

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Vermittlung einer Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern durch die KVB** (§ 119b Sätze 1 und 2 SGB V)

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Träger der stationären Pflegeeinrichtung/en)	
Träger der stationären Pflegeeinrichtung(en)	
Geschäftsführer	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

2. Beantragung

Beantragt wird, dass die KVB einen **Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern** vermittelt.
Der Abschluss des Kooperationsvertrags dient der Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in folgender/folgenden stationären Pflegeeinrichtung(en).

1. Pflegeeinrichtung	
Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung	
Heimleiter	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
In der Einrichtung werden ganzjährig _____ Plätze vorgehalten. Anzahl	

2. Pflegeeinrichtung

Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung
Heimleiter
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung
E-Mail-Adresse Telefonnummer

In der Einrichtung werden ganzjährig _____ Plätze vorgehalten.
Anzahl

3. Pflegeeinrichtung

Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung
Heimleiter
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Pflegeeinrichtung
E-Mail-Adresse Telefonnummer

In der Einrichtung werden ganzjährig _____ Plätze vorgehalten.
Anzahl

3. Bedarf für eine Kooperation mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern

Darstellung der bestehenden Versorgungssituation in der unter 2. aufgeführten 1. stationären Pflegeeinrichtung:

Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung		
Angaben zu den Bewohnern		
Bewohner in der Pflegeeinrichtung _____ Anzahl		
Einteilung in Pflegestufen:	Keine Pflegestufe / Rüstige Bewohner:	_____ Anzahl
	Pflegestufe I:	_____ Anzahl
	Pflegestufe II:	_____ Anzahl
	Pflegestufe III:	_____ Anzahl
	Pflegestufe III / Härtefall:	_____ Anzahl
Ca. _____ % der Bewohner werden nach Einzug in die genannte Einrichtung weiterhin von ihrem ursprünglichen Hausarzt behandelt.		
Ca. _____ Krankenhauseinweisungen fanden im letzten Quartal statt. Anzahl		

Angaben zu den behandelnden Ärzten in der Pflegeeinrichtung			
Insgesamt betreuen ca. ____ Hausärzte die Bewohner.			
Werden in der Einrichtung Praxen bzw. Zweigpraxen von Ärzten betrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Routinemäßige Besuche durch Hausärzte:			
	Anteil der vom Hausarzt besuchten Bewohner	Anteil der Bewohner, bei denen ein Besuch durch den Hausarzt indiziert wäre, aber nicht (regelmäßig) erfolgt	
wöchentlich oder öfter	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
14-tägig	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
monatlich	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
seltener	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
Welche Fachärzte kommen in die Einrichtung?			
	Besuche von Fachärzten	Durchschnittliche Anzahl an Besuchen pro Quartal	Bei welchen Fachärzten halten Sie zusätzlich Besuche für sinnvoll
Augenarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Diabetologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Gynäkologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Gerontopsychiater	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Kardiologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Nervenarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Urologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Anforderungen von ärztlichen Besuchen im Notfall:			
	Wie oft wurde im letzten Quartal angefordert?	Bei wie viel % der Anforderungen kam der angeforderte Arzt tatsächlich?	
Eigener Hausarzt	ca. _____ Fälle	_____ %	
Fremder Hausarzt / Vertreter	ca. _____ Fälle	_____ %	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	ca. _____	_____ %	


Wir versichern, dass es sich bei der/den unter 2. genannten stationären Pflegeeinrichtung(en) um eine zugelassene Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 SGB XI handelt.

Wir erklären uns hiermit bereit, den beiliegenden Entwurf eines Praxisverbundvertrags der Kooperation mit kooperationswilligen vertragsärztlichen Leistungserbringern zugrunde zu legen (vgl. Anlage).


Wir erklären uns hiermit einverstanden, dass die von uns gemachten Angaben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt werden.

Ich (Antragsteller) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

ggf. weitere Unterschrift 

Stempel Antragsteller

Kooperation nach § 119b SGB V – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

- Für den Fall, dass ein Kooperationsvertrag nach § 119b Satz 1 SGB V mit vertragsärztlichen Leistungserbringern nicht innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Zugang dieses Antrags zustande kommt, besteht grundsätzlich Anspruch auf Ermächtigung der unter 2. genannten stationären Pflegeeinrichtung(en) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten; diese müssen in das Arztregister eingetragen und sollen geriatrisch fortgebildet sein (§ 119b Satz 3 SGB V).
- Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, besteht grundsätzlich Anspruch auf Ermächtigung des angestellten Arztes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen (§ 119b Satz 4 SGB V).
- Für die Erteilung der Ermächtigung ist der jeweilige Zulassungsausschuss – Ärzte zuständig. Die Erteilung der Ermächtigung ist beim Zulassungsausschuss anhand des hierfür jeweils vorgesehenen Antragsvordrucks gesondert zu beantragen. Diese finden Sie unter: www.kvb.de/praxis/service-und-beratung/formulare/zulassung/
- Da die Ermächtigung nach § 119b Satz 3 SGB V gegenüber der Kooperation mit vertragsärztlichen Leistungserbringern nachrangig ist, kann der Zulassungsausschuss keine Ermächtigung nach § 119b Satz 3 SGB V aussprechen, wenn bereits eine Kooperation mit vertragsärztlichen Leistungserbringern möglich ist.
- Sollten vertragsärztliche Leistungserbringer um eine Kooperation mit Ihrer stationären Pflegeeinrichtung ersuchen, sind Sie als potentielle Vertragspartner verpflichtet, mit diesen über den Abschluss eines Kooperationsvertrages (Inhalt siehe Anlage) zu verhandeln und das Zustandekommen dieses Vertrages ernsthaft auszuloten.

Ein Angebot vertragsärztlicher Leistungserbringer zum Abschluss eines Kooperationsvertrags dürfen Sie nur aus Gründen ablehnen, die sachlich gerechtfertigt und für die Kooperation von erheblicher Bedeutung sind.

Wenn Sie das Vertragsangebot vertragsärztlicher Leistungserbringer aus objektiv nicht nachvollziehbaren bzw. sachlich nicht gerechtfertigten Gründen ablehnen, kann - vorbehaltlich der Entscheidung durch den Zulassungsausschuss - eine Ermächtigung nach § 119b Satz 3 SGB V nicht erteilt werden.

Haben Sie noch weitere Fragen zu Ihrem Antrag?

Dann kontaktieren Sie für zusätzliche Informationen auf unserer Internetseite www.kvb.de/praxis/service-und-beratung/praesenzberatung/praxisfuehrung unsere Präsenzberater.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Anlage


zu Nr. 3 des Antrags auf Anbahnung einer Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern durch die KVB

Darstellung der bestehenden Versorgungssituation in der unter 2. aufgeführten 2. stationären Pflegeeinrichtung


Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung			
Angaben zu den Bewohnern			
Bewohner in der Pflegeeinrichtung _____ Anzahl			
Einteilung in Pflegestufen:	Keine Pflegestufe / Rüstige Bewohner:	_____	
		Anzahl	
	Pflegestufe I:	_____	
		Anzahl	
	Pflegestufe II:	_____	
	Anzahl		
Pflegestufe III:	_____		
	Anzahl		
Pflegestufe III / Härtefall:	_____		
	Anzahl		
Ca. _____ % der Bewohner werden nach Einzug in die genannte Einrichtung weiterhin von ihrem ursprünglichen Hausarzt behandelt.			
Ca. _____ Krankenhauseinweisungen fanden im letzten Quartal statt. Anzahl			
Angaben zu den behandelnden Ärzten in der Pflegeeinrichtung			
Insgesamt betreuen ca. _____ Hausärzte die Bewohner.			
Werden in der Einrichtung Praxen bzw. Zweigpraxen von Ärzten betrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Routinemäßige Besuche durch Hausärzte:			
	Anteil der vom Hausarzt besuchten Bewohner	Anteil der Bewohner, bei denen ein Besuch durch den Hausarzt indiziert wäre, aber nicht regelmäßig erfolgt	
wöchentlich oder öfter	_____	_____	
	Anzahl in %	Anzahl in %	
14-tägig	_____	_____	
	Anzahl in %	Anzahl in %	
monatlich	_____	_____	
	Anzahl in %	Anzahl in %	
seltener	_____	_____	
	Anzahl in %	Anzahl in %	
Welche Fachärzte kommen in die Einrichtung?			
	Besuche von Fachärzten	Durchschnittliche Anzahl an Besuchen pro Quartal	Bei welchen Fachärzten halten Sie zusätzlich Besuche für sinnvoll
Augenarzt	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Anzahl	Anzahl	
Diabetologe	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	Anzahl	Anzahl	

Gynäkologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Gerontopsychiater	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Kardiologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Nervenarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Urologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Anforderungen von ärztlichen Besuchen im Notfall:			
		Wie oft wurde im letzten Quartal angefordert?	Bei wie viel % der Anforderungen kam der angeforderte Arzt tatsächlich?
Eigener Hausarzt		ca. _____ Fälle	_____ %
Fremder Hausarzt / Vertreter		ca. _____ Fälle	_____ %
Ärztlicher Bereitschaftsdienst		ca. _____ Fälle	_____ %
Notarzt		ca. _____ Fälle	_____ %
Sonstige		ca. _____ Fälle	_____ %
Wen alarmieren Sie routinemäßig bei einem Notfall?			
<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst <input type="checkbox"/> Notarzt / Rettungsleitstelle			
Ergänzende Darstellung, falls aus Ihrer Sicht erforderlich:			

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

ggf. weitere Unterschrift 

Stempel Antragsteller

Anlage

zu Nr. 3 des Antrags auf Anbahnung einer Kooperation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern durch die KVB


Darstellung der bestehenden Versorgungssituation in der unter 2. aufgeführten 3. stationären Pflegeeinrichtung

Bezeichnung der stationären Pflegeeinrichtung _____			
Angaben zu den Bewohnern			
Bewohner in der Pflegeeinrichtung _____ Anzahl			
Einteilung in Pflegestufen:	Keine Pflegestufe / Rüstige Bewohner:	_____	Anzahl
	Pflegestufe I:	_____	Anzahl
	Pflegestufe II:	_____	Anzahl
	Pflegestufe III:	_____	Anzahl
	Pflegestufe III / Härtefall:	_____	Anzahl
Ca. _____ % der Bewohner werden nach Einzug in die genannte Einrichtung weiterhin von ihrem ursprünglichen Hausarzt behandelt.			
Ca. _____ Krankenhauseinweisungen fanden im letzten Quartal statt. Anzahl			
Angaben zu den behandelnden Ärzten in der Pflegeeinrichtung			
Insgesamt betreuen ca. _____ Hausärzte die Bewohner.			
Werden in der Einrichtung Praxen bzw. Zweigpraxen von Ärzten betrieben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Routinemäßige Besuche durch Hausärzte:			
	Anteil der vom Hausarzt besuchten Bewohner	Anteil der Bewohner, bei denen ein Besuch durch den Hausarzt indiziert wäre, aber nicht regelmäßig erfolgt	
wöchentlich oder öfter	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
14-tägig	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
monatlich	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
seltener	_____ Anzahl in %	_____ Anzahl in %	
Welche Fachärzte kommen in die Einrichtung?			
	Besuche von Fachärzten	Durchschnittliche Anzahl an Besuchen pro Quartal	Bei welchen Fachärzten halten Sie zusätzlich Besuche für sinnvoll
Augenarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Diabetologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>


Gynäkologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Gerontopsychiater	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Kardiologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Nervenarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Psychotherapeut	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Urologe	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Zahnarzt	_____ Anzahl	_____ Anzahl	<input type="checkbox"/>
Anforderungen von ärztlichen Besuchen im Notfall:			
	Wie oft wurde im letzten Quartal angefordert?	Bei wie viel % der Anforderungen kam der angeforderte Arzt tatsächlich?	
Eigener Hausarzt	ca. _____ Fälle	_____ %	
Fremder Hausarzt / Vertreter	ca. _____ Fälle	_____ %	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	ca. _____ Fälle	_____ %	
Notarzt	ca. _____ Fälle	_____ %	
Sonstige	ca. _____ Fälle	_____ %	
Wen alarmieren Sie routinemäßig bei einem Notfall?			
<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Bereitschaftsdienst <input type="checkbox"/> Notarzt / Rettungsleitstelle			
Ergänzende Darstellung, falls aus Ihrer Sicht erforderlich:			

<hr/> <hr/> <hr/>

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

ggf. weitere Unterschrift 

Stempel Antragsteller