

Ausgewählte ambulante Operationen / Änderung / VdAK / AEV

1. Änderung zum Vertrag zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen ab dem 2. Quartal 2006 zwischen der KV Berlin und dem VdAK/AEV, vertreten durch die Landesvertretung Berlin

Der o.g. Vertrag wird mit Wirkung zum 01.01.2007 wie folgt geändert:

In der **Präambel** wird **Satz 3** ersatzlos gestrichen.

§ 2 Satz 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

„Der Katalog der förderungswürdigen Operationen ist im Anhang 1.1, 1.2 und 1.3 zusammengefasst. Dieser Katalog setzt den bisherigen Katalog förderungswürdiger Operationen des Vertrages gültig ab dem 2. Quartal 2006 mit einigen Änderungen bezüglich der geförderten Leistungen fort. Die OPS-Kodierungen sind dem aktuellen Stand des OPS 2007 angepasst und gemäß OPS geforderte Seitenlokalisationen sind aufgeführt.“

§ 3 wird wie folgt neu gefasst:

§ 3 Finanzierung und Vergütung

(1) Die nachfolgenden Leistungen werden von den Ersatzkassen als Einzelleistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vergütet:

1. die im Katalog der *förderungswürdigen* krankenhausersetzenden ambulanten Operationen aufgenommenen Leistungen gemäß *Anhang 1.1* (inkl. der dort genannten gastroenterologisch-endoskopischen Leistungen und der diesbezüglich genannten Narkoseleistungen für Ärzte mit einem positiven Bescheid gemäß Anhang 2 b und nur bis zum 30.09.2007) und die nicht gemäß Nr. 2 vergüteten belegärztlichen Leistungen mit einem Punktwert von 4,35 Cent bzw. den vereinbarten belegärztlichen Pauschalen,

2. die im Katalog der *besonders förderungswürdigen* ambulanten und belegärztlichen Operationen aufgenommenen Leistungen gemäß *Anhang 1.2* mit einem Punktwert von 4,50 Cent.

3. die gastroenterologischen Leistungen aus dem Katalog gemäß § 115 b SGB V auf Basis der EBM-Nummern, die nicht gemäß Nr. 1 vergütet werden, mit einem Punktwert von 3,50 Cent, ab 01.07.2007 mit einem Punktwert von 4,00 Cent (EBM-Nummern 13410 bis 13412, ferner 13421 bis 13423, dann 13430 und 13431; EBM-Nr. 30600 nur im Zusammenhang mit dem EBM-Zuschlag 30601).

4. die gastroenterologischen Leistungen aus dem Katalog gemäß § 115 b SGB V auf Basis der EBM-Nummern sowie dem Katalog gemäß Anhang 1.1 dieses Vertrages ab 01.10.2007 mit einem Punktwert von 4,00 Cent (EBM-Nummern 13410 bis 13412, ferner 13421 bis 13423, dann 13430 und 13431; EBM-Nr. 13400 nur im Zusammenhang mit einem der EBM-Zuschläge 13401 oder 13402; EBM-Nr. 30600 nur im Zusammenhang mit dem EBM-Zuschlag 30601). Narkoseleistungen bei gastroenterologischen Leistungen (gemäß EBM-Nrn. 05330, 05331 und 05350) können nur bei Polypektomien mit dem EBM-Zuschlag 13423 und der Leistung gemäß EBM-Nr. 13421, unter Beachtung von Punkt 9 und 10 der Präambel zum Kapitel 5 EBM, gemäß diesem Vertrag abgerechnet werden. Für die Durchführung von Koloskopien in Allgemeinnarkose ist ein geeigneter Aufwachraum erforderlich. Neben den EBM-Nummern muss der Anästhesist für die Zuordnung zu dieser Vergütungsregelung die SNR 99000G notieren.

5. die ambulanten und belegärztlichen Operationsleistungen inklusive der dabei erbrachten Narkoseleistungen und postoperativen Überwachungen nach dem Katalog der Katarakt-Operationen gemäß

Anhang 1.3 mit dem quartalsweise errechneten Punktwert, der sich aus dem Quartalsbetrag dividiert durch die quartalsweise abgerechneten und anerkannten Punkte nach dem Katarakt-Katalog ergibt, höchstens jedoch mit 4,35 Cent. Soweit dieser errechnete Punktwert den Höchstpunktwert von 4,35 Cent überschreitet, wird der sich daraus ergebende Restquartalsbetrag in den Quartalsbetrag des Folgequartals übertragen. Folgende Quartalsbeträge stehen hierfür zur Verfügung:

5.1	im 1. Quartal: 787.088,59 €,
5.2	im 2. Quartal: 764.811,59 €,
5.3	im 3. Quartal: 726.100,26 € und
5.4	im 4. Quartal: 708.107,34 €.

Die Indikationsstellung für nach dieser Vereinbarung abrechenbare Katarakt-Operationen in Anhang 1.3 ist zu beachten. Die KV Berlin informiert die Ärzte in geeigneter Weise, dass diese Indikationsstellungen auch für Verordnungen zur stationären Behandlung gelten.

(2) Bei der Abrechnung der Operationen, Narkosen und postoperativen Überwachungskomplexe müssen der Operateur und der Anästhesist zusätzlich zur EBM-Nummer die richtige und vollständige Ziffern- und Buchstabenfolge der OPS-Kodierung sowie die bei diversen Kodierungen vorgeschriebene Seitenangabe (L, R oder B) in die dafür vorgesehenen KVDT-Felder (Stand Juni 2006: Feldkennung 5035 für die OPS-Kodierung und Feldkennung 5041 für die Seitenangabe) eintragen. Notierungen der OPS-Kodierung an anderer Stelle als in den vorgesehenen Feldern 5035 und 5041 oder zusätzliche freie Textpassagen neben einer OPS-Kodierung sind nicht zulässig. Für die Zuordnung zur jeweils zutreffenden Vergütungsregelung gemäß Absatz 5, 6 oder 9 müssen Operateur und Anästhesist neben der EBM-Nummer eine der Symbolnummern (SNR) 99000E, 99000T oder 99000K (bzw. 99000G) notieren. Die jeweils für die Operation bzw. Gastroenterologieleistung zutreffende SNR ist dem Katalog in Anhang 1.1 bis 1.3 zu entnehmen.

(3) Bei der Abrechnung der gastroenterologischen Leistungen des Abschnittes 2 des Kataloges gemäß des Vertrages nach § 115 b SGB V muss der Arzt zusätzlich zur EBM-Nummer die richtige und vollständige Ziffern- und Buchstabenfolge der OPS-Kodierung in das dafür vorgesehenen KVDT-Feld (Feldkennung 5035 für die OPS-Kodierung) eintragen. Notierungen der OPS-Kodierung an anderer Stelle als in dem vorgesehenen Feld 5035 oder zusätzliche freie Textpassagen neben einer OPS-Kodierung sind nicht zulässig.“

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

„(1) Die Abrechnung nach diesem Vertrag setzt voraus, dass die Bestimmungen der Vereinbarung über die Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gem. § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V eingehalten werden. Zusätzlich gibt jeder Arzt die Erklärung ab, dass er mit einer obligatorischen Begehung der Operationsräume durch die von der KV Berlin beauftragte Kommission einverstanden ist.

(2) Die nähere Ausgestaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen ist in Anhang 2 a und Anhang 2 b geregelt. Anhang 2 b ist befristet bis zum 30.09.2007.“

§ 4 Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen.

§ 5 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Abrechnung der geförderten Leistungen gegenüber den Ersatzkassen erfolgt jeweils mit der KV-Quartalsabrechnung über das Gesamtabrechnungsbogen 3 für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

Der Nachweis der Leistungen erfolgt entsprechend der Formblatt-3-Inhaltsbeschreibung über die Kontenart 401, Kap. 31 bis zur Ebene 6 (GOP-Ausweis).“

§ 7 wird um Abs. 3 wie folgt ergänzt:

„(3) Soweit der Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 17.08.2006 zu § 115 b SGB V vom Gericht rechtskräftig aufgehoben wird, erfolgt eine Nachverhandlung über eine geeignete Rückabwicklung bzgl. der betroffenen Regelungen.“

Berlin, den 15.05.2008
Unterschriften

Anlagen:

Anhang 1.1, 1.2 und 1.3:
Katalog der Operationsleistungen, Version ab 01.01.2007

Anhang 2 a und 2 b:
Verfahren zur Qualitätssicherung; Version ab 01.01.2007
(Anhang 2 b ist befristet bis 30.09.2007)

Anhang 3:
Gesamtbudget-Katarakt, wird ersatzlos gestrichen
(liegen in Papierform vor)

Änderung der Onkologie-Vereinbarung / VdAK / AEV

2. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) und dem VdAK/AEV, vertreten durch die Landesvertretung Berlin

Die Vertragspartner vereinbaren, dass die o. g. Vereinbarung ab dem 01. Januar 2007 rückwirkend wie folgt geändert wird:

§ 3 Voraussetzungen zur Teilnahme

In Absatz 2 wird der zweite Spiegelstrich wie folgt ersetzt:

Andere Fachgruppen

Betreuung von durchschnittlich *100 Patienten/Quartal und Arzt* (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien, darunter *70 Patienten*, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon *20* mit intravenöser *und/oder* intrakavitärer antineoplastischer Behandlung. Abweichend davon haben Ärzte der lungen- und bronchialheilkundlichen Fachrichtung die Betreuung von durchschnittlich *70 Patienten/Quartal und Arzt* (in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung) mit soliden Neoplasien, darunter *40 Patienten*, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon *10* mit intravenöser *und/oder* intrakavitärer antineoplastischer Behandlung, nachzuweisen.

§ 6 Vergütung

In Absatz 2 wird Satz 1 ersetzt durch folgenden Satz:

Die Vergütung der nachfolgenden Zuschläge erfolgt ab 01. April 2006 innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung mit dem Betrag, der gemäß der aktuellen Gesamtvergütungsvereinbarung zur Verfügung gestellt wird.

Berlin, den 15.05.2008
Unterschriften

Vergütungsvereinbarung 2007 / BIG / Korrektur

Korrektur zur Vereinbarung zwischen BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V, für die Innungskrankenkassen mit Mitgliedern in Berlin (nachstehend IKKn genannt) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin) über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 83 Abs. 1 S. 1 in Verbindung mit § 85 Abs. 1 und 2 SGB V für das Vertragsgebiet Berlin für die Zeit vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 vom 14.02.2008

(1) Aufgrund von Korrekturen ist die Kopfpauschale der IKK Brandenburg und Berlin (VKNR 72302 und VKNR 79305) neu zu berechnen.

(2) Die neu berechneten Kopfpauschalen sind Bestandteil der o. g. Vergütungsvereinbarung und ersetzen die bisher in Anlage 1 der Vereinbarung über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 83 Abs. 1 S. 1 in Verbindung mit § 85 Abs. 1 SGB V für das Vertragsgebiet Berlin für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 vom 14.02.2008 genannten Kopfpauschalen.

Berlin, den 28.04.2008
Unterschriften

Anlage

Kopfpauschalen 2007 der IKK Brandenburg und Berlin
(liegen in Papierform vor)

Bereitschaftsdienstordnung der KV Berlin / Änderung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hat am 5.6.2008 die folgende Änderung (Ergänzung) der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin vom 16.3.2006 beschlossen.

Der § 5 Abs. 4 wird ergänzt (kursive Darstellung, d. R.) und lautet wie folgt:

§ 5 Teilnahmevoraussetzungen

.....

„(4) Die Bereitschaftsdienstkommission kann Nichtvertragsärzten in dem Umfange widerrufliche Berechtigungen zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst erteilen, in dem nach § 1 Abs. 3 teilnahmeberechtigte Ärzte von ihrem Recht zur Teilnahme keinen Gebrauch machen. Voraussetzung für die Erteilung einer solchen Teilnahmeberechtigung ist der Nachweis der Approbation als Arzt, die Eintragung im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und eine für die Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ausreichende Berufserfahrung (mindestens sechsendreißig Monate patientenbezogene Tätigkeit als Assistenzarzt in Krankenhäusern oder Vertragsarztpraxen). Voraussetzung für die Teilnahme dieser Ärzte ist, dass sie Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin oder Kinderärzte sind. Die Teilnahme am Todesfeststellungs-/Leichenschauendienst erfordert die Approbation als Arzt.

Liegt keine Eintragung ins Arztregister vor, kann der Vorstand auf Empfehlung der Bereitschaftsdienstkommission geeigneten Ärzten die widerrufliche Berechtigung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst erteilen. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Teilnahme sind abweichend von Satz 2

a) für den kinderärztlichen Bereitschaftsdienst – der Nachweis von Weiterbildungsabschnitten für das Fach Kinder- und Jugendmedizin im Umfang von drei Jahren in Vollzeit bzw. bei Teilzeit in entsprechendem Umfang. Hiervon müssen mindestens 6 Monate der Weiterbildung in einer kinderärztlichen Vertragsarztpraxis oder in einer Erste-Hilfe-Stelle eines Kinderkrankenhauses absolviert worden sein;

b) für den fahrenden Hausbesuchsdienst – der Nachweis von Weiterbildungsabschnitten in anderen Fachgebieten im Umfang von vier Jahren in Vollzeit bzw. bei Teilzeit in entsprechendem Umfang. In diesem Umfang müssen anererkennungsfähige Weiterbildungsabschnitte in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie und Kinderheilkunde enthalten sein;

c) und die Vorlage der Approbation.

Die Teilnahmeberechtigungen sind jeweils auf die Dauer von höchstens vierundzwanzig Kalendermonaten zu befristen. Eine Verlängerung der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist durch den Nichtvertragsarzt 2 Monate vor Fristablauf schriftlich zu beantragen. Nichtvertragsärzte haben diese Bereitschaftsdienstordnung durch schriftliche Erklärung anzuerkennen.“

Die vorstehende Änderung tritt mit der Veröffentlichung im KV-Blatt, Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, in Kraft.

Berlin, 5.6.2008

Dr. Herbert Menzel
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

Gesamtvergütung 2007 / AOK Berlin / Ergänzung

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

Die Einzelleistungen in § 4 der Vereinbarung über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 83 Abs. 1 in Verbindung mit § 85 Abs. 1 bis 3 SGB V für die Zeit vom 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 (Gesamtvergütungsvereinbarung 2007) vom 31.03.2008 werden um den folgenden Absatz 5 ergänzt:

„5. Die Leistungen der Akupunktur werden mit 47,00 € (BMÄ-Nr. 30790) und 21,00 € (BMÄ-Nr. 30791) vergütet.“

Berlin, den 5.5.2008

Unterschriften