

An alle Ärztinnen und Ärzte  
mit Ausnahme der Fachgruppen, die in § 13  
Abs. 4 BMV-Ä (dürfen ausschließlich auf  
Überweisung tätig werden) genannt sind

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:** Service-Center  
Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
Fax: (030) 3 10 03 – 900  
service-center@kvberlin.de

10. Januar 2012

**Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten bei privaten Auslandsreisen nach § 132e SGB V und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) nach § 20d Abs. 2 SGB V**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die KV Berlin hat mit der **Deutschen BKK** zum 01.01.2012 einen Vertrag geschlossen, der die Durchführung und Abrechnung von Reiseschutzimpfungen sowie der erweiterten HPV-Impfung zum Ziel hat. Die Durchführung der Schutzimpfungen soll sich nach den Empfehlungen der STIKO sowie der jeweiligen Fachinformation richten. Dies bezieht sich auf die Impfzeitpunkte, Intervalle und Indikationen.

Die Teilnahme an der Vereinbarung ist freiwillig und gilt für Versicherte der Deutschen BKK, unabhängig vom Wohnort.

Sie können ab sofort Ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Berlin mit der als Anlage beigefügten Teilnahmeerklärung beantragen.

Für die Leistungen aus diesem Vertrag ist die Praxisgebühr einzuziehen, sofern sie nicht bereits für das betreffende Quartal entrichtet wurde.

Es können folgende Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten nach dieser Vereinbarung durchgeführt werden:

1-fach Impfungen	SNR	Vergütung in Euro
FSME	90100	17,00
Hepatitis A	90101	17,00
Hepatitis B	90102	17,00

**ab 01.01.2012  
Reiseschutz-  
impfung**

**und  
HPV-  
Impfung  
18. – 26. Lj.**

**für Versi-  
cherte der  
Deutschen  
BKK**

**Ihre  
Schriftliche  
Teilnahmeer-  
klärung not-  
wendig**

**Praxisgebühr  
fällt an**

/2

<b>1-fach Impfungen</b>	<b>SNR</b>	<b>Vergütung in Euro</b>
Meningokokken	90103	17,00
Tollwut	90104	17,00
Typhus	90105	17,00
<b>2-fach-Impfungen</b>		
Hepatitis A und B	90106	21,00
Hepatitis A und Typhus	90107	21,00
HPV 1. Impfung	90108	15,00
HPV 2. und 3. Impfung	90109	10,00 pro Impfung

Die Kosten für die HPV-Impfung übernimmt die Deutsche BKK für weibliche Versicherte im Alter vom 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb mengenbegrenzender Maßnahmen.

Der Bezug der Impfstoffe erfolgt unter Verwendung von Muster 16 zu Lasten der Deutschen BKK und Nennung des Versicherten. Die Verordnung ist unter Benennung der Impfstoffart ohne Angabe des Produktnamens mit Status-Kennzeichen-8 zu markieren. Bitte kreuzen Sie unbedingt oben rechts dieses Feld 8 (Impfstoffe) an, damit die Kosten nicht fälschlich Ihre Richtgröße belasten.

Den vollständigen Vertrag finden Sie auf der Homepage ([www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) für die Praxis/ Verträge und Recht/ Verträge).

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Vorstandsmitglied

Anlage  
Teilnahmeerklärung

**Vergütung  
außerhalb  
der MGV**

**Impfstoff zu  
Lasten der  
D BKK  
verordnen**

**☎ 31003-999**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 466, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

### Teilnahmeerklärung

**zur Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei privaten Auslandsreisen und von Impfungen zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) mit der Deutschen BKK (gültig ab dem 01.01.2012)**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt / Job-Sharer  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name des angestellten Arztes bzw. Job-Sharers)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



**Ich beantrage für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme an der o.g. Vereinbarung.**

- Ich bzw. der angestellte Arzt gehöre/gehört keiner Fachgruppe an, die gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä nur auf Überweisung tätig werden darf.

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt der o.g. Vereinbarung informiert worden. Der Inhalt der Vereinbarung ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist und die Anforderungen erfüllt werden müssen,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Teilnahme an der o.g. Vereinbarung mit Datum des Bescheides beginnt, in dem die KV Berlin die Teilnahme schriftlich genehmigt und ich dann zur Leistungserbringung durch mich selbst oder durch den angestellten Arzt berechtigt und verpflichtet bin,
- dass die Teilnahme an der o.g. Vereinbarung endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen der o.g. Vereinbarung nicht mehr erfüllt sind oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.

Ich verpflichte mich, die Ordnungsgrundsätze gemäß § 9 der o.g. Vereinbarung einzuhalten.

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf.  
des ärztlichen Leiters (bei MVZ)