

# **Vereinbarung**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)**

**und**

**den Landesverbänden der Krankenkassen**

**(nachfolgend als "Krankenkassenverbände" bezeichnet)**

**über**

**die vertragsärztliche Versorgung**

**in Krankenhäusern/ Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenheimen, die zum**

**01.07.1996 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen umgewandelt wurden**

**(nachfolgend als "Einrichtungen" bezeichnet)**

## **§ 1**

### **Gegenstand der Vereinbarung**

- (1) Diese Vereinbarung bezieht sich auf die Grundversorgung durch niedergelassene Ärzte in Einrichtungen der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK, die sich nicht dieser Rahmenvereinbarung angeschlossen haben. Je nach Schwerpunkt der Einrichtung handelt es sich um eine allgemeinmedizinisch-internistische, eine nervenärztliche bzw. psychiatrische oder eine kombiniert internistisch-psychiatrische Grundversorgung. Konsiliartätigkeit und Auftragsleistungen bleiben mit Ausnahme der §§ 10 und 11 (3) von dieser Vereinbarung unberührt.
- (2) Die nachfolgenden Regelungen gelten ausschließlich für die Versorgung von Versicherten solcher Krankenkassen, die gemäß Nr. 2. (8) der Rahmenvereinbarung der Krankenkassenverbände, KV Berlin, BKG und VPK vom 26.03.1998 beigetreten sind.

## § 2

### Teilnahme

- (1) Teilnehmen können alle niedergelassenen hausärztlich tätigen Ärzte sowie Nervenärzte, Psychiater oder Neurologen, die die Grundversorgung im Rahmen dieser Vereinbarung übernommen haben.
- (2) Die Ärzte, die sich dieser Vereinbarung 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 § 3 übernehmen.
- (3) Mit Teilnahme an der Vereinbarung übermittelt der Arzt der KV Berlin am Ende des Quartals eine Liste der Patienten, die er im Quartal betreut hat. Sofern während des Quartals Änderungen im Kreis der zu betreuenden Patienten auftreten, teilt er dies auf einer gesonderten Liste mit, die Auskunft über den Betreuungszeitraum (Beginn/Ende des Zeitraumes, in dem der Patient als Bewohner in der Einrichtung gemeldet ist) in diesem Quartal gibt. Die KV Berlin leitet die Patientenlisten an die Krankenkassen weiter.

## § 3

### 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 und gewährleistet eine durchgängige Betreuung der Patienten in der Einrichtung. Ausnahmefälle werden von der Kommission nach § 4 Abs. 1 geprüft. Für den Fall der Verhinderung des Arztes (z.B. Krankheit oder Urlaub) benennt dieser im voraus schriftlich eine Vertretung gegenüber der Einrichtung. Änderungen werden der Einrichtung mitgeteilt. Die KV erhält jeweils eine Kopie. Sind in einer Einrichtung mehrere Ärzte tätig, kooperieren sie untereinander.
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. Der Arzt verpflichtet sich auf die Einrichtung einzuwirken, daß diese, soweit kein Notfall vorliegt, den Arzt, der Rufbereitschaft hat, hinzuzieht, bevor sie selbst eine Krankenhauseinweisung veranlaßt, bzw. durch einen nicht an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt veranlassen läßt.

4. Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team (Therapeuten, Pflegepersonal etc.) werden in Abstimmung mit der Einrichtung mindestens einmal je Quartal abgehalten und werden dokumentiert (Teilnehmer, Datum, Patient u.a.). Darüber hinaus werden Qualitätszirkel, ersatzweise mindestens eine Fortbildungsveranstaltung pro Jahr besucht.
5. Bei der Dokumentation strebt der Arzt eine Kooperation mit der Einrichtung an. Zudem wird je Quartal eine formalisierte Information gemäß Anlage über die für den jeweiligen Versicherten im laufenden Quartal verordneten und veranlaßten Leistungen erstellt.
6. Im Rahmen des Kostencontrollings gem. § 7 gibt der teilnehmende Arzt Auskünfte und Erläuterungen.
7. Der Arzt informiert bei erkennbaren Qualitätsmängeln in der Zusammenarbeit mit der Einrichtung die von der KV gebildete Kommission oder die zuständige Krankenkasse.

#### **§ 4**

#### **Qualitätssicherung**

- (1) Eine von der KV Berlin gebildete Kommission prüft kurzfristig begründete Zweifel über die Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 und § 3. Über die daraus resultierende Entscheidung wird die beschwerdeführende Stelle unterrichtet. Die KV Berlin informiert die Partner dieser Vereinbarung im Lenkungsausschuß über die Entscheidungen der Kommission.
- (2) Verstößt ein teilnehmender Arzt gegen § 3, wird ihm die Genehmigung zur Abrechnung der Pauschale nach § 8 entzogen.
- (3) Falls eine Überschreitung des Budgets gem. § 6 festgestellt wird, gelten die in § 7 dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen. Ist eine Überschreitung insbesondere nachweisbar auf vergleichsweise hohe Verordnungskosten zurückzuführen, erfolgt eine Beratung des Vertragsarztes durch die in Abs. 1 genannte Kommission, sofern die Ko-

sten nicht durch Besonderheiten erklärt werden können. Ist die Beratung erfolglos, kann dem Vertragsarzt die Genehmigung für die Abrechnung der gesonderten Vergütung nach § 8 von der KV Berlin entzogen werden.

- (4) Die Maßnahmen der von der KV gebildeten Kommission gemäß Abs. 1 - 3 erfolgen in Abstimmung mit den Vertretern der Krankenkassen im Lenkungsausschuß. Ebenso können die Vertreter der Krankenkassen im Lenkungsausschuß die Kommission der KV zu Maßnahmen gemäß Abs. 1 - 3 auffordern.
- (5) Bei Vorlage von Kriterien nach § 3 Abs. 7 leitet die von der KV gebildete Kommission im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten geeignete Maßnahmen ein.

## § 5

### Lenkungsausschuß

Die Entscheidungen des Lenkungsausschusses (gem. Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998, Nr. 9), z.B. in bezug auf die Weiterentwicklung der Vereinbarung, die Qualitätssicherung und das Controlling, gelten auch in dieser Vereinbarung, sofern die Partner dieser Vereinbarung darüber Einvernehmen erzielt haben. Über den Stand der Umsetzung getroffener Entscheidungen wird auf der folgenden Lenkungsausschußssitzung berichtet.

## § 6

### Fiktives Budget

- (1) Im Sinne einer Zusammenführung von medizinischer und ökonomischer Verantwortung erhalten die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte ein gemeinsames fiktives Budget, welches die folgenden Leistungen umfaßt:

- |           |   |                          |
|-----------|---|--------------------------|
| <b>1.</b> | <b>Ärztliche Behandlung</b>   | DM 1.600,- /Patient/p.a. |
| <b>2.</b> | <b>Medizinisch-therapeutische Behandlung</b>  | DM 773,- /Patient/p.a.   |
| <b>3.</b> | <b>Sprechstundenbedarf und Medizinischer Bedarf</b><br>(Artikelliste gem. Anlage 3 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998) | DM 1.333,- /Patient/p.a. |
| <b>4.</b> | <b>Arzneimittel</b>   | DM 2.000,- /Patient/p.a. |

<b>5. Krankenhausbehandlung</b>	DM 2.453,- /Patient/p.a.
<b>6. Fahrkosten</b>	DM 80,- /Patient/p.a.

In das Budget wird damit eine fiktive Pauschale in Höhe von DM 8.239,- DM/ Patient/ p.a. eingestellt.

- (2) Im Rahmen dieser Vereinbarung ist eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Ansätze unter Berücksichtigung der spezifischen Versorgungsstrukturen vorgesehen. Soweit allgemeine Kostenentwicklungen den Ansatz des ausgewiesenen fiktiven Budgets nicht mehr rechtfertigen, ist hierüber ebenfalls erneut zu verhandeln. Dies gilt insbesondere für die medizinisch-therapeutische Behandlung und für den Medizinischen Bedarf, wenn durch die Inanspruchnahme niedergelassener Therapeuten oder den Bezug von Medizinischem Bedarf auf Verordnung nachweisbar höhere Kosten entstehen als bei vergleichbaren Einrichtungen, die an der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 teilnehmen.

## **§ 7 Kostencontrolling**

- (1) Die teilnehmenden Ärzte erhalten quartalsweise eine Vorinformation über die Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen.
- (2) Am Ende des Jahres wird das Gesamtergebnis festgestellt. Sollten die Gesamtkosten das Budget um bis zu 5 % überschreiten, hat dies keine Konsequenzen für die beteiligten Ärzte.
- (3) Bei Überschreitung des Budgets um mehr als 5 % sind im Rahmen des Controlling zunächst die Ursachen zu ermitteln. In einem ersten Schritt wird untersucht, in welchen Einrichtungen die Ursache dafür zu finden ist. Danach wird innerhalb dieser Einrichtungen geprüft, bei welchen Ärzten und aus welchen Gründen die hohen Ausgaben verursacht wurden. Der die 5 % übersteigende Betrag wird vorgetragen, mit dem Ziel, geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den Verlustvortrag in der nächsten Periode abzubauen. Gemäß § 4 erfolgt gegebenenfalls eine Beratung durch die Kommission oder es kann die Genehmigung für die Abrechnung der gesonderten Vergütung entzogen werden.

Ist der Verlust auf die Höhe der Kosten für verordnete medizinisch-therapeutische Be-

handlung oder des Medizinischen Bedarfs zurückzuführen, kann auf den Vortrag ins Folgejahr nach Abstimmung zwischen den Partnern dieser Vereinbarung verzichtet werden (vgl. § 4 Abs. 3 und § 6 Abs. 2).

- (4) Bei Unterschreitung des Budgets erfolgt eine Beteiligung der teilnehmenden Ärzte am Ergebnis gemäß Ziffer 6 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 über die KV Berlin. Der Verteilungsschlüssel zur Ausschüttung der Ergebnisbeteiligung wird im Einvernehmen mit den Vertretern der Krankenkassen und der KV Berlin im Lenkungsausschuß festgelegt.

## **§ 8**

### **Vergütung und Abrechnung**

- (1) Niedergelassene Ärzte, die sich den Organisationsstandards nach § 2 und § 3 anschließen, erhalten eine Pauschale in Höhe von DM 4,38 pro Patient und pro Tag des Betreuungszeitraums. Aus der Pauschale sind Vertretungen (Urlaub/Krankheit) abzugelten. Die Pauschale ist einmal je Arzt und Patient abrechenbar.
- (2) Die Abrechnung unterliegt dem jeweils gültigen Verwaltungskostenbeitrag der KV Berlin und erfolgt auf dem Behandlungsschein unter Angabe der Pseudonummer 9889 C sowie des Behandlungszeitraumes im jeweiligen Quartal. Die Abrechnung der Pseudonummer 9889 C neben EBM-Nrn. ist ausgeschlossen.
- (3) Ärzte, die sich den Organisationsstandards nicht anschließen möchten, können keine besondere Vergütung beanspruchen.
- (4) Sofern für die Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 eine höhere Tagespauschale vereinbart wird, hat sie Wirkung für diese Vereinbarung. Soweit in der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 eine Regelung über längere Abwesenheiten des Patienten während des Betreuungszeitraumes (z.B. Krankenhausbehandlung) getroffen wird, wird sie für diese Vereinbarung übernommen.

## **§ 9**

### **Zahlungen der Krankenkassen**

- (1) Für die Vergütung der Leistungen, die nach § 2 und § 3 teilnehmende Ärzte in den Einrichtungen der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 erbringen, zahlen

die Krankenkassen, außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung, die unter § 8 Abs. 1 festgelegte Pauschale an die KV Berlin. Die Pauschale wird nach Maßgabe des § 8 an die teilnehmenden Ärzte weitergeleitet.

- (2) Zum 10. des zweiten Monats eines Quartals leisten die Krankenkassen Abschlagszahlungen in Höhe des Vorquartalsbetrages. Über die Höhe der Abschlagszahlungen für das erste Quartal der Laufzeit erfolgt eine gemeinsame Regelung der Partner der Vereinbarung auf der Grundlage der erteilten Genehmigungen. Bei gravierenden Änderungen der Basis der zu leistenden Abschlagszahlungen oder Änderungen der entsprechenden Zahlungsmodalitäten der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 verständigen sich die Partner der Vereinbarung unmittelbar auf eine Anpassung der Abschlagszahlungen.
- (3) Die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen erfolgt quartalsweise in einer gesonderten Aufstellung. Der Zahlungsausgleich erfolgt unverzüglich nach Eingang der vollständigen Rechnungsaufstellungen.

## **§ 10**

### **Arzneimittel**

Die Versorgung der Patienten in den Pflegeeinrichtungen mit Arzneimitteln ist im Rahmen der Richtgrößenprüfung als Praxisbesonderheit zu prüfen.

## **§ 11**

### **Sprechstundenbedarf und Medizinischer Bedarf**

- (1) Der Bezug von Sprechstundenbedarf für die in der Pflegeeinrichtung betreuten Patienten wird gesondert ausgewiesen.
- (2) Soweit die Möglichkeiten nach Abs. 3 nicht gegeben sind, werden Artikel des Medizinischen Bedarfs (gem. Anlage 3 der Rahmenvereinbarung) vertragsärztlichen Bestimmungen entsprechend über Verordnung bezogen.

- (3) Vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüfen die Vertragspartner in Absprache mit den teilnehmenden Ärzten andere Bezugswege für den Medizinischen Bedarf (gem. Anlage 3 der Rahmenvereinbarung).

## **§ 12**

### **Übergangsregelung für Leistungen niedergelassener Ärzte im Zeitraum 01.04.1998 bis 31.03.1999**

Leistungen der Grundversorgung, die im Sinne der Rahmenvereinbarung vom 26.03.1998 und im Vertrauen auf eine zeitnahe Regelung, gemäß Nr. 2. (2) der Rahmenvereinbarung, von niedergelassenen Ärzten in den Einrichtungen erbracht wurden, werden nachträglich gefördert. Die im Zeitraum vom 01.04.1998 bis 31.03.1999 erbrachten Leistungen werden nach Maßgabe folgender Regelung nachvergütet:

1. Die Pauschale in Höhe von DM 4,38 pro Patient und Tag des Betreuungszeitraums können niedergelassene Ärzte, die im oben genannten Zeitraum die Patienten betreut haben und eine Genehmigung nach § 2 Abs. 2 erhalten, geltend machen.
2. Mit Abrechnung für das zweite oder dritte Quartal 1999 erklären die Ärzte, ob sie für denselben Versicherten oder ggf. für welche anderen Versicherten sie die Versorgung im Zeitraum vom 01.04.1998 bis 31.03.1999, unter Angabe der Anzahl der Tage im Betreuungszeitraum, übernommen haben.
3. Die KV Berlin übernimmt anhand der Erklärung gemäß Ziffer 2 die Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen. Die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen unverzüglich nach Rechnungseingang.
4. Die Krankenkassen behalten sich vor, die von den Ärzten gemachten Angaben zur Versorgung vor dem 01.04.1999 zu überprüfen, z.B. durch Befragung der Einrichtungen oder der Patienten.

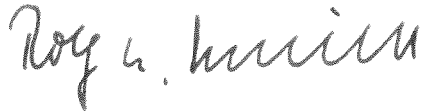
§ 13

**Inkrafttreten, Kündigung**

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.1999 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.

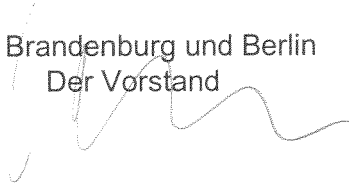
Berlin, den 01.09.1999

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin  
Der Vorstand



BKK-Landesverband Ost  
Der Vorstand

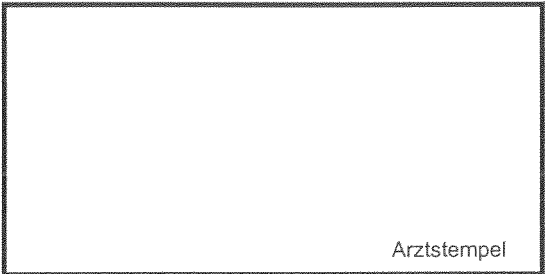
IKK Brandenburg und Berlin  
Der Vorstand



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Für den Vorstand



**Dokumentationsbogen zur Vereinbarung über die vertrags-  
ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen  
vom 01.09.1999 (§ 3 Nr. 5)**



Behandlungsquartal:      I      II      III      IV      1999  
           

Krankenkassenverband (bitte ankreuzen):       AOK                       IKK                       BKK

Krankenkasse (genaue Bezeichnung): .....

Name der Einrichtung: .....

(bitte je Patient und Quartal nur einen Vordruck verwenden)

<b>Patientenname</b>	
<b>Versichertennummer</b>	
<b>Diagnose</b>	
<b>verordnete Arzneimittel</b> (Name, Stärke, Menge)	
<b>verordnete Heilmittel</b> (genaue Bezeichnung und Anzahl)	
Kosten (falls bekannt)	
<b>Verordnungen für Artikel des medi- zinischen Bedarfs</b> laut Anl. 3 zur Rahmenvereinbarung (Bezeichnung und Anzahl)	
<b>Krankentransporte</b> (Art und Häufigkeit)	
<b>Verordnungen von Krankenhausbe- handlung</b> (Angabe des Hauses, der Abteilung)	
<b>Dauer (von - bis)</b>	
<b>Einweisungsdiagnose</b>	