

Strukturvertrag

gemäß

§ 73a SGB V

**zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten
mit gesteigertem Versorgungsbedarf
(Betreuungsstrukturvertrag)**

zwischen

**der AOK Nordost, handelnd als Landesverband gemäß § 207 Absatz
4 SGB V
(AOK Nordost)**

und

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

Präambel

Zur Stärkung der ambulant ärztlichen Versorgung sowohl im haus- als auch fachärztlichen Bereich und vor dem Hintergrund der zunehmenden Herausforderungen der medizinischen Versorgung einer alternden Bevölkerung, wird der nachfolgende Vertrag geschlossen, der die beschriebenen Herausforderungen angeht und die langfristige Lösung dieser sichert.

Ziel ist es hierbei, in einem auf besondere sowie auf schwierige und langwierige Erkrankungen begrenzten Spektrum Betreuungsstrukturansätze umzusetzen. Mit der vorgeschlagenen Lösung tragen die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin auch ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe in Berlin Rechnung und unterstützen nachhaltig die Stabilisierung der Versorgung in der Region.

§ 1

Ziele und Leistungen

- (1) Erhöhung der Beratungsintensität durch Haus- und Fachärzte

Patienten mit chronischen oder in Behandlung befindlichen schwierigen und langwierigen Krankheiten benötigen eine erhöhte Beratungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung soll die Rolle des niedergelassenen Arztes im Versorgungsmanagement bestärkt werden. Dies schließt die koordinierte poststationäre Betreuung der betroffenen Patientengruppen mit dem Ziel der Sicherstellung der medizinischen Versorgungskontinuität nach einem Krankenhausaufenthalt ein.

- (2) Spezielle Angebote im Versorgungs-/Patientenmanagement

Die Vertragspartner beabsichtigen, sukzessive zusätzliche Angebote gemeinsam zu entwickeln. Mögliche Handlungsfelder können beispielsweise ein Arzneimittelmanagement, Beratungsangebote zum Verbleib in der Häuslichkeit oder spezielle (fach)ärztliche Screening- und Frühinterventionsangebote sein.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Berlin und gilt zunächst nur für Versicherte der AOK Nordost mit Wohnort in Berlin. Für Versicherte der AOK Nordost, die Ihren Wohnort außerhalb von Berlin haben, sind die Leistungen nur berechnungsfähig, solange und soweit der KV Berlin eine Anerkennung gemäß Nr. 1.3.4 Abs. 1 der FKZ-Richtlinie vorliegt.
- (2) Zur Erbringung der Leistungen gemäß § 3 dieses Vertrages sind im Bereich der KV Berlin zugelassene, in einer Praxis angestellte sowie in einer Gesundheitseinrichtung nach § 311 SGB V oder in einem MVZ tätige Ärzte nach § 73 Abs. 1 und 1a SGB V berechtigt.

§ 3

Umsetzung der Ziele und Leistungen

- (1) Zur verbesserten Versorgung von Patienten erfolgt die umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit Krankheitsbildern gemäß der Anlage 1 durch die in § 2 Abs. 2 benannten Ärzte.
- (2) Zur Erhöhung der Beratungsintensität sollen die Ärzte unter Berücksichtigung des § 4 des Vertrages, über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen und Aufwände hinaus, separate Angebote für Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern gemäß Anlage 1, z. B. in Gestalt eines zusätzlichen Sprechstunden-, Wartezeitenmanagements- und/oder Koordinierungsangebotes zur Verfügung stellen. Der Arzt informiert die KV Berlin zeitnah über das Zusatzangebot. Einzelheiten der Information nach Satz 1 regelt die KV Berlin im Verhältnis zu ihren Mitgliedern.

- (3) Im Falle einer Krankenhausbehandlung des Patienten soll der Arzt zur Stärkung der poststationären Koordinierung dem Patienten ein Arztgespräch grundsätzlich innerhalb von 4 Werktagen nach der Entlassung anbieten. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Einzelheiten der Information nach Satz 1 regelt die KV Berlin im Verhältnis zu ihren Mitgliedern.

§ 4

Vergütung für Erhöhung der Beratungsintensität

- (1) Die Vergütung erfolgt quartalsweise ausschließlich kontaktabhängig bei medizinisch notwendiger Behandlung von Krankheitsbildern gemäß Anlage 1.
- (2) Die Vergütung erfolgt für das zusätzliche Angebot nach § 3 Abs. 2 und Abs. 3 und setzt eine Information an die KV Berlin gemäß § 3 Abs. 2 voraus.
- (3) Für Leistungen aus diesem Vertrag erhält der Arzt eine Vergütung gemäß nachfolgender Tabelle.

GOP		Vergütung
	<p>Kontaktabhängige quartalsweise Vergütung bei medizinisch notwendiger Behandlung und elektronischer Dokumentation von Diagnosen aus dem Katalog der Anlage 1</p> <p>Eine Vergütung erfolgt nur bei Vorliegen und Abrechnung gesicherter, endstellig kodierter Diagnosen.</p>	
99009	bei 1 Diagnose	4,00 EUR
99010	bei 2 Diagnosen	6,00 EUR
99011	bei 3 Diagnosen	8,00 EUR
99012	bei 4 und mehr Diagnosen	12,00 EUR
	<p>Die Abrechnung dieser Pauschalen setzt einen persönlichen Arzt-Patientenkontakt voraus. Die GOP 99009, 99010, 99011 und 99012 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.</p>	

- (4) Die Pauschalen nach Abs. 3 sind kumuliert für alle Diagnosen je Patienten und Quartal nur bis zu einem maximalen Betrag von 12,00 EUR vergütungsfähig.

§ 5

Grundsätze der Abrechnung

- (1) Vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen gemäß § 4 mit den dort festgelegten Vergütungshöhen.
- (2) Es gelten die Regeln der vertragsärztlichen Abrechnung nach § 295 Abs. 1 SGB V.
- (3) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vom Arzt vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.

Es sind alle Diagnosen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.

Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben.

Zu jeder ambulanten Diagnose sollen die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit entsprechend der aktuellen ICD-10 angegeben werden.

Gesicherte Diagnosen sind mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kennzeichnen.

Das Zusatzkennzeichen „G“ ist auch dann zu verwenden, wenn eine Verdachtsdiagnose nicht endgültig und nicht sachgerecht gesichert werden kann, aber eine sachgerechte und medizinisch stimmige spezifische Behandlung so erfolgt, als wäre diese Diagnose gesichert.

Ist der Folgezustand in der ICD enthalten und hat diese Diagnose eine Behandlung verursacht, so ist für den entsprechenden ICD-Kode das Zusatzkennzeichen „G“ anzugeben.

§ 6

Abrechnung der Vergütung zwischen dem Arzt und der KV Berlin

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:
 - Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der regulären Quartalsabrechnung.
 - Es gelten die Regularien und Statuten der KV Berlin (u.a. Abrechnungsordnung).
 - Soweit anwendbar gelten die bundesmantelvertraglichen Regelungen und gesamtvertraglichen Vereinbarungen.
 - Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen gemäß § 4 des Vertrages mit den dort festgelegten GOP und Vergütungshöhen.
- (2) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Die Vergütung aus diesem Vertrag wird im Honorarbescheid gesondert ausgewiesen.
- (4) Die KV ist berechtigt die regulären unveränderten Verwaltungskosten bzw. Gebühren einzubehalten. Bzgl. der Kosten, die der KV Berlin bei der Umsetzung dieses Vertrags darüber hinaus entstehen, treffen die Vertragspartner zeitnah eine ergänzende Regelung.
- (5) Bis zum Vorliegen der für die Bemessung von Abschlagszahlungen erforderlichen Daten werden keine Abschlagszahlungen geleistet.

§ 7

Abrechnung der Vergütung zwischen der KV Berlin und der AOK Nordost

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:
 - Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung
 - Die Leistungen dieses Vertrages werden im Formblatt 3 ausgewiesen (aktuell: Kontenart 400)
 - Die KV Berlin prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
- (2) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten (u.a. Fristen und Zinsen) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.
- (3) Die Vergütung der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (4) Bis zum Vorliegen der für die Bemessung von Abschlagszahlungen erforderlichen Daten werden keine Abschlagszahlungen geleistet.
- (5) Rückforderungen von Vergütungen aus diesem Vertrag können nicht mit Vergütungen für andere Leistungen verrechnet werden.

§ 8

Evaluation

- (1) Die KV Berlin unterrichtet die AOK Nordost einmal im Quartal über die Umsetzung des Vertrages und die Auswirkungen im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsstruktur. Zu dieser Unterrichtung gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die nach § 2 Abs. 1 erfassten Versicherten. Zeichnet sich eine nur geringe Inanspruchnahme ab, verständigen sich die Vertragspartner über geeignete Maßnahmen, ggf. auch eine Änderung der Vergütungsregelungen.
- (2) Die Vertragspartner werden mindestens halbjährlich die in den Anlagen aufgeführten Krankheitsbilder überprüfen und bei Bedarf ändern.
- (3) Die Vertragspartner streben eine Weiterentwicklung des Vertrags an. Soweit aufgrund der Maßnahmen im Rahmen des Vertrages Einsparungen realisiert werden können, verständigen sich die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung über die Verwendung, insbesondere für Maßnahmen nach § 1 Abs. 2.

§ 9

Datenschutz

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den Ärzten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Berlin.

§ 10

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksamen Regelungen durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.

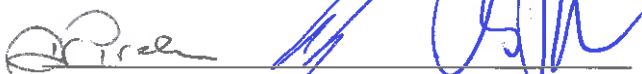
§ 11

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 2. Quartal 2013 in Kraft. Der Vertrag kann während der Laufzeit nach Satz 1 von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Quartals gekündigt werden.
- (2) Der Vertrag kann außerordentlich aus wichtigem Grund gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt z. B. vor, wenn den Vertragspartnern wegen eines Verstoßes gegen gesetzliche oder eigene satzungsrechtliche Bestimmungen die Durchführung dieses Vertrags durch die für sie zuständige Aufsichtsbehörde oder durch eine gerichtliche Entscheidung untersagt wird. Bis zur Kündigung aus wichtigem Grund werden die Vertragspartner die Verpflichtungen dieses Vertrages erfüllen.

Berlin,

05.06.2013



**Kassenärztliche Vereinigung
Berlin
Der Vorstand**

Potsdam,



AOK Nordost, handelnd als Landesverband

Anlage: Diagnosen gem. § 4 des Vertrages (Stand 22.KW 2013/regelm.Aktualisierung geplant)