

Gesamtvergütung 2007 / VdAK / AEV

Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Verbänden der Ersatzkassen über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2007

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg sowie der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg, vertreten durch die Landesvertretung Berlin einerseits, und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin andererseits, schließen mit Wirkung für die Barmer Ersatzkasse (Barmer), Wuppertal, Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg, Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK), Hamburg, Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover, Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg, Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd, Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg, unter Bezugnahme auf § 82 Abs. 2 SGB V die folgende Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2007.

1. Grundsatz für das Jahr 2007

Die Gesamtvergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt in Anwendung der Vergütungsregelungen dieses Vertrages nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen der E-GO sowie nach den Vergütungsregelungen für die Anlagen zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV). Der pauschalierte Teil der Gesamtvergütung wird nach Kopfpauschalen berechnet; der nichtpauschalierte Teil wird nach Einzelleistungen vergütet.

2. Ermittlung der Gesamtvergütung 2007

2.1 Die Basis für die Berechnung der an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zu leistenden Gesamtvergütung – getrennt nach Ersatzkassen – der vier Quartale des Jahres 2007 bilden die festgelegten Kopfpauschalen gemäß der Anlage 1 zur Vergütungsvereinbarung 2006 einschließlich der Bereinigung um Ausgaben der Leistung der MRT-Angiographien.

2.2 Die nach 2.1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden im Quartal I/2007 je Mitglied gemäß § 85 Abs. 3 c SGB V bereinigt um die Sachkostenpauschalen für Radionuklide (E-GO-Nrn. 40500 bis 40580) in Höhe von 50% der im Formblatt ausgewiesenen Beträge entsprechend der Bundesempfehlung. Die ermittelten Beträge je Mitglied und Quartal ergeben sich aus Anlage 1.

2.3 Die nach 2.1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden im Quartal I/2007 je Mitglied gemäß § 85 Abs. 3 c SGB V bereinigt um die Sachkostenpauschalen für Endoskopische Gelenkeingriffe (E-GO-Nrn. 40750 bis 40754) in Höhe von 90% der im Formblatt ausgewiesenen Beträge. Die ermittelten Beträge je Mitglied und Quartal ergeben sich aus Anlage 1.

2.4 Die nach 2.1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden wegen der ab 01.01.2007 vereinbarten extrabudgetären Vergütung der ambulanten Operationen gemäß 2.24 und der belegärztlichen Leistungen sowie ausgewählter Leistungen der Gastroenterologie mit dabei erbrachten Narkosen nach dem Vertrag zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen gemäß 2.27 je Quartal 2007 und je Mitglied gemäß § 85 Abs. 3 c SGB V bereinigt um die Teilkopfpauschale AOP p. a. in Höhe von 16,20 €. Die ermittelten Beträge je Mitglied und Quartal ergeben sich aus Anlage 1.

2.5 Die nach 2.1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden wegen der ab 01.01.2007 vereinbarten extrabudgetären Vergütung gemäß 2.25 und 2.26 je Mitglied gemäß § 85 Abs. 3 c SGB V bereinigt um das in den Quartalen I/2006–IV/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, soweit für diese Leistungen noch keine Bereinigung der Kopfpauschalen erfolgt ist. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1.

2.6 Die nach 2.1 festgestellten Basiskopfpauschalen werden wegen der ab 01.01.2007 vereinbarten extrabudgetären Vergütung der belegärztlichen Leistungen nach dem Vertrag zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen gemäß 2.27 je Quartal 2007 und je Mitglied gemäß § 85 Abs. 3 c SGB V bereinigt um Pauschalen bei Belegarztleistungen, sofern diese vereinbart sind. Die ermittelten Beträge je Mitglied ergeben sich aus Anlage 1.

2.7 Zur Finanzierung des aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 erhöhten regionalen Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen wurden die Basiskopfpauschalen je Mitglied und Kasse des Jahres 2004 in 2005 um einen Betrag basiswirksam erhöht (Abs. 2.4 der Vereinbarung 2005). Die ermittelten Beträge je Mitglied und Quartal ergeben sich aus Anlage 2 und werden ausschließlich zur Vergütung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie der in § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V und im Beschluss des Bewertungsausschusses genannten Leistungserbringer zum regionalen Mindestpunktwert verwendet.

2.8 Die sich nach 2.1 bis 2.6 ergebenden Beträge je Mitglied und Quartal werden um 0,47% erhöht, mit der Mitgliederzahl je Ersatzkasse in den jeweiligen Abrechnungsquartalen 2007 multipliziert und ergeben den Teil der pauschalierten Gesamtvergütung je Ersatzkasse in den jeweiligen Abrechnungsquartalen 2007. Die ermittelten Beträge je Mitglied und Quartal ergeben sich aus Anlage 1.

2.9 Zur Förderung/Stützung der Besuche (E-GO-Nrn. 01410 und 01413) werden 1 Mio. € der trennungsrelevanten Gesamtvergütung zweckgebunden eingesetzt.

Dieser Betrag wird im Jahr 2007 wie folgt auf die Quartale aufgeteilt:

I/2007:
202.166,00 € für den hausärztlichen Bereich,
57.834,00 € für den fachärztlichen Bereich.

II/2007:
189.307,40 € für den hausärztlichen Bereich,
50.692,60 € für den fachärztlichen Bereich.

III/2007:
189.307,40 € für den hausärztlichen Bereich,
50.692,60 € für den fachärztlichen Bereich.

IV/2007:
199.396,75 € für den hausärztlichen Bereich,
60.603,25 € für den fachärztlichen Bereich.

Die Stützungsbeträge werden gesondert ausgewiesen und dem VdAK/AEV schriftlich bzw. als Excel-Datei zur Verfügung gestellt.

2.10 Zur Förderung der Onkologie werden im Jahr 2007 750.000 € zzgl. des Restbetrages des Jahres 2006 im fachärztlichen Teil der trennungsrelevanten Gesamtvergütung zweckgebunden eingesetzt. Ggf. werden auch hausärztlich tätige Onkologen aus diesem Betrag vergütet. Die Onkologie-Zuschläge werden gemäß der Onkologie-Vereinbarung vom 9.11.2006 einschließlich getroffener Änderungsvereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung vergütet.

2.11 Die Vergütung der MRT der Mamma (E-GO-Nr. 34431) erfolgt aus Einsparungen aus der Laborreform 2001 in Anlehnung an die Bundesempfehlung vom 08.06.2001 aus der pauschalierten Gesamtvergütung.

2.12 Leistungen der MRT-Angiographien (E-GO-Nrn. 34470 bis 34492) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,96 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.13 Leistungen der kurativen Vakuumstanzbiopsie (E-GO-Nr. 34274) werden ab dem 01.07.2007 als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,96 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.14 Leistungen der Soziotherapie (E-GO-Nrn. 30800 bis 30811), der Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT, E-GO-Nr. 06332), der Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis (E-GO-Nr. 13621) sowie der Verordnung von medizinischer Rehabilitation (E-GO-Nr. 01611) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,96 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.15 Leistungen der Polysomnographie (E-GO-Nr. 30901) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 4,50 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.16 Leistungen der Schmerztherapie (E-GO-Nr. 30700) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 4,75 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.17 Leistungen der Schmerztherapie (E-GO-Nr. 30701) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 5,03 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.18 Leistungen der Verordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege (E-GO-Nrn. 01422 und 01424) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,96 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.19 Die Vergütung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sowie die mit der Durchführung dieser Maßnahmen im Zusammenhang stehenden Leistungen (s. Anlage 3) erfolgt gemäß der Bundesempfehlungen mit einem Punktwert von 3,96 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Gemäß § 27 a Abs. 3 SGB V übernimmt die Krankenkasse 50 v. H. der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen.

2.20 Die Leistungen der Akupunktur (E-GO-Nr. 30790) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 4,50 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet. Für Ärzte mit einer befristeten Akupunkturgenehmigung beträgt der Punktwert 4,00 Cent.

2.21 Die Leistungen der Akupunktur (E-GO-Nr. 30791) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 4,40 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet. Für Ärzte mit einer befristeten Akupunkturgenehmigung beträgt der Punktwert 4,00 Cent.

2.22 Präventionsleistungen werden als Einzelleistungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung wie folgt vergütet:

- Früherkennung bei Kindern (E-GO-Nrn. 01707 und 01708 sowie 01711 bis 01722)
Vergütung mit einem Punktwert in Höhe von 4,02 Cent;
- Früherkennungskoloskopie (E-GO-Nrn. 01740 bis 01743)
Vergütung mit einem Punktwert in Höhe von 3,92 Cent;
- Mutterschaftsvorsorge (E-GO-Nrn. 01700V, 01701V, 01770 bis 01815)
Vergütung mit einem Punktwert in Höhe von 3,92 Cent;
- Krebsvorsorge (E-GO-Nrn. 01730, 01731, 01733 und 01734)
Vergütung mit einem Punktwert in Höhe von 4,02 Cent;

– Gesundheits-Check (E-GO-Nr. 01732)
Vergütung mit einem Punktwert in Höhe von 4,00 Cent.

– Impfleistungen werden ab 01.01.2007 nach der Impfvereinbarung vom 31.10.2002 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 18.12.2006 vergütet.

2.23 Leistungen der Methadonsubstitution nach Kapitel II 1 Abschnitt 1.8 der E-GO (E-GO-Nrn. 01950 bis 01952) werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,92 Cent außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.

2.24 Die Operationsleistungen der EBM-Abschnitte 31.2, 31.3 und 31.5 werden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,50 Cent vergütet. Sofern Leistungen der EBM-Abschnitte 31.2, 31.3 und 31.5 Bestandteil des Kataloges des Vertrages zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen sind und nach diesem Vertrag abgerechnet werden, gelten die dort genannten Vergütungsregelungen.

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.

2.25 Präoperative Leistungen aus EBM-Abschnitt 31.1 und postoperative Leistungen aus EBM-Abschnitt 31.4 in der jeweils gültigen Fassung werden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,50 Cent vergütet.

2.26 EBM-Leistungen aus den Abschnitten 2 und 3 des Kataloges gemäß des Vertrages nach § 115 b SGB V vom 17.08.2006 werden auf Basis der EBM-Nr. unabhängig von der jeweiligen OPS-Kodierung nach dem Katalog außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 3,50 Cent vergütet. Sofern für diese Leistungen in dieser oder in anderen Vereinbarungen höhere extrabudgetäre Vergütungen geregelt sind, gelten die dort genannten Vergütungen (z. B. u. a. im Vertrag zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen).

Bei der Abrechnung von 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 sowie die bei diversen Kodierungen vorgeschriebene Seitenangabe (L, R oder B) in die dafür vorgesehenen KVDT-Felder (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.

2.27 Der ab dem 2. Quartal 2006 geltende Vertrag zur Förderung ausgewählter ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen besteht in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 15.05.2008 fort.

2.28 Die Vergütung für Leistungen nach deren Formblatt 3-Summenpositionen in der Kontenart für Dialysesachkosten erfolgten in Form der zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Wochenpauschalen gemäß Kapitel 40 der E-GO nach Maßgabe



Fortsetzung von Seite A1111

der Anforderungen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Dialysesachkosten und die Dialysesachkosten für das KfH werden im Formblatt 3 in der jeweiligen Kontenart für die E-GO-Nrn. 40800, 40802, 40804, 40810, 40812 und 40820 sowie über die Feriendialysen nach den Pseudonummern 40800F, 40802F, 40804F und 40820F, für die Pseudonummern 99071 und 99072 in den jeweiligen Positionen ausgewiesen.

2.29 Die vereinbarten Sachkostenpauschalen für kardiologische Leistungen nach den E-GO-Nrn. 40300, 40302 und 40304 sind keine Vergütung ärztlicher Leistungen. Das Honorarvolumen wird im Formblatt 3 in der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.30 Die Sachkostenpauschale nach der E-GO-Nr. 40160 für die interventionellen endoskopischen Untersuchungen des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Ergänzung der Bundesempfehlung zur Neueinführung der Früherkennungskoloskopie mit Wirkung zum 01.07.2003 ist keine Vergütung ärztlicher Leistungen. Das Honorarvolumen wird im Formblatt 3 unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung erstattet.

2.31 Die Sachkostenpauschalen der E-GO-Nrn. 40750 bis 40754 (Endoskopische Gelenkeingriffe) werden unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.32 Die Sachkostenpauschalen der E-GO-Nrn. 40840 (Ausblendungen/Strahlentherapie) werden unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.33 Die Sachkostenpauschalen der E-GO-Nrn. 40500 bis 40580 werden unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.34 Der Erstattungsbetrag für die Leistung der genotypischen HIV-Resistenzbestimmung (E-GO-Nr. 32828) beträgt 360,00 €. Die Erstattung erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

2.35 Die Sachkostenpauschalen für kurative Vakuumstanzbiopsien nach den E-GO-Nrn. 40454 und 40455 ab 01.07.2007 werden unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.36 Die Sachkostenpauschale für die Phototherapeutische Keratektomie nach der E-GO-Nr. 40680 ab 01.10.2007 wird unter der jeweiligen Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung auf Nachweis erstattet.

2.37 Der Betrag von 2,05 € pro Behandlungsfall für den pro-stationären Bedarf bei Erste-Hilfe-Fällen in Berliner Krankenhäusern wird im Formblatt 3 unter der Kontenart ausgewiesen und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung erstattet.

2.38 Nicht pauschalierte Leistungen werden in den Formblättern bis zur Ebene der Einzelleistungsvergütung ausgewiesen. Die VdAK/AEV-Landesvertretung Berlin erhält für das jeweilige Abrechnungsquartal Summenblätter der Formblätter im VDX-Format einschließlich VDX-Viewer für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte.

2.39 Die Wegepauschalen werden im Jahr 2007 gemäß der Vereinbarung vom 04.08.2005 in der Fassung der Verlängerungsvereinbarung vom 21.04.2006 vergütet (E-GO-Nrn. 40220 bis 40230).

3. Mitgliederstatistik

Die durchschnittliche Zahl der Mitglieder je Ersatzkasse mit Wohnort im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wird für die jeweiligen Abrechnungsquartale 2007 wohnortbezogen analog der für die amtliche Statistik KM1 geltenden Regelung ermittelt und rechtzeitig an die KV Berlin weitergeleitet.

4. Kostenerstattung

Die von den Ersatzkassen für ihre Versicherten auf der Grundlage von § 13 Abs. 2 SGB V im Jahr 2007 geleisteten Kostenerstattungen für vertragsärztliche Leistungen werden in die Gesamtvergütung eingerechnet. Grundlage hierfür ist der im Jahre 2006 für Ersatzkassenversicherte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geleistete Erstattungsbetrag, umgerechnet auf einen Betrag je Mitglied (bereinigt um die Beträge nach 2.2 bis 2.6) multipliziert mit der Veränderungsrate nach 2.8.

Die Ersatzkassenverbände verpflichten sich, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin über die Höhe der geleisteten Kostenerstattungen zu informieren. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin verzichtet insoweit auf die Information, als Rückforderungen der Ersatzkassen für Kostenerstattungen in 2006 nicht die Differenz zwischen der Gesamtvergütung 2006 mit Einrechnung von Kostenerstattungen und der Gesamtvergütung 2007 ohne Einrechnung von Kostenerstattungen übersteigen. Über die Abwicklung der aus der Einbindung der Kostenerstattungen in die Gesamtvergütung 2007 resultierenden Ansprüche erfolgt eine Verständigung im Jahr 2008.

Die von den Ersatzkassen gezahlten Erstattungsbeträge nach § 53 Abs. 4 SGB V für vertragsärztliche Leistungen, sofern diese Leistungen zu den budgetären Leistungen zählen, für Mitglieder sowie ihre mitversicherten Familienangehörigen werden in Höhe der Sachleistung mit der pauschalierten Gesamtvergütung verrechnet. Die Ersatzkassen verpflichten sich, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Höhe der geleisteten Kostenerstattungen nach § 53 Abs. 4 SGB V nachzuweisen. Das Nähere können die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin gesondert regeln.

5. Genehmigung Psychotherapie

Die Ersatzkassen bemühen sich, im Hinblick auf die Genehmigungen von Psychotherapieleistungen auf die Einhaltung der Richtlinien besonders zu achten.

6. Geltungsdauer des Vertrages

Dieser Vertrag gilt für das Jahr 2007.

Anlage 1: Kopfpauschalen je Ersatzkasse 2007

Anlage 2: Betrag gemäß Abs. 2.7

Anlage 3: Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung liegen in Papierform vor

Berlin, den 15.05.2008

Unterschriften
01 / 08 / 08

Impfvereinbarung 2008 / Alle Kassen*

Vereinbarung über die Durchführung von Schutzimpfungen im Land Berlin auf Grundlage von § 20d Abs. 1, § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 15 und § 132e SGB V (Impfvereinbarung) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (nachstehend als „KV Berlin“ bezeichnet) und der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse und der Barmer Ersatzkasse (Barmer), der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), der Hamburg-Münchener Krankenkasse (HMK), der Hanseatischen Krankenkasse (HEK), der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), der Techniker Krankenkasse (TK), der hkk, der Gmünder Ersatzkasse (GEK); Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK) / AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., beide vertreten durch die Landesvertretung Berlin (§ 212 Abs. 5 S. 4 und S. 7 SGB V) und dem BKK-Landesverband Ost – Landesrepräsentanz Berlin-Brandenburg – und der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4 SGB V sowie dem LKK Landesverband Berlin

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

(1) Zu Lasten der Krankenkassen werden die in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SiR) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Schutzimpfungen durchgeführt. Die SiR in ihrer jeweils aktuellen Fassung ist Bestandteil dieses Vertrages.

Die Anlage 1 zur SiR nennt die Indikationsstellungen für Schutzimpfungen. Die Hinweise zu den Schutzimpfungen und die weiteren Anmerkungen in dieser Anlage sind zu beachten.

(2) Grundlage für die SiR sind die Empfehlungen der „Ständigen Impfkommission (STIKO)“. Schutzimpfungen mit Empfehlung der STIKO werden ab Datum der Veröffentlichung der SiR im Bundesanzeiger Bestandteil dieses Vertrages. Soweit eine Entscheidung des G-BA nicht termin- oder fristgemäß gemäß § 20d Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB V zustande kommt, können die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen, die nicht ausschließlich aus Anlass von Auslandsreisen durchgeführt werden, nach diesem Vertrag erbracht werden (§ 20d Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V).

(3) Von anderen Stellen (z. B. Arbeitgeber, öffentlicher Gesundheitsdienst) durchzuführende Schutzimpfungen haben Vorrang vor dieser Vereinbarung.

§ 2 Teilnahme von Ärzten und Versicherten

(1) Schutzimpfungen nach dieser Vereinbarung können die an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin teilnehmenden Ärzte erbringen, für die die KV Berlin eine Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen festgestellt hat.

(2) Anspruchsberechtigt sind die Versicherten der AOK Berlin, aller Betriebskrankenkassen, aller Innungskrankenkassen und aller Mitglieds-kassen der Ersatzkassenverbände, unabhängig von ihrem Wohnort. Die Krankenkassen erkennen den Grundsatz Leistungs- und Vergütungsrecht am Leistungsort für Leistungen dieser Vereinbarung an.

Anspruchsberechtigt sind auch betreute Personen nach § 264 SGB V. Anspruchsberechtigt sind auch im EWR-Ausland oder der Schweiz Krankenversicherte bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer Ersatzbescheinigung im Rahmen der allgemeinen Bestimmungen für deren Behandlung. Ebenfalls anspruchsberechtigt sind Patienten, die auf Basis eines bilateralen Abkommens über Soziale Sicherheit behandelt werden, bei Vorlage eines Abrechnungsscheins der gewählten deutschen Krankenkasse, im Rahmen der allgemeinen Bestimmungen für deren Behandlung.

(3) Die Anspruchsberechtigung ist vom Versicherten durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises nachzuweisen.

§ 3 Umfang der Impfleistungen

Die Leistungen nach dieser Vereinbarung umfassen die Aufklärung durch die impfenden Ärzte, die Dokumentation und die Durchführung der Schutzimpfung gemäß der §§ 6 bis 9 der SiR.

§ 4 Abrechnung und Vergütung

(1) Für die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten Leistungen gelten die in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung genannten Symbolnummern (SNR) und Vergütungen.

(2) Innerhalb eines Arzt-Patienten-Kontaktes sind die jeweils zutreffenden genannten Nummern nebeneinander abrechenbar. Wenn für die vorgesehenen Impfungen eine Mehrfachimpfung verfügbar ist, soll diese verwendet werden.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erstellt kalendervierteljährlich eine gesonderte Abrechnung über die im Rahmen dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen nach Absatz 1. Die Abrechnungen werden nach den Versichertengruppen unterteilt. Die Rechnungslegung erfolgt im Formblatt 3 unter der entsprechenden Kontenart. Die Vergütung für die Schutzimpfungen wird außerhalb der pauschalisierten bzw. ab 2009 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

§ 5 Verordnung von Impfstoffen

Impfstoffe sind ausschließlich (auch im Einzelfall) mit einem Arzneiverordnungsblatt (Vordruck-Muster 16) ohne Namensnennung des Versicherten zu Lasten der AOK zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 des Musters 16 ist mit der Ziffer 8 zu kennzeichnen. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt sind ausschließlich Impfstoffe zu verordnen.

§ 6 Wirtschaftlichkeitsgebot

Wirtschaftliche Packungsgrößen und wirtschaftliche Bezugsmöglichkeiten sollen bevorzugt werden.

Sofern durch Verfall oder Bruch Impfstoffe in geringen Mengen nicht verbraucht werden, besteht Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern darüber, das Ausmaß unter Berücksichtigung der Gesamtwirtschaftlichkeit für die Laufzeit dieser Vereinbarung zu beobachten und gemeinsam zu bewerten. Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung im Hinblick auf die Verwendung von Impfstoffen werden ggf. erst nach der gemeinsamen Bewertung gestellt.

§ 7 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung gilt vom 01.07.2008 bis zum 30.06.2012. Für den Fall, dass die in diesem Vertrag genannten Leistungen ab dem 01.01.2009 aus der morbiditätsbedingten Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V zu vergüten sind, endet diese Vereinbarung zum 31.12.2008, ohne dass es einer Kündigung bedarf. In diesem Fall gelten die bis zum 30.06.2008 vereinbarten Honorare als Ausgangsbasis für die Verhandlungen.

Berlin, den 02.07.2008

Unterschriften

*ohne Knappschaft (d. Red.)

Fortsetzung von Seite A1113

**Anlage 1 zur Impfvereinbarung:
Symbolnummern (SNR) und Vergütungen**

Impfungen: SNR / Honorar

1 Impfkomponte

Diphtherie: 89100 / 7,10 €
 FSME: 89102 / 7,10 €
 Haemophilus influenzae Typ b¹: 89103 / 7,10 €
 Hepatitis A: 89105 / 7,10 €
 Hepatitis B: 89106 / 7,10 €
 Humane Papillomviren (HPV): 89110 / 7,10 €
 Influenza: 89111 / 7,35 €
 Masern: 89113 / 7,10 €
 Meningokokken: 89114 / 7,10 €
 Pertussis¹: 89116 / 7,10 €
 Pneumokokken Kinder (Konjugatimpfstoff): 89118 / 7,10 €
 Pneumokokken Erwachsene (Polysaccharidimpfstoff): 89119 / 7,10 €
 Poliomyelitis: 89121 / 7,10 €
 Röteln: 89123 / 7,10 €
 Tetanus: 89124 / 7,10 €
 Varizellen: 89125 / 7,10 €
 andere Einzelimpfung (mit Angabe)²: 89199 / 7,10 €

2 Impfkomponten

Diphtherie, Tetanus (als DT oder Td): 89200 / 7,37 €
 Hepatitis A und Hepatitis B: 89202 / 7,37 €
 Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B: 89203 / 7,37 €
 andere 2-fach-Impfung (mit Angabe)²: 89299 / 7,37 €

3 Impfkomponten

Diphtherie, Pertussis, Tetanus: 89300 / 8,85 €
 Masern, Mumps, Röteln: 89301 / 8,85 €
 Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis: 89302 / 8,85 €
 andere 3-fach-Impfung (mit Angabe)²: 89399 / 8,85 €

4 Impfkomponten

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis: 89400 / 8,85 €
 Masern, Mumps, Röteln, Varizellen: 89401 / 8,85 €
 andere 4-fach-Impfung (mit Angabe)²: 89499 / 8,85 €

5 Impfkomponten

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis: 89500 / 14,30 €
 andere 5-fach-Impfung (mit Angabe)²: 89599 / 14,30 €

6 Impfkomponten

Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis, Hepatitis B: 89600 / 17,05 €
 andere 6-fach-Impfung (mit Angabe)²: 89699 / 17,05 €

¹ zur Zeit kein Impfstoff verfügbar

² Diese Nummern sind bei hier nicht genannten Impfungen anzuwenden, z. B. bei neu in die STIKO-Empfehlungen aufgenommenen Impfungen, die noch nicht in die SiR aufgenommen und einer SNR zugeordnet sind (§ 1 Abs. 2) oder z. B. bei neu in den Handel gekommenen Mehrfachimpfungen

02 / 08 / 08

Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen / BIG Gesundheit / Nachtrag

1. Nachtrag zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 zwischen der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, Markgrafenstr. 62, 10969 Berlin – im Folgenden BIG Gesundheit genannt – und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin – im Folgenden AG Vertragskoordination genannt

1.) § 2 Absatz 2 wird zur Klarstellung wie folgt gefasst:
 Dieser Vertrag gilt für teilnehmende Kinderärzte im Sinne des § 73 Abs. 1a Nr. 2 SGB V und die nach § 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte.

2.) § 4 Absatz 3 Satz 1 wird zur Klarstellung wie folgt gefasst:
 Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin sind unter folgenden Voraussetzungen weitere nach § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte 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 **BIG-PREVENT** der BIG Gesundheit.

3.) § 6 „Vergütung und Abrechnung“ wird um den folgenden Absatz 6 ergänzt:
 (6) Die nach § 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte erhalten für die Durchführung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Richtlinien die Vergütung gemäß Anlage 8.2 Abs. 3 des Vertrages zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V vom 06.05.2008.

4.) **Anlage 1** „Teilnahmeerklärung Fachärzte für Allgemeinmedizin“ wird durch die neue Anlage 1 „Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 73 c SGB V“ mit Stand vom 28.05.2008 ersetzt.

5.) **Anlage 2** „Vertragsarztverzeichnis“ wird durch die neue Anlage 2 „Vertragsarztverzeichnis“ mit Stand vom 28.05.2008 ersetzt.

6.) Die unter Punkt 1.) bis 5.) genannten Ergänzungen gelten rückwirkend zum Beginn der Vertragslaufzeit ab 01.04.2008.

Berlin, den 19.06.2008
 Unterschriften
 04 / 08 / 08

HzV-Vertrag BIG Gesundheit / Nachtrag

1. Nachtrag zum Vertrag zur Präventionsorientierten Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V BIGPREVENT vom 6.5.2008 zwischen der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, Markgrafenstr. 62, 10969 Berlin – im Folgenden BIG Gesundheit genannt – und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination, vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin – im Folgenden AG Vertragskoordination genannt

- 1) Die Schreibweise des Namens „BIGprevent“ wird ersetzt durch die Schreibweise „BIGPREVENT“.
- 2) **Anlage 1** „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ wird durch die neue Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Hausarzt“ mit Stand vom 28.05.2008 ersetzt.
- 3) **Anlage 4** „Vertragsarztverzeichnis“ wird durch die neue Anlage 4 „Vertragsarztverzeichnis“ mit Stand vom 28.05.2008 ersetzt.
- 4) **Anlage 5** „Liste der teilnehmenden Versicherten“ wird durch die neue Anlage 5 „Liste der teilnehmenden Versicherten“ mit Stand vom 28.05.2008 ersetzt.
- 5) **Anlage 8.2** „Vergütung Prävention“ Abs. 3 wird wie folgt gefasst:
(3) Teilnehmende Hausärzte der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin sowie Hausärzte, die nach § 4 Abs. 3 am Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 teilnehmen, erhalten für die Durchführung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Richtlinien (EBM Pos. 01711,

01712, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01722) eine Punktwertstützung auf einen Punktwert in Höhe von 5,11 Cent.

6) **Anlage 8.2** „Vergütung Prävention“ wird um folgenden Absatz 4 ergänzt:

(4) Die Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen (EBM Pos. 01735) wird im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung auf einen Punktwert in Höhe von 5,11 Cent gestützt.

7) Die Tabelle in Anlage 8.2 wird um folgende SNR für die Punktwertstützung ergänzt:

EBM Pos. 01735
SNR für Punktwertstützung 01735P

8) Die unter Punkt 1) bis 7) genannten Ergänzungen gelten rückwirkend zum Beginn der Vertragslaufzeit ab 01.04.2008.

Berlin, den 19.06.2008

Unterschriften
03 / 08 / 08

Home-Care-Betreuung / Postbeamtenkrankenkasse

Vertrag über die Home-Care-Betreuung zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Stuttgart und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin

Präambel

Die Vertragsparteien sehen es für erforderlich an, den besonderen Aufwand beim Besuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung bei Versicherten der Gruppe A der PBeaKK Stuttgart zusätzlich zu honorieren.

§ 1 Home-Care, Leistung und Vergütung

1. Als besondere Leistung gilt der Besuch bei einem Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung.

2. Leistungslegende und Bewertung:

Zuschlag zu den EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412 und 01413. Besonderer Aufwand (z.B. Opiattherapie schwerer Schmerzzustände, Behandlung Tumor- bzw. HIV-bedingter Entgleisungen des Flüssigkeitshaushaltes, Betreuung und Anleitung der pflegenden Bezugsperson) beim Besuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung durch einen Arzt mit besonderer Qualifikation. Zeitdauer mindestens 30 Minuten.

Die Leistung wird mit 900 Punkten bewertet und außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung als Einzelleistung mit einem Punktwert von 7,41 Cent vergütet und ist unter der SNR 99055 abzurechnen.

3. Qualifikation des Arztes:

Die Abrechnung der unter 2. genannten Zuschlagsposition bedarf der vorherigen Genehmigung durch die KV Berlin. Ärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung für Home-Care-Leistungen gemäß der Regelungen mit dem BKK-LV Ost bedürfen keiner besonderen neuen Antragstellung.

Voraussetzung zum Erwerb der Genehmigung sind eingehende Erfahrungen und Kenntnisse des Arztes bei der Behandlung sterbender Patienten. Diese sind in geeigneter Weise zu belegen. In Zweifelsfällen kann sich die Onkologiekommission (bzw. die AIDS-Kommission) hiervon durch ein kollegiales Gespräch überzeugen.

Der Home-Care-Arzt hat eine 24-Stunden-Rufbereitschaft sicherzustellen. Die direkte Anbindung des Home-Care-Arztes an Schwerpunktpraxen für Onkologie bzw. für AIDS ist sicherzustellen. Der berechtigte Arzt soll einem AIDS-Zentrum bzw. einem Zentrum für Palliativ-Onkologie (z. B. Home-Care e.V.) angeschlossen sein.

4. Pflichten des Home-Care-Arztes:

Der Home-Care-Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an jährlich mindestens 6 von der KV Berlin oder der Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen mit Schwerpunktthemen Onkologie bzw. AIDS.

Der Home-Care-Arzt ist zur regelmäßigen Dokumentation gemäß Anlage verpflichtet, dies gilt ab dem Quartal der Unterschrift zu dieser Vereinbarung. Die Dokumentation muss für jeden Patienten, bei dem ein Home-Care-Besuch stattgefunden hat, am Ende des jeweiligen Quartals erstellt werden. Diese Dokumentation hat der Home-Care-Arzt der KV Berlin in anonymisierter Form zur Auswertung zur Verfügung zu stellen, sie ist bei der Quartalsabrechnung mit einzureichen.

Die erforderlichen Nachweise gemäß Satz 1 sind einmal jährlich unaufgefordert bei der Abteilung Qualitätssicherung einzureichen, und zwar jeweils bis zum 31. März des Folgejahres.

§ 3 Abrechnung und Honorarzahlung

Die Home-Care-Leistungen werden als Einzelleistung vergütet. Für die Abrechnung und Honorarzahlung gelten die Regelungen des Vertrages über die ärztliche Behandlung der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse, die der Mitgliedergruppe A angehören, zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom



Fortsetzung von Seite A1115

20.09.1983 und seinen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung, entsprechend.

§ 4 Laufzeit und Kündigung

Der Vertrag tritt zum 01.07.2008 in Kraft. Er kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Berlin, Stuttgart, den 24.06.2008

Unterschriften

Anlage:
Home-Care-Dokumentation
(liegt in Papierform vor)
05/08/08

Modellprojekt für FÄ Psychotherap. Medizin / Verlängerung /Alle Kassen

Ergänzende Vereinbarung zum Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin – nachfolgend KV Berlin genannt – und der AOK Berlin – Die Gesundheitskasse, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V. und dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) e.V. – vertreten durch die Landesvertretung Berlin, dem BKK-Landesverband Ost, der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse, der Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin, der Knappschaft – Dienststelle Berlin – vertreten durch die AOK Berlin – Die Gesundheitskasse – nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt – für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Gesamtvergütungen

Vereinbarung

Die Partner des Vertrages zum Honorarverteilungsmaßstab sind sich darüber einig, dass die im Honorarverteilungsmaßstab in der Fassung vom 23.01.2008 – zuletzt durch § 19 Satz 2 HVM bis zum 31.12.2008 verlängert – vereinbarten Regelungen zum Modellprojekt für die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abänderung von § 12 Abs. 1 Satz 7 bis zum Ende der Geltungsdauer dieses Honorarverteilungsmaßstabes fortgeführt werden.

Berlin, den 14.07.2008

Unterschriften
06/08/08

Pos. 30

Pos. 18

Pos. 44

Pos. 43

Pos. 40

Pos. 13