wird von den Vertragsparteien individuell abgestimmt.

§ 16 Salvatorische Klausel

1. Nebenabreden zu dieser Vereinbarung bestehen nicht. Änderungen und/oder Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den Verzicht auf dieses Schriftformerfordernis selbst. Die in dieser Vereinbarung angesprochenen, jeweils bilateralen Kooperationsverträge gelten nicht als Nebenabreden in diesem Sinne.
2. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder die Vereinbarung Lücken enthalten, so bleibt die Rechtswirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt eine wirksame Bestimmung als vereinbart, die dem von den Parteien Gewollten am nächsten kommt; das Gleiche gilt im Falle einer Lücke.
3. Alle Änderungen dieses Vertrages müssen schriftlich erfolgen und von beiden Parteien unterzeichnet werden. Mündliche Abreden sind unwirksam.
4. Die allgemeinen Grundsätze über die Aufklärung des Versicherten bleiben unberührt.

§ 17 Günstigkeitsklausel


- 1) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass das Preisniveau bei Abschluss von Verträgen mit anderen Krankenkassen nicht unterboten wird, bzw. in diesem Fall eine Anpassung der Komplexpauschalen an das niedrigere Preisniveau erfolgt.
- 2) Liegen inhaltsähnliche Integrierte Versorgungsverträge gem. §§ 140 a ff SGB V des BKK Landesverbandes Hessen in der Region mit denselben Indikationen vor, erfolgt die Abrechnung der erbrachten Leistungen durch den Vertragspartner immer aus dem kostengünstigeren Vertrag.

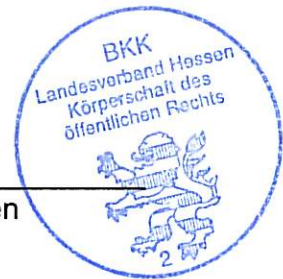
§ 18

Laufzeit und Kündigung


- 1) Dieser Vertrag beginnt am 01.07.2008 und löst den bisherigen Vertrag vom 01.02.2008 übergangslos ab. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung ist erstmals zum 31.12.2008 bzw. analog der gesetzlich eingeräumten Frist gemäß § 140d SGB V möglich. Rechtzeitig vor Beginn dieser Frist werden sich die Vertragsparteien darüber verständigen, ob und in welcher Form diese Vereinbarung weitergeführt wird.
- 2) Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund ist möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen die Durchführung der angestrebten Vereinbarungen bzw. die Erreichung der angestrebten Ziele für die Vertragspartner rechtlich unmöglich oder der BKK untersagt wird.
- 3) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- 4) Die Bestimmungen zur Kündigung aus Abs. 1 und 2 dieses Paragraphen finden analog Anwendung bei den einzelnen BKK. Die Kündigung der BKK muss gegenüber dem Landesverband Hessen erklärt werden.

Frankfurt am Main, den 01.07.2008


BKK Landesverband Hessen
Jürgen Thiesen
Vorstandsvorsitzender



Frankfurt am Main, den 01.07.2008


Medicalnetworks GmbH und CoKG
Geschäftsführerin
Simone Schubert-Jaworski

medicalnetworks CJ GmbH & Co.KG
Leipziger Str. 242 34123 Kassel
Tel.: +49 (0)561-7668550 Fax: +49 (0)561-76685599
info@medicalnetworks.de www.medicalnetworks.de