

G E S A M T V E R T R A G

gemäß § 83 SGB V

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(nachfolgend KV Berlin genannt)

und

der **BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

(nachfolgend BIG Gesundheit genannt)

handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V

mit Wirkung für die Innungskrankenkassen

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Geltungsbereich des Vertrages
- § 2 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
- § 3 Sachkosten und Sprechstundenbedarf
- § 4 Vertragsärztliche Vordrucke
- § 5 Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung
- § 6 Ambulante Notfallbehandlung in Krankenhäusern
- § 7 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung
- § 8 Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte
- § 9 Vertragsarztstempel
- § 10 Sammelerklärung
- § 11 Abrechnungsverfahren bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vertragsarzt
- § 12 Zahlung der Gesamtvergütung
- § 13 Prüfung der Abrechnungsunterlagen und der Rechnungslegung
- § 14 Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnungen
- § 15 Durchsetzung festgestellter Ansprüche
- § 16 Schlichtungsstelle
- § 17 Versichertenbefragung
- § 18 Sonstige Vereinbarungen
- § 19 Inkrafttreten und Kündigung des Gesamtvertrages

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten der Innungskrankenkassen sowie der von diesen im Rahmen der Leistungsaushilfe nach EG-Abkommensrecht (zwischenstaatlichen Auslandsabkommen) Betreuten.
- (2) Bestandteil dieses Vertrages ist der Inhalt des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in seiner jeweils gültigen Fassung (§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- (3) Neben den in § 2 Abs. 1 und 2 BMV-Ä genannten Leistungen gehören auch die in § 2 Abs. 2 Nr. 4.1 und Abs. 5 BMV-Ä genannten Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung.
- (4) Die nachfolgend benannten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern um weitere Anlagen ergänzt oder gekürzt werden.

Anlagen 1	Vereinbarungen über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 2	Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 3	Vereinbarung über die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 4	Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V über die Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss (§ 106 SGB V) – Prüfvereinbarung – in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 5	Vereinbarung über die Durchführung der Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität gemäß § 106a SGB V (Plausibilitätsvereinbarung) in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 6	Vereinbarung zur Errichtung einer Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä in der jeweils aktuellen Fassung
Anlage 7	Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) in der jeweils aktuellen Fassung
Anlagen 8	Strukturverträge nach § 73a SGB V in der jeweils aktuellen Fassung
Anlagen 9	Verträge nach § 73 c SGB V
Anlagen 10	Sonstige Verträge

§ 2

Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen richtet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der jeweils geltenden Fassung (§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt sind, können nicht abgerechnet werden, es sei denn, dass eine Vereinbarung der Vertragspartner über die Vergütung solcher Leistungen vorliegt.
- (2) Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird bis 31.12.2008 nach § 85 Abs. 2 SGB V sowie ab 01.01.2009 nach §§ 87 a – c SGB V berechnet und als Anlage zum Gesamtvertrag vereinbart.

§ 3

Sachkosten und Sprechstundenbedarf

- (1) Die Erstattung nicht in den Gebührenpositionen enthaltener Kosten gemäß § 44 Abs. 5 BMV-Ä (Sachkosten) richtet sich nach den entsprechenden Vereinbarungen. Soweit in die-

sen Vereinbarungen nichts anderes geregelt ist, wird als rechnungsbegleichende Stelle gemäß § 44 Abs. 5 Satz 3 BMV-Ä die KV Berlin bestimmt.

- (2) Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf regeln die Vertragspartner gesondert in Anlage 3 zum Gesamtvertrag.
- (3) Die auf die Versicherten der Innungskrankenkassen sowie die weiteren in § 1 Abs. 1 Genannten entfallenden Anteile der Kosten für Sprechstundenbedarf einschließlich der anteiligen Verwaltungskosten (Bearbeitungskosten) sind von den einzelnen Innungskrankenkassen zu tragen. Der Landesverband der Innungskrankenkassen übernimmt zunächst die Kosten für die Sprechstundenbedarfsprodukte und die anteiligen Verwaltungskosten (Bearbeitungskosten) für alle Innungskrankenkassen entsprechend der jeweils gültigen Abrechnungsvereinbarung Sprechstundenbedarf zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Berlin. Der Landesverband der Innungskrankenkassen legt diese bis 31.12.2008 nach den Anteilen der jeweils aktuellen KM-6 (Versicherte) sowie der Betreuten nach § 264 SGB V auf die einzelnen Innungskrankenkassen um. Die jeweiligen Anteile werden in Bezug auf die Versicherten und Betreuten aller Innungskrankenkassen in Berlin ermittelt. Ab 01.01.2009 erfolgt die Umlage nach den Anteilen der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mit der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundener Behandlungsbedarf) sowie der Anteile der Betreuten nach § 264 SGB V. Die jeweiligen Anteile werden in Bezug auf den Gesamt-Behandlungsbedarf der Versicherten und Betreuten aller Innungskrankenkassen in Berlin ermittelt.

§ 4

Vertragsärztliche Vordrucke

Die auf die Innungskrankenkassen für ihre Versicherten der sowie die weiteren in § 1 Abs. 1 Genannten entfallenden Anteile der Kosten für Vordrucke nach § 34 Abs. 2 BMV-Ä werden von den einzelnen Innungskrankenkassen getragen. Der Landesverband der Innungskrankenkassen übernimmt zunächst die Kosten für die Vordrucke für alle Innungskrankenkassen entsprechend der jeweils gültigen Abrechnungsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Berlin. Der Landesverband der Innungskrankenkassen legt diese nach den Anteilen der jeweils aktuellen Fallzahlen auf die einzelnen Innungskrankenkassen um. Die jeweiligen Anteile werden in Bezug auf die Fallzahlen aller Innungskrankenkassen in Berlin ermittelt.

§ 5

Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung

Die auf die Innungskrankenkassen für ihre Mitglieder entfallenden Anteile der Kosten für Weiterbildung Allgemeinmedizin nach § 8 GKV-SolG werden von den einzelnen Innungskrankenkassen getragen. Der Landesverband der Innungskrankenkassen übernimmt zunächst die Kosten für alle Innungskrankenkassen entsprechend der jeweils gültigen Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 8 Abs. 2 GKV-SolG. Der Landesverband der Innungskrankenkassen legt diese nach den Anteilen der KM-6 (Mitglieder) des jeweiligen Vorjahres, die auch der Anforderung der KV Berlin zugrunde liegt, auf die einzelnen Innungskrankenkassen um. Die jeweiligen Anteile werden in Bezug auf die Mitglieder aller Innungskrankenkassen in Berlin ermittelt.

§ 6

Ambulante Notfallbehandlung in Krankenhäusern

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden, unbeschadet anderes lautender gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen unter Beachtung des EBM in der jeweils geltenden Fassung vergütet. Für die

Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Anwendung.

- (2) Im Krankenhaus erbrachte ambulante Notfallbehandlungen sind nur dann Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach diesem Vertrag, wenn sie nicht unmittelbar zu einer stationären Aufnahme führen.

§ 7

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Soweit im BMV-Ä oder in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen Qualifikationsvoraussetzungen und apparative Voraussetzungen gefordert werden, ist dieser Nachweis vor Durchführung und Abrechnung entsprechender Leistungen durch den Arzt gegenüber der KV Berlin zu führen. Gleiches gilt für Nachweise auf der Grundlage von Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen bzw. dem GKV-Spitzenverband gemäß §§ 135 und 135a SGB V und sonstige für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Bestimmungen.
- (2) Die Information des Landesverbandes gemäß § 11 Abs. 5 BMV-Ä erfolgt im Rahmen der Datenlieferung nach § 7 der Plausibilitätsvereinbarung nach § 106a SGB V.
- (3) Sobald Richtlinien nach § 136a SGB V vorliegen, prüft die KV Berlin durch Stichproben die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen nach Maßgabe des § 136 SGB V.

§ 8

Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

Die KV Berlin liefert vierteljährlich zu Quartalsbeginn im Rahmen von § 59 Abs. 1 BMV-Ä ein elektronisches Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte als PDF-Dokument mit Suchfunktion. Das Verzeichnis enthält von allen zugelassenen Leistungserbringern den Arztnamen, Angaben über die Gebietsbezeichnung, die Adresse der Praxisstelle und die Telefonnummer.

§ 9

Vertragsarztstempel

- (1) Die KV Berlin stellt jedem Vertragsarzt unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorschriften einen Vertragsarztstempel zur Verfügung. Dieser enthält mindestens die nachstehenden Angaben:
 - die Bezeichnung der Einrichtungsform oder Titel, Vor- und Zuname,
 - ggf. Fachgebiets-, Schwerpunkts- und Zusatzbezeichnungen,
 - Praxisanschrift, Telefonnummer, anstelle der Praxisanschrift enthält der Stempel bei an Krankenhäusern ermächtigten Ärzten die Anschrift des Krankenhauses,
 - Betriebsstättennummer (1. bis 7. Stelle).
- (2) Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung dürfen ausschließlich die von der KV Berlin zur Verfügung gestellten Vertragsarztstempel verwendet werden.
- (3) Der Vertragsarztstempel ist zur Vermeidung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren. Der Verlust des Vertragsarztstempels ist der KV Berlin unverzüglich anzuzeigen.
- (4) Bei Beendigung der Vertragsarztstätigkeit ist der Vertragsarztstempel der KV Berlin unverzüglich zurückzugeben.

§ 10 Sammelerklärung

- (1) Anstelle einer Einzelerklärung auf jedem Behandlungsausweis gibt der Vertragsarzt gemäß § 35 Abs. 2 BMV-Ä eine Sammelerklärung folgenden Wortlauts ab:

„Ich versichere, dass die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Verrichtungen entsprechen und von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen und den vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen“.

- (2) Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V geben eine Sammelerklärung folgenden Wortlauts ab:

„Wir versichern, dass die in Rechnung gestellten Leistungen den tatsächlich ausgeführten Verrichtungen entsprechen und von uns persönlich oder unter ärztlicher Aufsicht ausgeführt wurden und den gesetzlichen und den vertraglichen Bestimmungen sowie der Satzung der KV Berlin entsprechen“.

§ 11 Abrechnungsverfahren bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vertragsarzt

- (1) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit kann die KV Berlin weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange aussetzen, bis festgestellt ist, ob Schadenersatzforderungen nach §§ 47 ff. BMV-Ä und Forderungen aus sachlich rechnerischen Richtigstellungen nach § 45 Abs. 2 BMV-Ä geltend gemacht worden sind.
- (2) Bei Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit in veränderter Form kann die KV Berlin die bis zu Änderung fälligen Zahlungen aussetzen, bis festgestellt ist, ob Schadenersatzforderungen nach §§ 47 ff. BMV-Ä und Forderungen aus sachlich rechnerischen Richtigstellungen nach § 45 Abs. 2 BMV-Ä geltend gemacht worden sind.

§ 12 Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) Jede Innungskrankenkasse leistet am 15. eines jeden Kalendermonats eine Abschlagszahlung auf die vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung des jeweiligen Jahres und auf die erwartete Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen an die KV Berlin. Sofern der 15. des Monats auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt, gilt der nachfolgende Werktag als Zahltag. Bis zum Inkrafttreten einer Vergütungsvereinbarung für den laufenden Zeitraum wird die Gesamtvergütung des Vorjahres bei der Berechnung der Abschlagszahlung zugrundegelegt. Im Laufe des Jahres in den EBM neu aufgenommene Leistungen werden bei der endgültigen Abrechnung des jeweiligen Quartals und bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Folgejahres berücksichtigt.
- (2) Rechtzeitig vor dem 01.01.2010 verständigen sich die Vertragspartner auf Basis der Erfahrungen des Jahres 2009 über sachgerechte und notwendige Modifikationen der Abschlagszahlungen.
- (3) Die KV Berlin erstellt quartalsweise gegenüber den Innungskrankenkassen eine endgültige Abrechnung der Gesamtvergütung inklusive der abgerechneten Vergütung für Einzelleistungen, Substitutionsbehandlungen der Drogenabhängigkeit und Pauschalen per Rech-

nungsbrief inklusive der dazu gehörenden Unterlagen. Eine sich aus dieser endgültigen Quartalsabrechnung ergebende Restforderung gegenüber den Innungskrankenkassen ist innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der endgültigen Quartalsabrechnung von den Innungskrankenkassen zu begleichen. Nach Ablauf dieser Zahlungsfrist ist Verzug eingetreten und von den Innungskrankenkassen Verzugszinsen in Höhe von 5% über dem Basiszinssatz p.a. (§ 288 Abs. 1 und 2 BGB) zu bezahlen. Die Vertragspartner sollen durch Nachfragen (z.B. per E-Mail) mit darauf hinwirken, dass Verzugszinsen möglichst verhindert werden.

- (4) Sind die rechnungsbegründenden Unterlagen in Teilen nachweislich fehlerhaft, kann die Zahlung nicht vollständig verweigert oder aufgeschoben werden. Ein Einbehalt eines Rechnungsbetrages ist bei nachweislich fehlerhafter Rechnungsstellung nur bis zur Höhe des fehlerhaften Betrages zulässig. Unabhängig von dem strittigen Betrag ist der geforderte Rechnungsbetrag jedoch mindestens in Höhe von 95% zu begleichen. Kürzungen sind gegenüber der KV Berlin schriftlich zu erklären und zu begründen.
- (5) Abweichende Regelungen zur Zahlung der Gesamtvergütung im kassenartenübergreifenden Honorarvertrag gehen diesen Regelungen vor.

§ 13

Prüfung der Abrechnungsunterlagen und der Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung gegenüber den Innungskrankenkassen erfolgt gemäß § 295 Abs. 2 SGB V sowie der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern).
- (2) Von der KV Berlin werden nach Prüfung die Vergütungsanforderungen (Formblatt 3 in elektronischer Form) für ärztliche ambulante und belegärztliche Leistungen gegenüber der jeweiligen Innungskrankenkasse vierteljährlich abgerechnet.
- (3) Den Innungskrankenkassen werden entsprechend § 55 BMV-Ä i.V.m. Anlage 6 BMV-Ä die Gesamtabrechnungsunterlagen vierteljährlich übergeben.

§ 14

Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnungen

- (1) Die KV Berlin prüft gemäß § 45 BMV-Ä die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Die sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnungen wird nach der jeweils gültigen Plausibilitätsvereinbarung nach § 106a SGB V durchgeführt.
- (2) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnungen nach Abs. 1 können die Innungskrankenkassen gemäß der jeweils gültigen Plausibilitätsvereinbarung nach § 106a SGB V Anträge auf sachliche und rechnerische Richtigstellung bei der KV Berlin stellen. Abweichend hiervon gilt bis zum 31.12.2008 die Regelung gemäß § 17 der Vereinbarung zur Gesamtvergütung 2008 vom 22.07.2008.

§ 15

Durchsetzung festgestellter Ansprüche

Die Durchsetzung festgestellter Schadenersatzansprüche erfolgt nach § 52 Abs. 1 BMV-Ä in Verbindung mit der näheren Regelung der Prüfvereinbarung in der jeweils aktuellen Fassung. (Anlage 4).

§ 16 Schlichtungsstelle

Die KV Berlin errichtet eine Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä. Näheres wird in der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarung zur Errichtung einer Schlichtungsstelle geregelt (Anlage 6).

§ 17 Versichertenbefragung

- (1) Die Befragung von Versicherten gemäß § 60 Abs. 3 BMV-Ä durch die Innungskrankenkassen bezüglich der Behandlung durch einen Vertragsarzt darf nur vorgenommen werden, wenn der Versicherte über seine Rechte belehrt worden und mit der Erhebung seiner personenbezogenen Daten einverstanden ist. Die Einverständniserklärung und die Belehrung sind schriftlich zu dokumentieren.
- (2) Eine Versichertenbefragung kann insbesondere zur Klärung eines Sachverhaltes im Zusammenhang mit der Prüfung der Rechtmäßigkeit und der Plausibilität der vertragsärztlichen Abrechnungen angezeigt sein, wenn sich eine Klärung des Sachverhaltes nicht durch anderweitige Maßnahmen erreichen lässt.
- (3) Die KV Berlin wird im Vorfeld von der Befragung in Kenntnis gesetzt und über das Ergebnis der Befragung von der jeweiligen Innungskrankenkasse unterrichtet.

§ 18 Sonstige Vereinbarungen

- (1) Sofern wegen vorübergehenden Fehlens sachlicher oder struktureller Voraussetzungen Vorschriften des Vertrages nicht ihrem Wortlaut nach anwendbar sind, sind sie sinngemäß anzuwenden. Treten bei der Anwendung dieses Vertrages grundsätzliche Fragen auf, so sind die Vertragspartner aufgefordert, das Einvernehmen herzustellen und eine Neuregelung anzustreben.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame Klausel durch eine Neuregelung zu ersetzen.
- (3) Sollten innerhalb des Vertragszeitraumes gesetzliche bzw. untergesetzliche Regelungen eingeführt werden, die dieser Vereinbarung entgegenstehen bzw. diese Vereinbarung ergänzen, vereinbaren die Vertragspartner einvernehmlich eine entsprechende Änderungsvereinbarung.
- (4) Soweit aufgrund der Übernahme der Aufgaben durch den Spitzenverband Bund zum 01.07.2008 nach § 217f SGB V und § 82 Abs. 1 SGB V (i. d. Fassung vom 01.07.2008) der Bundesmantelvertrag-Ärzte geändert wird (ggf. Zusammenführung von Bundesmantelvertrag-Ärzte und Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag), werden die Vertragspartner unverzüglich in die Verhandlung über die dadurch notwendigen Anpassungen des Gesamtvertrages eintreten.
- (5) Die Innungskrankenkassen werden die KV Berlin über die von ihnen abgeschlossenen Verträge mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit sie in den Sicherstellungsauftrag der KV Berlin eingreifen (z.B. Modellvorhaben, Verträge zur integrierten Versorgung, Verträge nach §§ 73b, 73c SGB V) informieren.

§ 19

Inkrafttreten und Kündigung des Gesamtvertrages

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 2008 in Kraft und ersetzt den Gesamtvertrag vom 30. November 1967.
- (2) Regelungen, die für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer Pflichten oder Obliegenheiten enthalten, gelten erst mit Datum der amtlichen Bekanntmachung. Die Inkraftsetzung der Anlagen erfolgt entsprechend der Vereinbarung in der jeweiligen Anlage.
- (3) Dieser Gesamtvertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung des Gesamtvertrages lässt die Wirksamkeit der Anlagen unberührt.
- (4) Kündigt ein Vertragspartner den Gesamtvertrag, so besteht für beide Vertragspartner die Verpflichtung, unverzüglich Neuverhandlungen aufzunehmen. Der gekündigte Gesamtvertrag gilt bis zum Abschluss des neuen Vertrages weiter.
- (5) Die Anlagen und der Anhang dieses Vertrages können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden, soweit dort keine besonderen Fristen genannt sind.

Berlin, 21. 10. 2008

 
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand


BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse

Anlagen

- Anlagen 1 Vereinbarungen über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in der jeweils aktuellen Fassung:
- Anlage 1.1 Vereinbarung über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen vom 22.07.2008;
 - Anlage 1.2 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung vom 18.08.2006
 - Anlage 1.3 Home-Care-Vereinbarung vom 26.03.2004 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 22.07.2008
 - Anlage 1.4 Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von LDL-Eliminationen vom 13.06.2002 unter Berücksichtigung des Schriftwechsels vom 28.04.2005
 - Anlage 1.5 Onkologie-Vereinbarung vom 18.08.2006 „Onkologie-Vereinbarung“ in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 2 Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab vom 23.01.2008 in der jeweils gültigen Fassung
- Anlage 3 Vereinbarung über die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf vom 05.12.2007
- Anlage 4 Vereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V über die Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch eine Prüfungsstelle und einen Beschwerdeausschuss (§ 106 SGB V) – Prüfvereinbarung – vom 14.02.2008 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 17.09.2008
- Anlage 5 Vereinbarung über die Durchführung der Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität gemäß § 106a SGB V (Plausibilitätsvereinbarung) vom 05.09.2007
- Anlage 6 Vereinbarung zur Errichtung einer Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä vom 21.12.2007
- Anlage 7 Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) vom 21.11.2005 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 09.11.2006
- Anlagen 8 Strukturverträge nach § 73a SGB V in der jeweils aktuellen Fassung:
- Anlage 8.1 Vereinbarung über die Förderung des ambulanten Operierens gemäß § 73a SGB V vom 14.02.2008 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 22.07.2008
 - Anlage 8.2 Vereinbarung zur Förderung der qualifizierten ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie gemäß § 73a SGB V vom 18.08.2006 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 25.09.2006 und der 2. Änderungsvereinbarung vom 20.11.2007
 - Anlage 8.3 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 01.09.2008
 - Anlage 8.4 Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 19.06.2003 in der Fassung vom 17.03.2006 sowie des 1. Nachtrages vom 03.01.2007 und des 2. Nachtrages vom 01.09.2008

- Anlage 8.5 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 31.07.2007
- Anlage 8.6 Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrages zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 20.09.2004 in der Fassung vom 31.07.2007
- Anlage 8.7 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen: Asthma bronchiale auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 03.01.2007 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 27.12.2007
- Anlage 8.8 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen: Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 03.01.2007 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 27.12.2007
- Anlage 8.9 Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 der Verträge zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V COPD und Asthma auf der Grundlage des § 73a SGB V vom 03.01.2007
- Anlage 8.10 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 29.11.2007 in der Fassung des 1. Nachtrags vom 02.04.2008
- Anlage 8.11 Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 73a SGB V vom 29.11.2007
- Anlage 8.12 IKK-Home-Check-Vereinbarung vom 26.03.2004
- Anlage 8.13 Vertrag über die Beteiligung an den Kosten des ÄBD vom 28.11.2007
- Anlagen 9 Verträge nach § 73 c SGB V
- Anlage 9.1 Vereinbarung über die Vergütung parenteraler Medikamentengaben im Rahmen der Delegation an Pflegedienste vom 07.08.2007
- Anlagen 10 Sonstige Verträge
- Anlage 10.1 Anlage zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen in Berlin („DMP Brustkrebs Berlin“) vom 29.06.2004 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 22.02.2007
- Anlage 10.2 Überleitungsvereinbarung bis zum Abschluss eines Vertrages über ein Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm) nach § 137 f SGB V für Typ 1 Diabetes über die Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 vom 11.09.2003 in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 27.12.2007
- Anlage 10.3 Vereinbarung über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sowie der Sachkosten im Rahmen des Mammographie-Screenings vom

08.08.2006 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom
03.07.2007 sowie der 2. Änderungsvereinbarung vom 02.10.2007