

Vergütungsvereinbarung 2007 / AOK Berlin

Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) und der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 83 Satz 1 in Verbindung mit § 85 Abs. 1 bis 3 SGB V für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007

Die Gesamtvergütungsvereinbarung 2007 wurde am 31.03.2008 zwischen den im Rubrum genannten Vertragspartnern für den Zeitraum vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 vereinbart. Gegenüber der Gesamtvergütungsvereinbarung 2006 vom 09.11.2006 (veröffentlicht im KV-Blatt 01/2007) ergeben sich folgende Änderungen:

§ 1 Abs. 2, 3 und 4 werden wie folgt neu gefasst:

2. Ferner sind folgende in der Vergütungsvereinbarung (§ 7 Abs. 3, § 11 und § 12) zwischen der AOK Berlin und der KV Berlin vom 26.10.1992 genannten Leistungen auf der Basis der Vergütungsregelung 1992 abrechnungsfähig:

- a) Hausbesuche durch examinierte Hilfskräfte des Vertragsarztes werden mit 300 Punkten je Besuch bewertet und unter der SNR 90005E abgerechnet. Für Mitbesuche wird diese Gebühr nicht gezahlt. Eine Wegepauschale wird neben dieser Sondergebühr nicht vergütet.
- b) Für die ambulante Behandlung von AIDS-kranken Patienten der AOK Berlin wird je Behandlungsfall und Quartal ein Zuschlag in den Quartalen I bis II/2007 in Höhe von 61,36 €, im Quartal III/2007 in Höhe von 55,00 € und im Quartal IV/2007 in Höhe von 50,00 € (ab 2008 in Höhe von 45,00 €) gezahlt und unter der SNR 99053 abgerechnet.
- c) Als Fuhrkostenzuschuss für den organisierten Ärztlichen Notfalldienst (Bereitschaftsdienst) wird ein Betrag von 9,71 € pro Einsatz gezahlt und unter der SNR 40224N abgerechnet. Mit diesem Betrag ist die Wegepauschale abgegolten.

3. Die Wegepauschalen werden im Jahr 2007 gemäß der Vereinbarung vom 24.08.2005 vergütet für die BMÄ-Nrn. 40220 bis 40230.

4. Onkologie-Zuschläge sind gemäß der Onkologie-Vereinbarung vom 14.04.2003 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 20.11.2007 nach den SNR 96600, 96601 und 96602 abrechnungsfähig.

In § 2 Abs. 2 werden die Jahreszahlen von „2006“ in „2007“ geändert.

§ 3 wird wie folgt neu gefasst:

Berechnung der budgetierten Gesamtvergütung 2007

1. Grundlage sind die Kopfpauschalen der Quartale I/2006 bis IV/2006 für die AOK Berlin.

2. Die budgetierte Gesamtvergütung wird basiswirksam gemäß § 3 Abs. 3 der Gesamtvergütungsvereinbarung des Jahres 2006 zur Finanzierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapien nach § 5 um einen Betrag in Höhe von 150.000 € (pro Quartal 37.500 €) zzgl. der Grundlohnsummensteigerung des Jahres 2007 (0,47%) erhöht.

3. Die nach Abs. 1 festgestellten Basiskopfpauschalen für die Quartale I und IV/2007 werden basiswirksam gemäß § 3 Abs. 4 der Gesamtvergütungsvereinbarung des Jahres 2006 um den aufgeteilten Stützungsbetrag erhöht, der sich aus der Stützung vom rechnerischen Punktwert der Belegärztlichen Leistungen nach § 8 b Abs. 3 des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab im dritten und vierten Quartal 2006 auf einen Punktwert von 4,00 Cent ergibt. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1. Die Verwendung dieses zweckgebundenen Vergütungsanteils ist in § 10 Abs. 1 dieser Vereinbarung geregelt.

4. Die nach Abs. 1 festgestellte Basiskopfpauschale für das Quartal I/2007 wird je Mitglied bereinigt um die Sachkostenpauschalen für Radionuklide (BMÄ-Nrn. 40500 bis 40580) in Höhe von 50 % der im Formblatt ausgewiesenen Beträge entsprechend der Bundesempfehlung. Der ermittelte Betrag je Mitglied ergibt sich aus Anlage 1.

5. Die nach Abs. 1 festgestellte Basiskopfpauschale für das Quartal I/2007 wird je Mitglied um die Sachkostenpauschalen für Endoskopische Gelenkeingriffe (BMÄ-Nrn. 40750 bis 40754) in Höhe von 100 % der im Formblatt ausgewiesenen Beträge bereinigt. Der ermittelte Betrag je Mitglied ergibt sich aus Anlage 1.

6. Die nach Abs. 1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden je Mitglied für die extrabudgetäre Förderung der Psychotherapie (§ 5 Abs. 2) und besonderer Leistungen (§ 6 Abs. 1) im I. Quartal um 0,31 €, im II. Quartal um 0,31 €, im III. Quartal um 0,32 € und im IV. Quartal um 0,32 € bereinigt.

7. Die nach Abs. 1 festgestellten Basiskopfpauschalen je Mitglied werden um das in den Quartalen I/2006–4/2006 abgerechnete Leistungsvolumen der EBM-Leistungen der EBM-Abschnitte 31.1 und 31.4 sowie der Abschnitte 2 und 3 des Kataloges nach § 3 des Vertrages zu § 115 b SGB V auf Basis des kassenrechnerischen Punktwertes bereinigt, soweit für diese Leistungen noch keine Bereinigung der Kopfpauschalen erfolgt ist. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1.

8. Der AOK-spezifische Honorarfonds gemäß § 8 b Abs. 3 des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab wird zum 01.01.2007 um das darin enthaltene Honorarvolumen für die ambulanten Operationen und die damit im Zusammenhang stehenden Narkosen und postoperativen Überwachungen abgesenkt. Die nach Abs. 1 festgestellten Basiskopfpauschalen je Mitglied werden entsprechend bereinigt. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1.

9. Der AOK-spezifische Honorarfonds gemäß § 8 b Abs. 3 des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab wird zum 01.04.2007 aufgelöst. Die nach Abs. 1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden je Mitglied entsprechend der Regelungen in § 10 Abs. 2 der Vereinbarung ab dem 2. Quartal 2007 bis einschließlich des 1. Quartals 2008 um die im Formblatt 3 nachgewiesenen durchschnittlichen Ausgaben für belegärztliche Leistungen der Jahre 2000 bis 2004 bereinigt. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1.

10. Der Restbetrag des Förderbetrages des Jahres 2006 nach § 6 Abs. 1 und 3 der Gesamtvergütungsvereinbarung des Jahres 2006 wird wie folgt verwendet:

- 180.000 € werden dem Bereinigungsbetrag des § 8 b Abs. 3 des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab zugeführt (Abs. 8);
- 50.000 € werden zur Finanzierung der ambulanten Behandlung von AIDS-kranken Patienten (AIDS-Pauschale; SNR 99053) nach § 1 Abs. 2 b dieser Vereinbarung eingesetzt und
- der danach verbleibende Restbetrag des Förderbetrages des Jahres 2006 wird in die Gesamtvergütung des Jahres 2007 eingestellt.

11. Die nach Abs. 1 bis 10 errechneten Kopfpauschalen werden um die für das Jahr 2007 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen für das übrige Bundesgebiet gemäß § 71 Abs. 3 SGB V in Höhe von 0,47% erhöht und stellen die Kopfpauschale des Jahres 2007 dar (Anlage 1).

§ 4 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

1. Mit einem Punktwert von 4,04 Cent:

- a) Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen nach den

- BMÄ-Nrn. 01730, 01731, 01733, 01734 und 01740 bis 01743;
- b) Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach BMÄ-Nrn. 01707 und 01708, 01711 bis 01722;
- c) Mutterschaftsvorsorge nach BMÄ-Nrn. 01770 bis 01815 sowie 01700V und 01701V;
- d) Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) nach der BMÄ-Nr. 06332;
- e) Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis nach der BMÄ-Nr. 13621;
- f) Die Leistung der MRT der Mamma nach der BMÄ-Nr. 34431 wird mit einem Punktwert von 4,04 Cent vergütet. Dafür werden quartalsbezogen bis zu 0,23 % der budgetierten Gesamtvergütung verwendet. Über diesen Betrag hinaus erfolgt die Vergütung nach Einzelleistung außerhalb der Kopfpauschalen;
- g) Vakuumstanzbiopsien nach der BMÄ-Nr. 34274 (ab dem 01.07.2007)

§ 5 Abs. 1 und Abs. 2 werden wie folgt neu gefasst:

1. Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten bzw. auch der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Nervenheilkunde und Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (es gilt der berechnete Kreis der Leistungserbringer, der sich aus dem jeweils geltenden Beschluss des Bewertungsausschusses ergibt) für Mitglieder der AOK Berlin (ohne Betreute nach § 264 Abs. 2–7 SGB V), werden im Jahr 2007 extrabudgetär mit einem Betrag in Höhe von 767.000 € bis zur Höhe des jeweils geltenden Mindestpunktwertes entsprechend dem gültigen Beschluss des Bewertungsausschusses (derzeit vom 29.10.2004; zuletzt geändert in der 96. Sitzung) gestützt. Der Betrag wird wie folgt aufgeteilt:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| a) Quartal I: | 199.420 € (26 %); |
| b) Quartal II: | 184.080 € (24 %); |
| c) Quartal III: | 184.080 € (24 %); |
| d) Quartal IV: | 199.420 € (26 %). |

2. Zusätzlich werden die in Abs. 1 genannten Leistungen mit einem extrabudgetären Betrag in Höhe von 300.000 € (75.000 € je Quartal) sowie dem nach § 3 Abs. 2 eingestellten Betrag in Höhe von 37.500 € je Quartal zzgl. der Grundlohnsummensteigerung des Jahres 2007 (0,47 %) bis zur Höhe des jeweils geltenden Mindestpunktwertes entsprechend dem gültigen Beschluss des Bewertungsausschusses (derzeit vom 29.10.2004; zuletzt geändert in der 96. Sitzung) gestützt.

§ 6 wird wie folgt neu gefasst:

1. Die Finanzierung der Förderung der Grund- und Schwerpunktversorgung Rheumakranker (Rheuma-Vereinbarung vom 17.11.2005) durch die AOK Berlin erfolgt ab 01.01.2007 extrabudgetär. Die Rheuma-Vereinbarung wird auch im Jahr 2008 mit dieser extrabudgetären Förderung fortgeführt.

2. Die AOK Berlin stellt für das 2. Halbjahr 2007 (Erprobungsphase) extrabudgetär 100.000 € (50.000 € im 3. Quartal und 50.000 € im 4. Quartal) zur Förderung der nervenärztlichen Versorgung in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal zur Verfügung. Für die mit einem Besuch verbundene Betreuungsleistung bei einem AOK-Versicherten in diesen Einrichtungen erhalten Ärzte bei der Abrechnung der EBM-Nrn. 16231 oder 21231 (kontinuierliche Betreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung bzw. einer psychiatrischen Erkrankung) in Verbindung mit einem Besuch gemäß EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412 oder 01413 je Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von 10 €. Bei

Ausschöpfung der Beträge erfolgt eine Quotierung des Zuschlages. Nicht verwendete Gelder werden in das Folgequartal übertragen, im 4. Quartal 2007 nicht abgerufene Gelder werden in das Jahr 2008 übertragen. Die Verwendung der in das Jahr 2008 übertragenen Gelder wird von der AOK Berlin in Abstimmung mit der KV Berlin festgelegt.

3. Die AOK Berlin stellt zur Förderung der ambulanten Behandlung von AIDS-kranken Patienten (AIDS-Pauschale; SNR 99053) nach § 1 Abs. 2 b dieser Vereinbarung einen extrabudgetären Stützbetrag von 50.000 € zur Verfügung.

§ 8 wird wie folgt neu gefasst:

1. Die Leistungen der Schmerztherapie werden bis zur Fallzahlobergrenze entsprechend der quartalsmäßig abgerechneten Quote (1. Quartal: 3.387, 2. Quartal: 3.558, 3. Quartal: 3.516, 4. Quartal: 3.877) wie folgt extrabudgetär vergütet:
 BMÄ-Nr. 30700 (Anamnese) 71,60 €
 BMÄ-Nr. 30701 (Betreuung) 43,44 €
 Für ermächtigte Ärzte werden die o. g. Pauschalen jeweils um 50 % reduziert.

Die abgerechnete Quote ergibt sich aus dem Verhältnis abgerechneter Anzahl Anamnese und Betreuung in dem Quartal. Werden die Fallzahl-obergrenzen überschritten, werden die Pauschalen entsprechend quotiert.

2. Die Schmerztherapie erfordert eine besonders kurzfristige Übernahme des überwiesenen Patienten in die Schmerztherapie. Die zur BMÄ-Nr. 30700 vereinbarte EBM-Pauschale ist damit verknüpft, dass der Patient binnen 10 Kalendertagen ab Ausstellung der Überweisung eine Anamnese erhält. Außerhalb dieser Frist beträgt die EBM-Pauschale 57,28 €.

3. Die AOK Berlin erhält zu den Sitzungen der Schmerztherapie-Kommission eine Einladung. Sie kann durch einen Vertreter an den Sitzungen mit beratender Stimme teilnehmen. Die Protokolle der Schmerztherapie-Kommission werden der AOK Berlin übermittelt.

§ 9 Abs. 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

1. Die Leistungen der Polysomnographie (BMÄ-Nr. 30901) werden mit einem Punktwert in Höhe von 4,35 Cent außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vergütet.

2. Ziel ist es, das Mengenrisiko zu begrenzen und zugleich die maximalen Umsteuerungspotenziale zu erschließen. Dazu wird vereinbart, dass auf den vorgenannten Punktwert ein je Quartal zu ermittelnder Bonus ausgeschüttet wird, der sich aus dem Produkt von 48,00 € × Anzahl der vermiedenen Krankenhausfälle in diesem Quartal ergibt. Als Referenzwert (max. vermeidbare Fälle) gelten 164 Fälle je Quartal. Die AOK Berlin übermittelt der KV Berlin spätestens bis zum 30.08.2008 eine quartalsweise Auswertung über die vermiedenen Krankenhausfälle in elektronisch weiterverarbeitbarer Form, z. B. als Excel-Datei.

Die Überschrift in § 10 wird zu Belegärztliche Leistungen und § 10 wird wie folgt geändert:

1. Bis zum 31.03.2007 werden die belegärztlichen Operationen (EBM-Abschnitt 31.2) und die damit im Zusammenhang stehenden Anästhesie-Leistungen (EBM-Abschnitt 31.5) und postoperativen Überwachungskomplexe (EBM-Abschnitt 31.3) ausgehend vom HVM-Punktwert nach § 8 b Abs. 3 des Vertrages über den Honorarverteilungsmaßstab mit dem nach § 3 Abs. 3 für das 1. Quartal eingestellten Betrag innerbudgetär auf einen Punktwert von 4,00 Cent gestützt. Voraussetzung für diese Förde-



0,00 €/–0,38 €/–0,38 €/–0,38 €/–1,14 €
 Bereinigter Basiswert 2006:
 103,66 €/96,15 €/94,45 €/104,70 €/398,93 €
 zzgl. GLS 2007 (0,47%):
 0,49 €/0,45 €/0,44 €/0,49 €/1,87 €

Kopfpauschale 2007:
 104,15 €/96,60 €/94,89 €/105,19 €/400,80 €

zzgl. Betrag zur Stützung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie 2006 erhöht um GLS 2007 (§ 3 Abs. 2)
 37.676,25 €/37.676,25 €/37.676,25 €/37.676,25/150.705,00 €

Die Anlage 2 zur Vergütungsvereinbarung (Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung) wird wie folgt neu gefasst:

Gebührenordnungspositionen
BMÄ-Nrn. bis 30.09.2007

für die künstliche Befruchtung und die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung einer künstlichen Befruchtung stehen bzw. stehen können:
 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044 und 33090

Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen, die im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung stehen bzw. stehen können:
 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660, 32781

Gebührenordnungspositionen
BMÄ-Nrn. ab 01.10.2007

für die künstliche Befruchtung und die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung einer künstlichen Befruchtung stehen bzw. stehen können:
 01510, 01511, 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822

Vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen, die im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung stehen bzw. stehen können:
 32354, 32356, 32357, 32575 bis 32577, 32660, 32781

Anlage 3 zur Vergütungsvereinbarung 2007
 liegt in Papierform vor.

Berlin, 31.03.2008
 Unterschriften

Hinweis:
 Der vollständige Vertragstext kann auf der Homepage der KV Berlin (www.kvberlin.de) eingesehen werden.

DMP Diabetes mellitus Typ 1 / 1. Nachtrag / Alle Kassen

1. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 73 a SGB V vom 29.11.2007 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, dem BKK-Landesverband Ost, der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V, der Knappschaft – Dienststelle Berlin, der Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung Berlin, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. – Landesvertretung Berlin, handelnd für und in Vertretung seiner Mitgliedskassen, dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. – Landesvertretung Berlin, handelnd für und in Vertretung seiner Mitgliedskassen

Mit Wirkung zum 01.12.2007 wird der oben genannte Vertrag wie folgt geändert:

(1) Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“
 Die Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ wird durch die neue Anlage 3 mit Stand 27.02.2008 ersetzt.

(2) Anlage 5 „Teilnahmeerklärung des Arztes“
„Koordinierender Vertragsarzt“ gem. § 3 Abs. 4 „Hausarzt“
 Die Anlage 5 „Teilnahmeerklärung des Arztes“ – „Koordinierender Vertragsarzt“ gem. § 3 Abs. 4 „Hausarzt“ wird durch die neue Anlage 5 mit Stand 27.02.2008 ersetzt.

Berlin, den 02.04.2008
 Unterschriften

Anlage 3 – Strukturqualität Hausarzt
 zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassen

Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor – Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V –

In Einzelfällen kann die Aufgabe des koordinierenden Arztes auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden.

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Hausärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Dabei muss die Betreuung in enger Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen. Der Hausarzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage „Versorgungsinhalte“, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. Der Hausarzt gemäß Anlage 3 übernimmt nicht die Koordination bei Kindern und Jugendlichen mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

In Ausnahmefällen sind in Ergänzung zu Satz 2 auch Ärzte, die als Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gemäß Ziffer 1 der Anlage 1 dieses Vertrages an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und pro Quartal mindestens 40 Diabetiker, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, behandeln, als koordinierende Ärzte teilnahmeberechtigt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patienten



Fortsetzung von Seite A1096

bereits vor der Einschreibung von diesen Ärzten dauerhaft betreut worden sind. Sätze 3, 4 und 5 gelten entsprechend.

Voraussetzung

Beschreibung / Zeitpunkt / Häufigkeit

1. Fachliche Voraussetzungen Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V
 - Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung oder
 - Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt gemäß Ziffer 1 der Anlage 1 mit mindestens 40 Diabetikern / Quartal, davon mindestens 10 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in dauerhafter Betreuung

und jeweils

- die enge Kooperation mit einem vertraglich eingebundenen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Ärztin gemäß Anlage 1 dieses Vertrages ist beim Antrag auf Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachzuweisen
 - Information durch Praxismanual zu Beginn der Teilnahme, ggf. Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung und
 - regelmäßige diabetesspezifische Fortbildung, z. B. durch Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme
2. Apparative Ausstattung der Praxis
 - Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis
 - Blutdruckmessung nach nationalen Qualitätsstandards¹
 - 24 Stunden-Blutdruckmessung (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)
 - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)
 - EKG
 - Belastungs-EKG² (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)
 - Sonographie³, Doppler- oder Duplexsonographie³ (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)
 - Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)
- bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 18 Jahren⁴ fakultativ an eine diabetologisch qualifizierte pädiatrische Einrichtung,
 - bei Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierte Einrichtung,
 - zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut,
 - bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von schwangeren Typ-1-Diabetikerinnen erfahrene qualifizierte Einrichtung,
 - zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrenen, diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
 - bei bekannter Hypertonie und bei Nicht-Erreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zum jeweils qualifizierten Facharzt / qualifizierte Einrichtung,
 - bei Neuauftreten mikrovasculärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
 - Vorliegen mikrovasculärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich an eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
 - Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
 - zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogrammen qualifiziert ist,
 - bei Nichterreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2fachen der oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung,
 - bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (z. B. schwere Hypoglykämie, Ketoazidose) in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung.

Bei Vorliegen folgender Indikationen **soll** eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen werden:

1. bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung bzw. bei Einschränkung der Kreatinin-Clearance zum Nephrologen,
2. bei Vorliegen makroangiopathischer, einschließlich kardialer Komplikationen, zum jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei (gemäß Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 der RSAV):

1. Notfall (in jedes Krankenhaus),
2. ketoazidotischer Erstmanifestation in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung / qualifiziertes Krankenhaus,

¹ Qualitätsstandards gemäß den Empfehlungen in der Begründung zur 9. RSA-Änderungsverordnung Ziffer 1.5.4.1

² Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinie zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie.

³ Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie „Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)“ in der jeweils geltenden Fassung.

⁴ Gemäß Berufsordnung der Ärztekammer Berlin behandeln Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Jugendliche bis unter 18 Jahren. Daher wurde abweichend von der Anlage 7 der RSAV „unter 21 Jahren“ durch „unter 18 Jahren“ ersetzt.

3. Abklärung nach wiederholten schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in ein diabetologisch qualifiziertes Krankenhaus,
4. Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifiziertes Krankenhaus,
5. Nicht-Erreichen eines HbA1c-Wertes unter dem ca. 1,2-fachen oder oberen Norm der jeweiligen Labormethode nach in der Regel 6 Monaten (spätestens 9 Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
6. Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
7. ggf. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen qualifiziert ist,
8. ggf. zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammes von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
9. ggf. zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
10. ggf. zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen

Für die Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen gilt Ziffer 1.8.4 der Anlage 7 der RSAV.

Hausarztzentrierte Versorgung BIG-Gesundheit / KBV-AG Vertragskoordinierung

Vertrag zur präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V zwischen der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, Markgrafenstraße 62, 10969 Berlin – im Folgenden BIG Gesundheit genannt – und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin – im Folgenden AG Vertragskoordinierung genannt

Präambel / Versorgungsziele

Fundierte Früherkennung und eine frühe Krankheitsbehandlung helfen, hohe Folgekosten zu vermeiden und die Mortalität zu senken. Die Hausärzte bzw. Kinderärzte nehmen hierbei eine zentrale Stellung ein. Sie sind in vielen Fällen erster Ansprechpartner für den Patienten. Sie sollen – insbesondere durch Kooperation mit anderen Leistungserbringern – die Nutzung präventiver Maßnahmen durch die Versicherten ausbauen und eigenverantwortliches und gesundheitsbewusstes Verhalten fördern. Zugleich sind sie ein wichtiger Gesundheitspartner zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

§ 1 Grundsätze

(1) Die teilnehmenden Haus-, Kinder- und Jugendärzte übernehmen die Steuerungsverantwortung für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Im Gegenzug verpflichten sich die Versicherten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Arzt in Anspruch zu nehmen.

(2) Umsetzung von Behandlungsleitlinien, effektive und effiziente Pharmakotherapie sowie Qualitätsmanagement sind unverzichtbare Rahmenbedingungen zur Erreichung der Versorgungsziele.

(3) Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Vereinbarung den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V allgemein sowie die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 bis 1 c SGB V im Besonderen nicht einschränkt. Für die hier definierte hausärztliche Versorgung der Versi-

cherten der BIG im Rahmen dieses Vertrages überträgt die BIG ihren Sicherstellungsauftrag an die AG Vertragskoordinierung, die diesen durch ihre Mitglieder, die Kassenärztlichen Vereinigungen, wahrnimmt.

(4) Gegenstand dieser Vereinbarung sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind. Im Übrigen gelten die Regelungen der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe des SGB V, des Bundesmantelvertrages-Ärzte sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(5) Die Vertragspartner können diesen Vertrag durch weitere Verträge nach § 73 c SGB V ergänzen, bspw. zur Erweiterung des Umfangs präventiver Leistungsangebote.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse.

(2) Dieser Vertrag gilt für an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 a SGB V teilnehmende Ärzte (nachfolgend Hausärzte), die ihre Teilnahme nach § 4 dieses Vertrages erklärt haben.

(3) Dieser Vertrag gilt für nach § 3 beitretende Kooperationspartner.

(4) Weitere Krankenkassen können mit Zustimmung der Vertragspartner diesem Vertrag beitreten.

§ 3 Kooperationspartner

(1) Andere Leistungserbringer können als Kooperationspartner dieser Vereinbarung durch Vertrag beitreten. Ihre Leistungen sind in besonderen Kooperationsvereinbarungen (Anlagen zum Vertrag) festzulegen.

(2) Kooperationsvereinbarungen nach Absatz 1 können ggf. auch nur in einzelnen KV-Bezirken geschlossen werden.



Fortsetzung von Seite A1098

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die Teilnahme der Hausärzte ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die die Anforderungen gemäß §§ 5 und 6 erfüllen und dies entsprechend den dortigen Festlegungen gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

(2) Die Teilnahme ist schriftlich bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen. Die Teilnahme beginnt mit Beginn des Quartals, in dem die Kassenärztliche Vereinigung dem Hausarzt die Teilnahme bestätigt hat (Ausstellungsdatum).

(3) Mit der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 1* verpflichtet sich der Hausarzt zur Erfüllung der Versorgungsziele, der Qualitätsanforderungen gemäß §§ 5 und 6 und zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung gemäß § 7 dieser Vereinbarung.

(4) Der Hausarzt kann seine Teilnahme an dieser Vereinbarung gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals und bedarf der Schriftform.

§ 5 Persönliche Qualitätsanforderungen

(1) Zu den persönlichen Qualitätsanforderungen der teilnehmenden Hausärzte gehören:

- a) Aktive und kontinuierliche Teilnahme an mindestens einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) sowie am elektronischen Dokumentationsverfahren (eDMP), hiervon ausgenommen sind Kinder- und Jugendärzte, soweit noch keine entsprechenden Programme mit einer Teilnahmemöglichkeit existieren,
- b) Erklärung zur Kenntnisnahme und Behandlung nach evidenzbasierten und zugleich praxiserprobten Leitlinien für die hausärztliche Versorgung. Beispiele sind in *Anlage 2* aufgeführt.
- c) Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 5 Abs. 6 Psychotherapie-Vereinbarung. Vertragsärzte, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens dieser Vereinbarung nicht über diese Berechtigung verfügen, können innerhalb von 3 Jahren nach Teilnahme eine Qualifikation erwerben; dabei muss der Nachweis gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geführt werden, dass die Nachqualifikation innerhalb eines Jahres nach dem Zeitpunkt der erstmaligen Teilnahme an diesem Vertrag begonnen wurde, oder:
abgeschlossene Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin/Chirotherapie gemäß Weiterbildungsordnung der jeweiligen Ärztekammer, oder:
Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Akupunktur gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V, oder:
Anerkennung als Kinder- und Jugendarzt.

(2) Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten persönlichen Anforderungen ist zu Beginn der Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich zu erklären.

(3) Zu den weiteren persönlichen Anforderungen gehören:

- a) Die teilnehmenden Hausärzte nehmen jährlich an strukturierten, von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern oder Berufverbänden anerkannten Qualitätszirkeln zur Arzneimittel-

therapie unter der Leitung entsprechend geschulter Moderatoren teil. Ersatzweise nehmen die teilnehmenden Hausärzte verbindlich an einem strukturierten Qualitätszirkel, der typische Probleme einer hausärztlichen Praxis zum Gegenstand hat, teil. Die KV unterstützt die Qualitätszirkel auf Anforderung. Die KV wirkt darauf hin, dass strukturierte Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie für die hausärztliche Praxis spätestens 12 Monate nach In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung verfügbar sind. Die BIG stellt ggf. erforderliche Verordnungsdaten zur Verfügung.

- b) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme, insbesondere zu

- patientenzentrierter Gesprächsführung
- psychosomatischer Grundversorgung
- Palliativmedizin
- allgemeine Schmerztherapie
- Geriatrie bzw. Kinder- und Jugendmedizin konzentrieren.

Der Nachweis ist gemäß § 95 d Abs. 3 SGB V gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.¹⁾

- c) Einführung eines praxisinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements unter verbindlicher Beachtung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung vom 18.10.2005.

(4) Mit seiner Teilnahmeerklärung versichert der teilnehmende Hausarzt, dass er seinen Verpflichtungen hinsichtlich der Erfüllung der in Absatz 3 genannten persönlichen Anforderungen fristgerecht nachkommt.

§ 6 Sachliche Qualitätsanforderungen

(1) Einführung eines Praxis-Datenverarbeitungs-Systems, das die elektronische Führung der Patientenakten, die Speicherung von Befunddaten, die elektronische Abrechnung und ein Einbestellsystem (z. B. Termine zu den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen) sicherstellt.

(2) Nutzung der technischen Voraussetzungen zur elektronischen Kommunikation (E-Mail) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

(3) Nachweis folgender apparativer Mindestausstattung:

- 1.) Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- 2.) qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung unter verbindlicher Anwendung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
- 3.) Belastungs-EKG in Eigenleistung oder per Auftragsleistung unter verbindlicher Berücksichtigung der Leitlinie zur Ergometrie
- 4.) Lungenfunktionstest in Eigenleistung oder per Auftragsleistung
- 5.) Akutlabor

(4) Die Erfüllung der in Absatz 1 bis 3 genannten sachlichen Anforderungen ist zu Beginn der Teilnahme und anlassbezogen (z. B. bei Umzug oder Änderung der Praxisform) gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

¹⁾ Für am 30.06.2004 bereits zugelassene Vertragsärzte erstmals bis zum 30.06.2009.

§ 7 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

(1) Die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte erfüllen die umfassenden hausärztlichen Versorgungsfunktionen gemäß *Anlage 3*.

(2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte:

- 1.) informieren Versicherte der BIG Gesundheit über den Inhalt und die Ziele der Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung und die sich daraus ergebenden Vorteile,
 - 2.) informieren Versicherte der BIG Gesundheit über den Inhalt und die Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme und motivieren zur Teilnahme,
 - 3.) informieren Versicherte der BIG Gesundheit über Integrationsmodelle/-verträge der BIG Gesundheit und motivieren zur Teilnahme, sofern sie daran teilnehmen
 - 4.) koordinieren diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen, insbesondere bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Leistungserbringer und Versorgungsebenen,
 - 5.) beziehen leitliniengerecht weiter- oder mitbehandelnde Leistungserbringer unter Einschluss eines auf enger Kooperation basierenden Überweisungsmanagements zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen ein und stellen eine zeitnahe Terminvergabe sicher,
 - 6.) beachten im Rahmen der wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung die in den Leitlinien genannten Wirkstoffe,
 - 7.) verordnen preiswerte Arzneimittel, insbesondere generische Wirkstoffe,
 - 8.) beraten und geben Hinweise an die teilnehmenden Versicherten der BIG Gesundheit über alle nach § 20 d, § 25 und § 26 SGB V gebotenen Leistungen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten und weisen auf ihre regelmäßige Inanspruchnahme durch ein persönliches Einladungsmanagement hin,
 - 9.) unterstützen spezielle Screening-Programme,
 - 10.) wirken auf ein therapiegerechtes Verhalten von Versicherten der BIG Gesundheit mit chronischen Erkrankungen hin,
 - 11.) sind grundsätzlich bereit, Versicherte der BIG Gesundheit auch während eines Krankenhausaufenthaltes in geeigneter Form zu begleiten und besprechen insbesondere die Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung nach Möglichkeit mit den Krankenhausärzten unter Mitwirkung des Patienten,
 - 12.) übermitteln die Teilnahmeerklärungen der Versicherten spätestens innerhalb von 14 Tagen an die BIG Gesundheit,
 - 13.) informieren bei Beendigung der Teilnahme die bei ihm eingeschriebenen Versicherten in neutraler Form und weisen ggf. auf einen am Vertrag teilnehmenden Arzt in räumlicher Nähe hin,
 - 14.) übermitteln die Patientenunterlagen an einen anderen, ggf. nachfolgenden betreuenden Hausarzt
- zusätzlich zu den in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben.

§ 8 Aufgaben der AG Vertragskoordination

(1) Die vertragschließende AG Vertragskoordination nimmt die Aufgaben dieses Vertrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahr, die ihre Mitglieder sind. Die Mitglieder der AG werden samt der Beauftragung dieser Kassenärztlichen Vereinigungen durch Hausärzte in der *Anlage 11* aufgeführt. Über Änderungen werden die Vertragspartner unverzüglich informiert.

(2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass weitere Kassenärztliche Vereinigungen, die nicht Mitglieder der AG Vertragskoordination sind, Vertragspartner dieses Vertrages werden können. Die Aufnahme in diesen Vertrag erfolgt durch Vertrag.

(3) Die Erfüllung der persönlichen und sachlichen Qualifikationsvoraussetzungen gemäß §§ 5 und 6 dieser Vereinbarung wird von der jeweiligen KV überprüft und über die Teilnahme am Vertrag im Auftrag der BIG Gesundheit entschieden. Über die Entscheidung erhält der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, in welcher der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird (vgl. § 4 Abs. 2).

(4) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte führt die jeweilige KV ein historisiertes Verzeichnis der Hausärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen gemäß *Anlage 4*. Die KVen stellen die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses den Vertragspartnern in elektronischer Form (z. B. excel) jeweils monatlich zur Verfügung und veröffentlichen die Verzeichnisse darüber hinaus im Internet, vorzugsweise durch eine Kennung in der allgemeinen Arztsuche. Im ersten Halbjahr ab Vertragsbeginn ist eine kürzere Aktualisierung und Übersendung der Verzeichnisse durch die jeweilige KV anzustreben, um die Versicherten über die aktuell teilnehmenden Ärzte durch die BIG Gesundheit informieren zu können.

(5) Die KVen berichten der BIG Gesundheit jährlich zum Stichtag 30.06. über die kontinuierliche Erfüllung der Qualitätsanforderungen der teilnehmenden Vertragsärzte und erstellen ein Verzeichnis der Ärzte, die ihren vertraglichen Verpflichtungen zum Stichtag gemäß §§ 5 und 6 nicht nachgekommen sind.

(6) Zur Abrechnungsprüfung erhalten die KVen von der BIG Gesundheit ein Verzeichnis gemäß *Anlage 5*. Die BIG Gesundheit stellt dieses Verzeichnis in aktueller Fassung den KVen quartalsweise in elektronischer Form zur Verfügung (jeweils bis zum 15. des auf das abgelaufene Quartal folgenden Monats).

(7) Die AG Vertragskoordination und die KVen schreiben das Vorhaben im Auftrag der BIG Gesundheit in geeigneten Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Ziele, der persönlichen und sachlichen Qualitätsanforderungen und weiterer Aufgaben aus.

(8) Die KVen werden mit der Abrechnung besonderer Vergütungen/ Zusatzvergütungen nach diesem Vertrag beauftragt.

§ 9 Vertragsverletzungen

(1) Zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung werden nachstehende Maßnahmen für den Fall vereinbart, dass an diesem Vertrag teilnehmende Hausärzte gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.

(2) Bei Verstößen gegen die vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

- a) schriftliche Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- b) keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für nach dieser Vereinbarung abgerechnete Leistungen,
- c) Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung, wobei eine erneute Teilnahme am Vertrag erst nach Ablauf einer individuell durch die Vertragspartner festzusetzenden Frist möglich ist.
- d) Bei wiederholtem Nicht-Einhalten der vertraglichen Verpflichtungen kann die BIG Gesundheit bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung den Ausschluss eines Hausarztes aus der Teilnahme an dieser Vereinbarung verlangen. Gleiches gilt, wenn – insbesondere im Rahmen der Umsetzung der QM-Richtlinie – eine unzureichende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgestellt wird.



Fortsetzung von Seite A1100

(3) Vor der Einleitung der o. a. Maßnahmen ist dem Arzt Gelegenheit zu geben, sich zum Sachverhalt zu äußern.

§ 10 Teilnahme der Versicherten

(1) Die Teilnahme der Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten.

(2) Der Versicherte wählt einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt und schreibt sich bei diesem in die hausarztzentrierte Versorgung ein. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (*Anlage 6*) bestätigt der Versicherte seine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und die Wahl seines koordinierenden Hausarztes.

(3) Mit der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung willigt der Versicherte zugleich in die Datensammlung und den Datenaustausch durch seinen gewählten Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V ein.

(4) Die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Einwilligung in die Datensammlung und den Datenaustausch nach Abs. 3 wird für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

(5) Die teilnehmenden Versicherten sollen den Präventionsstatus jährlich erheben lassen. Sie verpflichten sich, ambulante fachärztliche Behandlungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Hiervon ausgenommen ist die Direktanspruchnahme von Leistungen bei Augenärzten und Frauenärzten und bei psychologischen Psychotherapeuten, soweit eine bereits genehmigte Psychotherapie begonnen oder fortgesetzt werden soll.

(6) Ein Wechsel des gewählten Hausarztes ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich. Als wichtiger Grund gelten ein Umzug sowie eine gravierende Störung des Vertrauensverhältnisses zum betreuenden Hausarzt.

(7) Die Versicherten können ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung frühestens nach Ablauf eines Jahres schriftlich gegenüber der BIG Gesundheit kündigen und scheiden zum Ende des Quartals nach Kündigungseingang aus der hausarztzentrierten Versorgung aus. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich. Die BIG informiert hierüber den Hausarzt.

(8) Das Weitere ist in *Anlage 7* geregelt.

§ 11 Vergütung und Abrechnung

Die Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen nach § 7 Absatz 1 dieser Vereinbarung für eingeschriebene Versicherte sind bereits Gegenstand vertraglicher Vereinbarungen nach § 85 SGB V und erfolgen ausschließlich nach Maßgabe des EBM sowie bestehender Sonderverträge. Zusätzliche Honoraransprüche für vertragsärztliche Leistungen entstehen vorbehaltlich § 12 dieser Vereinbarung nicht.

§ 12 Vergütungen und Abrechnung für besondere Aufgaben

(1) Die Vergütungen für besondere Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte nach diesem Vertrag werden in *Anlage 8* geregelt.

(2) Die Vergütung erfolgt durch die BIG Gesundheit gegenüber der jeweiligen KV außerhalb der Gesamtvergütung.

(3) Der Arzt rechnet die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung im Rahmen der regulären Abrechnung gegenüber seiner jeweiligen KV ab. Die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung nach *Anlage 8* werden gesondert abgerechnet.

(4) Die jeweilige KV prüft den Honoraranspruch durch Abgleich von Teilnahmebeginn- bzw. -enddaten von Versicherten und Ärzten gemäß *Anlage 5* (Versichertenverzeichnis) sowie *Anlage 4* (Vertragsarztverzeichnis).

(5) Die Leistungen werden gesondert im Formblatt 3 ausgewiesen.

(6) Die jeweilige KV ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten/-umlagen gegenüber den teilnehmenden Hausärzten in Abzug zu bringen.

§ 13 Evaluation, Vertragscontrolling

(1) Die Vertragspartner vereinbaren, die im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages erhobenen Daten (Berichtsvordrucke, Dokumentationen) gemeinsam zu erfassen, einer Aufbereitung zuzuleiten und auszuwerten.

(2) Weitergehende Einzelheiten regeln die Vertragspartner gesondert.

(3) Die Vertragspartner verständigen sich auf eine geeignete Veröffentlichung der Ergebnisse.

§ 14 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungs- und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern sowie sonstigen am Vertrag Beteiligten einzuhalten. Gleiches gilt im Falle der Beauftragung Dritter.

§ 15 Laufzeit, Kündigung, Schriftform

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2008 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner gegenüber dem/den anderen mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals jedoch zum 31.12.2009, schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung der BIG Gesundheit gegenüber der Arbeitsgemeinschaft und/oder einer Kassenärztlichen Vereinigung i. S. v. § 8 Abs. 2 dieses Vertrages erfolgt mit Wirkung für alle teilnehmenden Vertragsärzte, die Mitglied der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung sind und an diesem Vertrag teilnehmen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

(4) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

(5) Die Kündigung einzelner Anlagen kann gesondert erfolgen. Sie richtet sich nach den Absätzen 2 und 3, sofern in der Anlage selbst keine andere Kündigungsfrist vereinbart wurde.

§ 16 Schlussbestimmungen

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

(2) Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin, den 06.05.2008
Unterschriften

Anlagen liegen in Papierform vor
Anlage 1 Teilnahmeerklärung Hausarzt
Anlage 2 Evidenzbasierte Leitlinien
Anlage 3 gesetzliche Aufgaben gemäß Anlage 5 BMV-Ä

Anlage 4 Vertragsarztverzeichnis
Anlage 5 Liste der teilnehmenden Versicherten
Anlage 6 Teilnahmeerklärung Versicherter
Anlage 7 derzeit nicht besetzt
Anlage 8.1 Vergütung für besondere Aufgaben
Anlage 8.2 Vergütung Prävention
Anlage 9 Erhebungsbogen Präventionsstatus Erwachsene
Anlage 10 Erhebungsbogen Präventionsstatus Kinder
Anlage 11 Teilnehmende Kassenärztliche Vereinigungen

Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen / BIG-Gesundheit / KBV-AG Vertragskoordinierung

Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, Markgrafestraße 62, 10969 Berlin – im Folgenden BIG Gesundheit genannt – und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Präambel

Die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stellt zentrale Weichen für die gesundheitliche Entwicklung mit Auswirkungen bis in das fortgeschrittene Erwachsenenalter hinein. Die Qualität der Vorsorge soll durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Kinder und Jugendliche erhöht werden. Ziel ist es dabei, die Entwicklung von Kindern in der Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

§ 1 Grundsätze

(1) Die teilnehmenden Kinderärzte und die nach § 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kindes achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.

(2) Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Vereinbarung den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V nicht einschränkt. Für die hier definierte besondere ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten der BIG im Rahmen dieses Vertrages überträgt die BIG ihren Sicherstellungsauftrag an die AG Vertragskoordinierung, die diesen durch ihre Mitglieder, die Kassenärztlichen Vereinigungen, wahrnimmt.

(3) Gegenstand dieser Vereinbarung sind nur Zusatzleistungen, die nicht bereits gesetzlich an anderer Stelle oder in anderen Verträgen geregelt sind.

(4) Dieser Vertrag stellt eine modulare Ergänzung im Sinne von § 1 Abs. 5 des Vertrages **BIGprevent** dar.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Kinderärzte und die nach § 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte.

(3) Weitere Krankenkassen können mit Zustimmung der Vertragspartner durch Vertrag diesem Vertrag beitreten.

§ 3 Umfang des Versorgungsauftrages

(1) Teilnehmende Versicherte nach § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung erhalten folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) definierten Inhalte:

U 7a (33. bis 36. Lebensmonat)

Ziele und Schwerpunkte

- Allergische Erkrankungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Adipositas
- Sprachentwicklungsstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

U 10 (7 bis 8 Jahre)

Ziele und Schwerpunkte

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

(2) Im Rahmen der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht Anspruch auf Aushändigung eines Gesundheits-Checkheftes für Kinder und Jugendliche (z. B. bvkj) und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie eine ausführliche Beratung.

(3) Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.



Fortsetzung von Seite A1102

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind niedergelassene Kinderärzte berechtigt, die am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung **BIGprevent** der BIG Gesundheit teilnehmen.

(2) Die Teilnahmebedingungen richten sich nach § 4 „Teilnahmevoraussetzungen“ des Vertrages über die präventionsorientierte Hausarztzentrierte Versorgung **BIGprevent**. Eine erneute Teilnahmeerklärung ist nicht notwendig.

(3) Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin sind unter folgenden Voraussetzungen Vertragsärzte der Fachrichtung Allgemeinmedizin ebenfalls teilnahmeberechtigt:

- 1) Nachweis über die Durchführung von mindestens 10 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten 4 Abrechnungsquartale,
- 2) Bestätigung der Kenntnis der Inhalte der zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen gemäß Informationsblatt,
- 3) Teilnahme am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung **BIGprevent** der BIG Gesundheit.
Eine erneute Teilnahmeerklärung ist in diesem Fall notwendig.

(4) Die Teilnahme nach Absatz 3 ist schriftlich gemäß *Anlage 1* bei der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen. Die Teilnahme beginnt mit Beginn des Quartals, in dem die Kassenärztliche Vereinigung die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 3 überprüft und die Teilnahme im Auftrag der BIG Gesundheit schriftlich bestätigt hat (Ausstellungsdatum).

§ 5 Aufgaben der AG Vertragskoordination

(1) Die vertragschließende AG Vertragskoordination nimmt die Aufgaben dieses Vertrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahr, die ihre Mitglieder sind. Die Mitglieder der AG Vertragskoordination werden in der Anlage 4 aufgeführt. Über Änderungen werden die Vertragspartner unverzüglich informiert.

(2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass weitere Kassenärztliche Vereinigungen, die nicht Mitglieder der AG Vertragskoordination sind, Vertragspartner dieses Vertrages werden können. Die Aufnahme in diesen Vertrag erfolgt durch Vertrag.

(3) Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 Absatz 3 dieser Vereinbarung wird von der jeweiligen KV überprüft und über die Teilnahme am Vertrag im Auftrag der BIG Gesundheit entschieden. Über die Entscheidung erhält der Hausarzt eine schriftliche Mitteilung, in welcher der Beginn der Vertragsteilnahme festgelegt wird (vgl. § 4 Abs. 4).

(4) Über die teilnehmenden Vertragsärzte nach § 4 Absatz 3 dieser Vereinbarung führt die jeweilige KV ein Verzeichnis gemäß *Anlage 2* bzw. zukünftig ggf. optional im Rahmen eines Datenaustauschverfahrens. Die KVen stellen die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses den Vertragspartnern in elektronischer Form (z. B. excel) jeweils monatlich zur Verfügung.

(5) Die KVen berichten der BIG Gesundheit jährlich zum Stichtag 30.06. über die kontinuierliche Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen der teilnehmenden Hausärzte der Fachrichtung Allgemeinmedizin.

(6) Die AG Vertragskoordination und die KVen schreiben das Vorhaben im Auftrag der BIG Gesundheit in geeigneten Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Ziele sowie der Teilnahmevoraussetzungen aus.

(7) Die KVen werden mit der Abrechnung besonderer Vergütungen nach dieser Vereinbarung beauftragt. Die KVen sind berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

§ 6 Vergütung und Abrechnung

(1) Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen erhält der teilnehmende Arzt nach § 4 eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung:

SNR

Leistung Vergütung

81101
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der **U 7a**
50 €

81102
Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der **U 10**
50 €

(2) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen nach § 3 dieser Vereinbarung ist ausgeschlossen.

(3) Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

(4) Die Vergütungspauschale gemäß Abs. 1 ist von den teilnehmenden Ärzten über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Mit der Abrechnung der Vergütungspauschale leitet der Arzt die Teilnahmeerklärung der Versicherten nach *Anlage 3* dieser Vereinbarung an seine KV weiter.

(5) Die Leistungen werden gesondert im Formblatt 3 ausgewiesen.

§ 7 Dokumentation

Die Untersuchung ist in einem „Gesundheits-Checkheft/Präventionspass“ zu dokumentieren.

§ 8 Teilnahme der Versicherten

(1) Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig. Sie schränkt das Recht auf freie Arztwahl nicht ein.

(2) Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen nach dieser Vereinbarung (U 7a, U 10) wahrnehmen und die durch die Expertenkommission der STIKO empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

(3) Die Eltern/Sorgeberechtigten erklären durch ihre Unterschrift die Teilnahme sowie ihre Bereitschaft, die Behandlung des Kindes für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bei dem einschreibenden Vertragsarzt durchführen zu lassen (*Anlage 3*).

(4) Die Eltern/Sorgeberechtigten erklären ebenfalls durch ihre Unterschrift, zu prüfen, ob sie sich in die präventionsorientierte Hausarztzentrierte Versorgung der BIG Gesundheit einschreiben.

§ 9 In-Kraft-Treten und Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.04.2008 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner gegenüber dem/den anderen mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals

jedoch zum 31.12.2009, schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung der BIG Gesundheit gegenüber der Arbeitsgemeinschaft und/oder einer Kassenärztlichen Vereinigung i. S. v. § 5 Abs. 2 dieses Vertrages erfolgt mit Wirkung für alle teilnehmenden Vertragsärzte, die Mitglied der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung sind und an diesem Vertrag teilnehmen. Die Kündigung durch einen Vertragspartner berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt hiervon unberührt.

§ 10 Schlussbestimmungen

(1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung zu ergänzen.

(2) Sollten die Inhalte dieser Vereinbarung zur Gänze oder in Teilen durch Gesetz, Verordnung oder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, so werden die entsprechenden Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam.

(3) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages sowie alle vertragsrelevanten und wesentlichen Erklärungen und Mitteilungspflichten bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

(4) Gerichtsstand ist Berlin.

Berlin, den 06.05.2008

Unterschriften

Anlagen liegen in Papierform vor
Anlage 1 Teilnahmeerklärung Fachärzte für Allgemeinmedizin
Anlage 2 Vertragsarztverzeichnis
Anlage 3 Teilnahme-/Einverständniserklärung Versicherte
Anlage 4 Teilnehmende Kassenärztliche Vereinigungen

Pos. 45

Pos. 33

Pos. 47

Pos. 49

Pos. 22