

Vereinbarung

über

die Vergütung delegierter vertragsärztlicher Leistungen

im Rahmen der Home-Care-Betreuung

zwischen

**dem VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
- Landesvertretung Berlin -**

**dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Landesvertretung Berlin -**

und

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

Präambel

Das Inkrafttreten der Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege am 14. Mai 2000 erfordert weitere regionale Konkretisierungen, um die Patientenbetreuung durch Ärzte in den Schwerpunktpraxen für Onkologie und AIDS in Berlin zu optimieren.

Die intensive häusliche, häufig sogar wiederholte tägliche Versorgung von Patienten mit notwendiger parenteraler Medikamentengabe erfolgt seit vielen Jahren in bewährter Kooperation mit Pflegediensten.

Die Bundesempfehlung nach § 86 SGB V für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege stellt klar, dass es sich bei diesen Leistungen um ärztliche Leistungen handelt, die auf Weisung des Arztes im Einzelfall zur Durchführung an geeignete Mitarbeiter von Pflegediensten delegiert werden können.

Den Partnern der Gesamtverträge wird empfohlen, unter Berücksichtigung bestehender regionaler Regelungen angemessene Vergütungen für solche stationersetzenden Leistungen zu vereinbaren. Diesem Zweck dienen die nachstehenden Festlegungen.

§ 1 Gegenstand

Diese Vereinbarung regelt die Verfahrensweise bei der Delegation von ärztlichen Leistungen der parenteralen Medikamentengabe an geeignete Pflegedienste, die vertraglich an eine gesetzliche Krankenkasse im Land Berlin gebunden sind, und die Vergütung.

§ 2 Delegation an Pflegedienste

- (1) Der delegierende Arzt gemäß § 4 ist in der Auswahl des Pflegedienstes frei und nur seinem ärztlichen Urteil zu deren Qualität unterworfen.
- (2) Bei der Auswahl soll er jedoch einen Pflegedienst wählen, der im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vertraglich an die Krankenkasse des betroffenen Patienten gebunden ist.
- (3) Er soll nur im Einzelfall und nur an Pflegedienste mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitern delegieren, die unter seiner Aufsicht tätig werden.
- (4) Er muss verbindlich sicherstellen, dass er den Mitarbeitern in Fragen der Durchführung der delegierten Leistungen weisungsbefugt ist.
- (5) Der delegierende Arzt muss die Qualifikation der Mitarbeiter des Pflegedienstes aus der Fortbildung in der eigenen Praxis oder aus Fortbildung in ähnlichen Einrichtungen beurteilen können.
- (6) Er muss die Tätigkeit der Pflegedienste und ihrer Mitarbeiter regelmäßig supervisieren und kontrollieren. **§ 3**

§ 3 Delegierte Leistungen

- (1) Es muss sich um Patienten im fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung oder AIDS-Erkrankung handeln, die in Kooperation mit Pflegediensten versorgt werden und die ohne diese Betreuung auf stationäre Behandlung angewiesen wären.
- (2) Es muss sich um parenterale Medikamentengaben handeln, die in der Regel mittels liegender Zugangssysteme durchgeführt werden. Infusionen ausschließlich zur Substitution von Flüssigkeit oder zur Ernährung fallen nicht unter diese Vereinbarung. Injektionen (i.v., i.m. und s.c.) fallen nicht unter diese Vereinbarung.

§ 4 Delegierende Ärzte

Die Delegation von Leistungen nach § 3 darf nur von Ärzten mit der Genehmigung zur Abrechnung der Nummer 9055 E erfolgen. Diese Genehmigung wiederum richtet sich nach der mit dem VdAK getroffenen Vereinbarung.

§ 5 Vergütung der ärztlichen Leistung

- (1) Für die Durchführung der Leistung nach § 3 (ärztlich angeordnete und an den Pflegedienst delegierte parenterale Medikamentengabe) wird eine Einsatzpauschale vergütet. Sie beträgt 69 DM bzw. 35,28 Euro pro Einsatz. Damit sind alle im Zusammenhang mit dem jeweiligen Einsatz stehenden weiteren Leistungen und

Kosten abgegolten. In 24 Stunden sind maximal drei Einsatzpauschalen pro Patient abrechenbar.

(2) Die Vergütung wird von der KV Berlin abzüglich des jeweils gültigen Verwaltungskostensatzes der KV Berlin für Vertragsärzte an die Pflegedienste ausgezahlt.

§ 6 Abrechnung

(1) Die Delegation und die Abrechnung der Leistung nach § 5 erfolgen auf dem Überweisungsformular, Muster 6. In das Feld "Überweisung an" trägt der delegierende Arzt den Namen des Pflegedienstes ein. Im Stempelfeld "Überweisender Arzt" stempelt und zeichnet der delegierende Arzt.

(2) Der delegierende Arzt erklärt auf diesem Formular, dass er das Honorar für die ärztliche Leistung nach § 3 an den genannten Pflegedienst abtritt. Er verwendet dafür einen vorgefertigten Stempel oder einen maschinellen Aufdruck mit folgendem Wortlaut und fügt diesen Aufdruck auf der Rückseite ein:
"Das ärztliche Honorar für die unter meiner Verantwortung erbrachten Leistungen nach der Pseudonummer 9056 trete ich an den umseitig genannten Pflegedienst ab."

(3) Der beauftragte Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen auf dem Überweisungsformular unter Angabe des Tages und der jeweiligen Häufigkeit unter der Pseudonummer 9056 ab. Er stempelt und zeichnet im Feld "Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes" mit dem von der KV Berlin zur Verfügung gestellten Stempel.

(4) Der delegierende Arzt bestätigt nach Leistungserbringung auf diesem Formular die Richtigkeit und die Übereinstimmung der abgerechneten Leistungen mit dem von ihm erteilten Auftrag. Dafür unterschreibt der delegierende Arzt im Feld "Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes" neben der Unterzeichnung des Pflegedienstes.

(5) Der beauftragte Pflegedienst reicht die Abrechnungsunterlagen quartalsweise nach Krankenkassenarten und alphabetisch sortiert zu den von der KV Berlin bekannt gegebenen Abgabezeiten bei der KV Berlin ein.

(6) Monatliche Abschläge und endgültige Gutschrift richten sich nach den Regularien der Zahlungen an die Vertragsärzte.

§ 7 Rechnungslegung und Zahlungen der Krankenkassen

(1) Das Honorarvolumen für die Leistungen nach § 3 wird im Formblatt 3 unter der Position D-01-55-00 ausgewiesen und auf Nachweis vergütet.

(2) Die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

§ 8 Übergangsregelung für Abschlagszahlungen

(1) Solange keine Erkenntnisse über das tatsächliche Honorarvolumen vorliegen, leisten die Krankenkassen Abschlagszahlungen an die KV Berlin für das Honorar nach § 5 gemäß Anlage 1 zu den jeweils üblichen Terminen für die Abschlagszahlungen.

(2) Sobald das tatsächliche Honorarvolumen für ein Quartal aus der jeweiligen Rechnungslegung ersichtlich ist, zahlen die Krankenkassen pro Monat jeweils ein Drittel jenes Betrages, der aus der Abrechnung hervorgeht.

(3) Nach Ablauf eines Jahres richten sich die Abschläge nach den Regelungen der jeweiligen Vergütungsvereinbarung.

§ 9 Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2001 in Kraft.

(2) Sie kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Berlin, den 21.02.2001

VdAK - Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

sowie

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- Landesvertretung Berlin -
Leiter der Landesvertretung

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlage 1 zur Vereinbarung über die Vergütung delegierter vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen der Home-Care-Betreuung

Abschlagszahlungen gemäß § 8

	DM	Euro
BEK	11.500,00	5.879,86
DAK	7.500,00	3.834,69
KKH	3.500,00	1.789,52
TK	4.000,00	2.045,17

