Wortlaut der Vereinbarung

Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Durchführung von Apheresen

(i. d. F. vom 22. August 2005)

zwischen

der AOK Sachsen - Die Gesundheitskasse.
vertreten durch den Vorstand
Herrn Rolf Steinbronn
- handelnd zugleich für die See-Krankenkasse,
die Krankenkasse für den Gartenbau und
die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland;

dem BKK-Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen,

der IKK Sachsen,

der Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Chemnitz,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Landesvertretung Sachsen,

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
Landesvertretung Sachsen,

sowie

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
(KV Sachsen)

§ 1
Gegenstand

Diese Vereinbarung regelt die Vergütung und die Verfahrensweise zur Umsetzung der Anforderungen nach Anlage A „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“ in der jeweils gültigen Fassung zur „Ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren“ (Nummer 1).

§ 2
Behandlung durch Vertragsärzte

(1) Die ambulante ärztliche Behandlung nach § 1 obliegt den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, die die Qualifikationsvoraussetzungen entsprechend der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen und denen eine entsprechende Genehmigung durch die KV Sachsen erteilt wurde. Diese haben auch die Gewährleistung der zur Behandlung erforderlichen Sach- und Dienstleistungen zu übernehmen.

(2) Die KV Sachsen teilt den Krankenkassen halbjährlich die Ärzte mit, die die Genehmigung zur Apherese erhalten haben.

§ 3
Indikationen für Apheresen

(1) Die Indikation zur Apherese ist in Abhängigkeit von der Indikationsstellung mit einem Antragsformular (Formblatt 1 oder 2), auf dem alle wichtigen diagnostischen Parameter zur Durchführung der Apherese angegeben sind, sowie einer ergänzenden diagnostischen Beurteilung an die beratende Kommission der KV Sachsen - besetzt mit Ärzten der KV Sachsen und Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen - einzureichen.

(2) Die Einverständniserklärung des Patienten (Formblatt 3) zur Übermittlung personengebundener Daten ist von dem indikationsstellenden Arzt dem Antrag beizufügen.

(3) Der leistungspflichtigen Krankenkasse wird mitgeteilt, ob für den Patienten die Durchführung der Apherese empfohlen wird (Formblatt 4). Die Begutachtung der beratenden Kommission wird der zuständigen Krankenkasse des Patienten in Kopie zugeleitet. Die Krankenkasse trifft auf Grund des Begutachtungsergebnisses ihre Entscheidung und teilt diese dem Patienten mit. Der Patient wendet sich mit dem Leistungsbescheid an einen die Apherese durchführenden Arzt.

(4) Die Fortführung der Apheresebehandlung ist, in Abhängigkeit von der Indikationsstellung, auf dem Formular zur Verlängerung der Apherese (Formblatt 5 oder 6) zu begründen und ebenfalls entsprechend (1), (2) und (3) an die beratende Kommission der KV Sachsen zur Begutachtung einzureichen.

§ 4
Abrechnung

Die ärztlichen Leistungen der Verfahren gemäß § 1 sind nach den GO-Nrn. 13620 und 13621 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berechnungsfähig.

§ 5
Kostenerstattung für Sach- und Dienstleistungen

(1) Zur Erstattung der Kosten für Sach- und Dienstleistungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtigen ärztlichen Leistung nach der Nr. 13620 EBM (ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren und der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) entstehen, entrichten die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung eine Pauschalerstattung in Höhe von 985,00 EUR je Behandlung (GO-Nr. 99180).

(2) Zur Erstattung der Kosten für Sach- und Dienstleistungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtigen ärztlichen Leistungen nach der Nr. 13621 EBM (ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren und der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) entstehen, entrichten die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung eine Pauschalerstattung in Höhe von 2218,37 EUR je Behandlung (GO-Nr. 99181).

(3) Die zur Erbringung und Berechnung der benannten Leistungen fachlich befähigten und behandlungsberechtigten Ärzte rechnen die gem. Abs. 1 bzw. Abs. 2 berechnungsfähigen Kosten (unter Beifügung der Genehmigung der Krankenkasse zur Durchführung und Abrechnung von Apheresen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, Kopie der Leistungsbestätigung der Krankenkasse und unter Angabe der Pseudo-GOP) quartalsweise zusammen mit der/den erbrachten ärztlichen Leistungen versichertenbezogen über die zuständige Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen ab.

(4) Die KV Sachsen stellt der jeweils zuständigen Krankenkasse die Erstattung der nach den Absätzen 1 und 2 abgerechneten Kosten für den jeweiligen Quartalszeitraum zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung.

(5) Die zu leistenden Zahlungen werden gegenüber den zuständigen Krankenkassen über die entsprechenden Kontenangaben nachgewiesen.

§ 6
Übergangsregelung

Abweichend von den §§ 4 und 5 sind für den Zeitraum vom 01.07.2004 bis 31.03.2005 die ärztlichen Leistungen der Verfahren gemäß § 1 nach den GO-Nrn. 796 und 797 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berechnungsfähig. Für den Zeitraum nach Satz 1 gelten folgende Vergütungsregelungen:

1. Zur Erstattung der Kosten für Sach- und Dienstleistungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtigen ärztlichen Leistung nach der Nr. 796 EBM (ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren und der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) entstehen, entrichten die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung eine Pauschalerstattung in Höhe von 985,00 EUR je Behandlung (GO-Nr. 9180).

2. Zur Erstattung der Kosten für Sach- und Dienstleistungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtigen ärztlichen Leistungen nach der Nr. 797 EBM (ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur ambulanten Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren und der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) entstehen, entrichten die Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung eine Pauschalerstattung in Höhe von 2218,37 EUR je Behandlung (GO-Nr. 9181).

3. Die KV Sachsen stellt der jeweils zuständigen Krankenkasse die Erstattung der nach den Ziffern 1 und 2 abgerechneten Kosten für den jeweiligen Quartalszeitraum zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung und weist das Vergütungsvolumen im Formblatt 3 detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern und zusätzlich in der kassenartspezifischen Häufigkeitsstatistik aus.

§ 7
Qualitätssicherung

(1) Die Qualitätssicherung obliegt der KV Sachsen.

(2) Zweifel zur Indikation über die Durchführung bzw. Fortsetzung einer Apheresebehandlung werden zwischen der zuständigen Krankenkasse und der KV Sachsen unter Einbeziehung des indikationsstellenden Arztes und der beratenden Kommission einvernehmlich ausgeräumt. Kommt eine Einigung nicht zustande, so entscheidet die Krankenkasse.

§ 8
Datenschutz

(1) Die Vertragspartner sind verpflichtet datenschutzrechtliche Bestimmungen, insbesondere die des Bundesdatenschutzgesetzes, des Sächsischen Datenschutzgesetzes und des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz – (SGB X) zu beachten.

(2) Alle Daten, die die Vertragspartner in diesem Zusammenhang erhalten, werden nur zum Zweck der Realisierung dieser Vereinbarung verwendet.

§ 9
In-Kraft-Treten, Kündigung, Schlussbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2004 in Kraft und ersetzt mit In-Kraft-Treten die Vereinbarung der Landesverbände der Krankenkassen im Freistaat Sachsen, der Verbände der Ersatzkassen, vertreten durch die Landesvertretung Sachsen, und der KV Sachsen "… über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Durchführung von LDL-Eliminationen …" (i. d. F. vom 01.01.1999). Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2006 schriftlich gekündigt werden.

(2) Diese Vereinbarung kann ganz oder teilweise jederzeit einvernehmlich geändert oder ergänzt werden, ohne dass es zuvor einer Kündigung bedarf.

(3) Sollten innerhalb des Vertragszeitraumes gesetzliche Regelungen eingeführt werden, die diese Vereinbarung in einzelnen Bestandteilen unwirksam werden lassen oder dieser Vereinbarung konträr gegenüberstehen, so wird nicht die gesamte Vereinbarung nichtig. Die Vertragspartner treffen in diesem Fall einvernehmlich eine ersetzende Regelung für den unwirksam gewordenen Bestandteil der Vereinbarung.

(4) Sollten während der Laufzeit dieser Vereinbarung die Vertragspartner auf Bundesebene eine Regelung treffen, die diese Vereinbarung tangiert, wird die Vereinbarung auf Bundesebene mit ihrem In-Kraft-Treten an die Stelle dieser Vereinbarung treten. Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nach In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung wirken sich, ohne dass es einer Kündigung bedarf, unmittelbar auf diese aus.

(5) Eine Senkung der Materialkosten und der verfahrensbezogenen Betriebskosten bei der Immunapherese bei rheumatoider Arthritis im Vertragszeitraum soll in Form einer Absenkung der Sachkostenpauschale an die Krankenkassen weitergegeben werden. Dies betrifft insbesondere die Kosten für die Prosorba-Säule, das Disposable und die Gerätemiete. Falls ein neuer Anbieter am Markt günstigere Materialkosten und verfahrensbezogene Betriebskosten bei gleicher Qualität anbietet, soll diese Versorgungsmöglichkeit genutzt werden und der Preisvorteil ebenfalls an die Krankenkassen weitergegeben werden. Den Nachweis für günstigere Materialkosten und verfahrensbezogene Betriebskosten haben die Krankenkassen zu erbringen. Ist der Nachweis nach Satz 4 gegenüber der KV Sachsen erbracht worden, erklären sich die Vertragspartner bereit, umgehend Gespräche zum Zwecke einer vertraglichen Anpassung der Sachkostenpauschale aufzunehmen. Die Verfahrensweise nach den Sätzen 1 bis 5 gilt gleichermaßen für Aufwandserhöhungen; in diesem Fall ist der Nachweis der höheren Aufwendungen durch die KV Sachsen zu erbringen.

Dresden, den 22. August 2005

gez.: Dr. med. Klaus Heckemann
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.: .i.V. Günther Rettich
AOK Sachsen - Die Gesundheitskasse.
vertreten durch den Vorstand
Herrn Rolf Steinbronn
- handelnd zugleich für
die See-Krankenkasse,
die Krankenkasse für den Gartenbau und
die Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland

gez.: Bernd Spitzhofer
BKK-Landesverband Ost,
Landesrepräsentanz Sachsen

gez.: Gerd Ludwig
IKK Sachsen

gez.: Dr. Horst Reichenbach
Bundesknappschaft,
Verwaltungsstelle Chemnitz

gez.: Frau Ulrike Elsner
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,
Landesvertretung Sachsen

gez.: Frau Ulrike Elsner
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.,
Landesvertretung Sachsen