

**Ergänzende Vereinbarung  
zur Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände,  
KV Berlin, BKG und VPK vom 26.03.1998**

zwischen  
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)  
und  
den Landesverbänden der Krankenkassen  
(nachfolgend als "Krankenkassenverbände" bezeichnet)

über

die qualitätsgesicherte Versorgung durch niedergelassene Ärzte  
in Krankenhäusern/ Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenheimen, die zum  
01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden  
(nachfolgend als "Einrichtungen" bezeichnet)

**Präambel**

In der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK zur medizinischen Versorgung in den ehemaligen Krankenhäusern/ Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenheimen, die zum 01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden, wurde festgelegt, daß die ärztliche Betreuung durch angestellte Ärzte oder niedergelassene Ärzte erfolgt. Entsprechend Ziffer 1.3 o.g. Rahmenvereinbarung ist die Betreuung durch Vertragsärzte in einer gesonderten Vereinbarung analog zu regeln. Dieser Zielsetzung dient nachfolgende Vereinbarung.

## § 1

### Ziel und Grundlage der Vereinbarung

- (1) Mit dem Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung der chronisch erkrankten, multimorbiden und psychisch erkrankten Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, werden zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit mit dieser Rahmenvereinbarung ambulante und stationäre Leistungsbereiche gemeinsam gestaltet und effizient verzahnt. Neben einer leistungsgerechten und humanen Versorgung der Patienten werden durch dieses Konzept auch Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert, indem Kosten u.a. für Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte verringert werden und damit ein Beitrag zur Gesamtwirtschaftlichkeit der Versorgung geleistet werden soll.
- (2) Für die Kooperation zwischen den an dieser Vereinbarung teilnehmenden niedergelassenen Ärzten und der Einrichtung gelten die Grundsätze der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998. Deshalb vereinbaren die Vertragspartner Regelungen, die auf eine krankenhausermeidende Behandlung der Patienten abzielen.

## § 2

### Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung bezieht sich auf die Grundversorgung der Patienten in den Einrichtungen der Anlage 1, die der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 beigetreten sind (Ziffer 2.8 der Rahmenvereinbarung) und längstens bis zu deren Kündigung. Je nach Schwerpunkt der Einrichtung handelt es sich um eine allgemeinmedizinisch-internalistische, eine nervenärztliche bzw. psychiatrische oder eine kombiniert internistisch-psychiatrische Grundversorgung. Konsiliartätigkeit und Auftragsleistungen bleiben mit Ausnahme der §§ 9, 10 von dieser Vereinbarung unberührt.
- (2) Die nachfolgenden Regelungen gelten ausschließlich für die Versorgung von Versicherten solcher Krankenkassen, die gemäß Ziffer 2.8 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 beigetreten sind und längstens bis zu deren Kündigung.

### § 3

#### **Ambulante vertragsärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte**

- (1) Verpflichten sich niedergelassene Ärzte zur Erfüllung von organisatorischen Anforderungen nach § 4 und § 5, können sie eine gesonderte Pauschale nach § 7 über die KV Berlin abrechnen. Voraussetzung hierfür ist, daß die Einrichtung der Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände, der BKG, des VPK und der KV Berlin beigetreten ist.
- (2) Verpflichten sich niedergelassene Ärzte nicht zur Erfüllung organisatorischer Voraussetzungen gemäß § 4 und § 5, ist die Abrechnung der Pauschale nach § 7 ausgeschlossen.

### § 4

#### **Organisatorische Anforderungen**

- (1) Alle niedergelassenen hausärztlich tätigen Ärzte sowie Nervenärzte, Psychiater oder Neurologen, die die Grundversorgung im Rahmen dieser Vereinbarung in den Einrichtungen übernommen haben, verpflichten sich zur Einhaltung besonderer organisatorischer Anforderungen. Die Ärzte organisieren die ärztliche Betreuung in Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung. Die niedergelassenen Ärzte bilden mit der von ihnen betreuten Einrichtung ein Versorgungssystem und tragen die gemeinsame Verantwortung im Sinne dieser Vereinbarung und der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998.
- (2) Die Ärzte, die sich einem Versorgungssystem nach Abs. 1 anschließen wollen, beantragen dies schriftlich bei der KV Berlin unter Nennung der Pflegeeinrichtung, in der sie die Grundversorgung durchführen, und der Versicherten, für die sie die regelmäßige Betreuung nach § 5 übernehmen. Sofern in einem Quartal Änderungen im Kreis der zu betreuenden Patienten auftreten, übermittelt der teilnehmende Arzt der KV Berlin am Quartalsende eine aktualisierte Liste der von ihm betreuten Patienten. Dem Antrag wird eine Kooperationserklärung zwischen Einrichtung und Arzt beigefügt (s. Anl.).

## § 5

### Verpflichtungen der Teilnehmer

Ärzte, die an dieser Vereinbarung teilnehmen, sind verpflichtet, folgende Kriterien zu beachten und zu erfüllen:

1. Ein Arzt betreut in der Regel 30-40 Patienten (Ausnahmefälle werden von der Kommission nach § 6 Abs. 1 geprüft) und gewährleistet eine durchgängige Betreuung der Patienten in der Einrichtung. Mit dem Abschluß der Kooperationserklärung benennt der Arzt für den Fall der Verhinderung (z.B. Krankheit oder Urlaub) schriftlich eine Vertretung gegenüber der Einrichtung. Änderungen werden der Einrichtung mitgeteilt. Die KV Berlin erhält jeweils eine Kopie. Sind in einer Einrichtung mehrere Ärzte tätig, kooperieren sie untereinander oder ggf. mit ermächtigten Ärzten.
2. Mindestens einmal pro Woche findet eine Regelvisite in der Einrichtung statt. Wenn erforderlich, werden darüber hinaus zusätzliche Besuche durchgeführt.
3. Außerhalb der Sprechzeiten wird eine Rufbereitschaft eingerichtet, die über mehrere Einrichtungen organisiert werden kann, so daß eine ambulante ärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung sichergestellt ist. Die Einrichtung wird über den Arzt, der die Rufbereitschaft hat, informiert.
4. Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team (Therapeuten, Pflegepersonal etc.) werden mindestens einmal je Quartal abgehalten und sind zu dokumentieren (Teilnehmer, Datum, Patient u.a.). Zeitpunkt und Inhalt der Fallbesprechungen sind mit der Einrichtung abzustimmen. Darüber hinaus werden Qualitätszirkel, ersatzweise mindestens 1 Fortbildungsveranstaltung pro Jahr besucht.
5. Bei der Dokumentation der ärztlichen Leistungen in den Unterlagen der Einrichtung wirken Arzt und Einrichtung zusammen.
6. Im Rahmen des Controllings der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 (Ziffer 7.2) gibt der teilnehmende Arzt Auskünfte und Erläuterungen. Bei drohenden Zielverfehlungen leitet er gegensteuernde Maßnahmen ein bzw. wirkt an diesen mit.

## § 6

### Qualitätssicherung

- (1) Eine von der KV Berlin gebildete Kommission prüft kurzfristig begründete Zweifel über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 4 und § 5. Über die daraus resultierenden Entscheidungen wird die beschwerdeführende Stelle unterrichtet.
- (2) Verstößt ein teilnehmender Arzt gegen § 5, wird ihm die Genehmigung zur Abrechnung der Pauschale nach § 7 entzogen.
- (3) Falls die an der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 teilnehmenden Einrichtungen die Pauschale über- oder unterschreiten, gelten die in dieser Rahmenvereinbarung getroffenen Regelungen. Ist eine Überschreitung der Pauschale nachweisbar insbesondere auf das Verordnungsverhalten des niedergelassenen Arztes zurückzuführen, erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes durch die in Abs. 1 genannte Kommission. Ist die Beratung erfolglos, kann dem Vertragsarzt die Genehmigung für die Abrechnung der gesonderten Vergütung nach § 7 von der KV Berlin entzogen werden.
- (4) Weitere Inhalte und Verfahren zur Qualitätssicherung werden gemäß Nr. 8 und Nr. 9 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 festgelegt.

## § 7

### Vergütung und Abrechnung

- (1) Niedergelassene Ärzte, die sich den Organisationsstandards nach § 4 und § 5 anschließen, erhalten eine Pauschale in Höhe von DM 400,- pro Patient und Quartal. Aus der Pauschale sind Vertretungen (Urlaub/ Krankheit) abzugelten. Die Abrechnung unterliegt dem jeweils gültigen Verwaltungskostenbeitrag der KV Berlin und erfolgt unter der Pseudonummer 9889. Die Abrechnung der Pseudoziffer 9889 neben EBM-Ziffern ist ausgeschlossen. Die Pauschale ist pro Quartal nur für einen Arzt einmal je Patient berechnungsfähig.
- (2) Ärzte, die sich den Organisationsstandards nicht anschließen möchten, können keine besondere Vergütung beanspruchen.

**§ 8****Zahlungen der Krankenkassen**

- (1) Für die Vergütung der Leistungen, die nach § 5 teilnehmende Ärzte in den Einrichtungen der Anlage 1, soweit diese ihren Beitritt gemäß Ziffer 2.8 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 erklärt haben, erbringen, zahlen die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung eine Pauschale an die KV Berlin. Die Pauschale beträgt 400,-- DM pro Patient und Quartal und wird gemäß § 7 an die teilnehmenden Ärzte weitergeleitet.
- (2) Zum 10. des zweiten Monats eines Quartals leisten die Krankenkassen Abschlagszahlungen in Höhe des Vorquartalsbetrages. Für die Abschlagszahlungen des ersten Quartals der Laufzeit erfolgt eine gemeinsame Verständigung der Vertragspartner auf der Grundlage der erteilten Genehmigungen. Bei gravierenden Änderungen der Basis der zu leistenden Abschlagszahlungen verständigen sich die Vertragspartner unmittelbar auf eine Anpassung der Abschlagszahlungen.
- (3) Die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgt jedes Quartal einmal in einer gesonderten Aufstellung. Der Zahlungsausgleich erfolgt unverzüglich nach Eingang der Rechnungsaufstellungen.

**§ 9****Medizinischer Bedarf, Heilmittel**

Solange die Einrichtungen an der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 teilnehmen und entsprechende Pauschalen abrechnen, gelten die in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen über den medizinischen Bedarf und die Heilmittelversorgung. Das heißt, daß Artikel des medizinischen Bedarfs (gemäß Anlage 3 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998) nicht zu Lasten der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Krankenkassen verordnet werden dürfen. Ebenso wenig dürfen Heilmittelverordnungen zu Lasten der an dieser Rahmenvereinbarung teilnehmenden Krankenkassen erfolgen. Dies gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte.

## § 10

### Arzneimittel

Die Versorgung der Patienten in den Einrichtungen mit Arzneimitteln ist im Rahmen von Richtgrößenprüfungen als Praxisbesonderheit zu überprüfen.

## § 11

### Lenkungsausschuß

Die Partner dieser Vereinbarung erklären sich damit einverstanden, daß die in der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 in bezug auf Einrichtungen mit Institutsermächtigung unter Punkt 9 (Lenkungsausschuß) geltenden Regelungen mit allen Rechten und Pflichten auch für diesen Vertrag gelten.

## § 12

### Übergangsregelung für Leistungen niedergelassener Ärzte im Zeitraum 01.04.1998 bis 31.12.1998

Leistungen der Grundversorgung niedergelassener Ärzte in den Einrichtungen, die im Vertrauen auf eine zeitnahe Regelung gemäß Nr. 2. 2 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 im zweiten bis vierten Quartal 1998 erbracht wurden, werden nachträglich nach Maßgabe folgender Regelungen gefördert:

1. Die Fallpauschale in Höhe von DM 400,- pro Patient können niedergelassene Ärzte, die auch im dritten und vierten Quartal 1998 die Betreuung fortgesetzt haben und eine Genehmigung nach § 4 Abs. 2 erhalten, geltend machen.
2. Hat ein Arzt die Grundversorgung in der Einrichtung nicht bereits am 01.04. durchgeführt, sondern zu einem späteren Zeitpunkt des Jahres 1998 begonnen, werden die Pauschalen anteilig (Tage der Tätigkeit/ Tage des jeweiligen Quartals) gewährt.
3. Mit Abrechnung der Fallpauschale für das erste Quartal 1999 erklären die Ärzte, ob sie für denselben Versicherten oder ggf. welche anderen Versicherten die Versorgung im zweiten bis vierten Quartal 1998 bzw. anteilig mit Anzahl der Tage der Tätigkeit übernommen haben.
4. Die KV Berlin übernimmt anhand der Erklärung gemäß Absatz 3 die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen. Die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen unverzüglich nach Rechnungseingang.

5. Die Krankenkassen behalten sich vor, die von den Ärzten gemachten Angaben zur Versorgung vor dem 01.01.1999 zu überprüfen, z.B. durch Befragung der Einrichtungen oder der Patienten.

### § 13

#### Beitritt, Inkrafttreten, Kündigung

Die Vereinbarung tritt am 01.01.1999 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2002. Bei Vorliegen besonderer Gründe kann sie mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Berlin, den 18.12.1998

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin

Der Vorstand

*Wolfgang Künze*

BKK-Landesverband Ost

Der Vorstand

*i.v. J. J. J.*

IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin

Der Vorstand

*[Signature]*

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Für den Vorstand

*M. Günter, Kassenärztliche Vereinigung Berlin*

*R. K. K. K.*

Anlage zur ergänzenden Vereinbarung zwischen KV Berlin und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 18.12.1998

**Kooperationserklärung  
zwischen**

---

---

---

---

---

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

und

Name der Vertragsärztin/ des Vertragsarztes  
(Vertragsarztstempel)

Mit dem Ziel, eine qualitätsgesicherte Versorgung der chronisch erkrankten, multimorbiden und psychisch erkrankten Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, wirken die Partner dieser Kooperationserklärung zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit zusammen. Ambulante und stationäre Leistungsbereiche werden gemeinsam gestaltet und effizient verzahnt. Neben einer leistungsgerechten und humanen Versorgung der Patienten werden Wirtschaftlichkeitsvorteile realisiert, indem Kosten u.a. für Krankenhausaufenthalte und Krankentransporte verringert werden und damit ein Beitrag zur Gesamtwirtschaftlichkeit der Versorgung geleistet werden soll.

Die Ärztin/ der Arzt unterstützt die Pflegeeinrichtung bei der Erfüllung der Vorgaben der Rahmenvereinbarung vom 26.03. 1998 der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK. Die Pflegeeinrichtung unterstützt die Ärztin/ den Arzt bei der Erfüllung der Kriterien der ergänzenden Vereinbarung vom 18.12.1998 der Krankenkassenverbände und der KV Berlin.

Berlin, den

Heimleitung für die Pflegeeinrichtung

Unterschrift des Vertragsarztes/ der Vertragsärztin  
(Vertragsarztstempel)