

- (3) Die Vereinbarungspartner stimmen weiterhin überein, dass die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel durch Einrichtungen nach § 116 b SGB V pauschal mit einem Betrag in Höhe von 30.711.649,84 EURO berücksichtigt sind. Wird dieser Betrag im Kalenderjahr 2016 unter- oder überschritten, so wird die Höhe des Ausgabenvolumens 2016 für Arznei- und Verbandmittel um die Differenz aus dem o. g. Betrag und den tatsächlich ermittelten Ausgaben für Verordnungen nach § 116b SGB V bereinigt. Die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen weisen die Kosten nach Satz 1 gesondert aus.

§ 10 Laufzeit, Anschlussvereinbarung

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2016 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2016. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2016 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 30.11.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse
Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Vorsitzender	Mathias Mormann Mitglied des Vorstandes
Bernhard Brautmeier Stellvertretender Vorsitzender	
BKK-Landesverband NORDWEST	IKK classic
Ass. jur. Dietmar Kämper Geschäftsbereichsleitung	Andreas Woggon Geschäftsbereichsleiter Vertragspartner Nordrhein
Knappschaft Bochum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Bettina am Orde Geschäftsführerin	
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)	
Dirk Ruiss Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW	

Anlage zum Gesamtvertrag

1. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

dem BKK-Landesverband NORDWEST (BKK LV NW)

- vertreten durch den Vorstand -

- im Folgenden BKK LV NW genannt -

(als Rechtsnachfolger des BKK Landesverband
Nordrhein-Westfalen, Essen)

sowie dem

VOA Nordrhein / BDOC, Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand -

(nachstehend VOA/BDOC genannt)

Die Vertragspartner dieser Vereinbarung verständigen sich zum Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern als Anlage zum Gesamtvertrag vom 26.01.2009 zwischen der KV Nordrhein, dem BKK-Landesverband NORDWEST -als Rechtsnachfolger des BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen- und der VOA Nordrhein/BDOC unter Beibehaltung der Regelungen im Übrigen auf die nachstehend näher beschriebenen Änderungen mit Wirkung zum 01.10.2015.

I. Anlage 3 erhält die folgende neue Fassung:

Anlage 3

Leistungsdefinition und Vergütung

Die Vergütung aller am Vertrag teilnehmenden Ärzte (Operator, nachsorgender Augenarzt) ist in dieser Anlage abschließend geregelt und somit abgegolten. Eine zusätzliche Abrechnung von EBM-Ziffern, die im Zusammenhang mit einer intravitrealen operativen Medikamentengabe (IVOM) stehen ist ausgeschlossen.

Alle Leistungen verstehen sich als Leistungspauschale für alle mit einer IVOM erbrachten und im Zusammenhang stehenden Leistungen.

1. Ärztliches Operationshonorar: pauschal € 300,00

Die Pauschale in Höhe von 300,- € für das ärztliche Honorar setzt sich wie folgt zusammen:

- Indikationsfeststellung
- Patientenaufklärung über die Möglichkeit der Einschreibung in den Wahlleistungsvertrag mit definierter Versorgungskette, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung
- Patientenaufklärung
- Beratung und Erörterung
- Situationsgerechte anästhesiologische Betreuung durch den Operateur
- Durchführung der intraocularen Operation unter sterilen Bedingungen lt. Festlegung der Qualitätssicherungskommission
- Sachkosten des operativen Eingriffs ohne Medikamente
- Nachkontrollen ocular und postoperative Betreuung des Patienten bis zum endgültigen Verlassen des OP-Zentrums bzw. Klinik
- Beobachtung im Aufwachraum
- 24 Stunden Erreichbarkeit eines Operateurs aus der Einrichtung
- Dokumentation laut Vertrag
- Qualitätssicherung entsprechend vertraglicher Bestimmungen
- Fortbildung der teilnehmenden Ärzte entsprechend vertraglicher Bestimmungen
- Terminpriorität für die Diagnostik und operative Behandlung
- Fachübergreifende Abstimmung bei multimorbiden Patienten
- Überweisung bei Verdacht auf Koronarerkrankung und ggf. Einschreibung DMP
- Individuelle Chronikerbetreuung
- Hinweis zu Hilfestellung für Lebenshilfen im Alltag bei drohender Erblindung
- Beratung Sehhilfen/Hilfsmittel
- Unterstützung bei Beantragung von Sehhilfen/Hilfsmitteln
- Beratung im Umgang mit Lebens Einschränkung (eingeschränktes Sehfeld)
- Umgang mit Angst der drohenden Erblindung
- Terminkoordination /Terminpriorisierung, langfristige Planung und Terminmonitoring bei gegebenem Anlass
- Angehörigenberatung
- Alle notwendigen intra- und unmittelbar postoperativen Untersuchungen und Maßnahmen einschließlich Fundusuntersuchungen und ggf. Augeninnendruckkontrolle, Parazentese
- Casemanagement (interdisziplinär = i.S. von ggf. Absprachen mit Diabetologen/Kardiologen/Hausarzt)
- Medikationsplan (ggf. ebenfalls interdisziplinär klären).

SNR 93789L Intravitreale operative Medikamenteneingabe, linkes Auge

SNR 93789R Intravitreale operative Medikamenteneingabe, rechtes Auge

2. Ärztliches Honorar für die Verlaufsdiagnostik: € 65,00

Die Erst-/Verlaufsdiagnostik wird entweder

- a) auf Überweisung durch den Operateur oder
- b) durch den Operateur selbst

erbracht.

Auch wenn der Operateur das bildgebende Verfahren nicht selbst erbringt, sondern in der Versorgungskette erbringen lässt, obliegt dem Operateur die Überprüfung der Indikation und die Entscheidung für den Folgetermin der IVOM oder den Therapieabbruch (Wiederbehandlungskriterien gemäß der jeweils aktuellen Stellungnahme der Fachgesellschaften).

Vor der Erstbehandlung und in der Stabilisierungsphase krankheitsspezifisch Verlaufsdiagnostik mit der Spektral-Domänen Optische Kohärenztomographie (SD-OCT).

Die Vergütung von SD-OCT ist auf 6 Mal je Patient und Auge innerhalb von 12 Monaten beschränkt.

Darüber hinausgehende SD-OCT, die zur Diagnostik dieses Vertrages zählen, dürfen nicht als Igeleistungen erbracht werden.

SNR 93783L Verlaufsdiagnostik mittels SD-OCT, linkes Auge

SNR 93783R Verlaufsdiagnostik mittels SD-OCT, rechtes Auge

3. Ärztliches Nachbehandlungshonorar: € 30,00

Die postoperative Nachsorge kann maximal 2 x pro IVOM abgerechnet werden und erfolgt entweder

- a) auf Überweisung durch den Operateur oder
- b) durch den Operateur selbst.

Postoperativer Leistungskomplex:

Nachsorge postoperativ durch den Augenarzt,

- Alle Nachuntersuchungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolges innerhalb von 21 Tagen
- Erste postoperative Untersuchung zwischen 2. und 4. Tag (Infektionsrisiko): aktuelle Anamnese, Visus, Tension, Vorderabschnitt, Fundus bei enger Pupille Glaskörper, Aufklärung des Patienten über weitere Therapie, Verhalten und Komplikationsmöglichkeiten.

SNR 93793 postoperativer Leistungskomplex Erbringung durch konservativ tätigen Augenarzt

SNR 93794 postoperativer Leistungskomplex Erbringung durch den Operateur

4. Medikamentenkosten

Die Kosten der für die IVOM-Behandlung verordneten Medikamente (VEGF-Hemmer, Dexamethason) werden in voller Höhe vergütet.

Für die jeweilige Indikation zugelassene Medikamente sind auf Muster 16 zu verordnen. Andere Medikamente werden auf einem blauen Privat Rezept verordnet. Die vom Arzt verauslagten Medikamentenkosten werden entsprechend dem von der Apotheke quittierten Privat Rezept erstattet.

Bei der Abrechnung der Medikamentenkosten ist vor dem Euro-Betrag für die Medikamente die Symbolnummer 99700 auf dem Behandlungsschein einzutragen.

Die Vertragsteilnehmer verpflichten sich im Rahmen der allgemeinen Therapiefreiheit zu wirtschaftlichem Bezug und Einsatz der Arzneimittel. Der Operateur entscheidet auf Grundlage der individuellen Begebenheiten des zu behandelnden Patienten und nach Rücksprache mit dem Patienten, welches Arzneimittel im jeweiligen Fall eingesetzt werden soll, dabei sind neben den Therapiekosten bzw. Preisunterschieden auch die aktuellen, wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Bei der Abrechnung von blauen Privat Rezepten sind die Kosten des verordneten Medikaments vom Operateur zu verauslagern. Die Abrechnung des Medikaments erfolgt unter Angabe der Kosten in EUR auf dem Behandlungsschein des Patienten über die KV Nordrhein. Der Augenarzt fügt seiner jeweiligen Quartalsabrechnung die quittierten Privatverordnungen und Apothekenrechnungen -Original der Privatverordnung, Original oder Kopie der Apothekenrechnung- bei. Die KV Nordrhein leitet die Privatverordnungen und die Apothekenrechnungen an die jeweils zuständige Betriebskrankenkasse weiter.

5. Übergangsregelung

Bei Patienten, deren Behandlung bereits vor dem 01.10.2015 begonnen wurde, erfolgt die weitere Behandlung und Vergütung nach dem in der Fassung ab 01.10.2015 geltenden Vertrag.

II. § 5 erhält folgende neue Fassung:

„Der Leistungsumfang der nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen ergibt sich aus Anlage 3.“

III. Dem § 10 Abs. 4 wird der folgende Satz 3 angefügt:

„Die Vergütung der Medikamentenkosten erfolgt ebenfalls außerhalb der morbiditäts-bedingten Gesamtvergütung.“

IV. Dem § 10 Abs. 5 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„Die KV Nordrhein weist die Leistungen dieses Vertrages kassenseitig im Rahmen der Rechnungslegung im Formblatt 3 wie folgt aus:

- Symbolnummern 93789L und R Kontenart 401
- Symbolnummern 93783L und R Kontenart 400
- Symbolnummern 93793 und 93794L Kontenart 401
- 99700 Wandlung in 99700A Kontenart 401

Für den Zahlungsverkehr gelten die zwischen der KV Nordrhein und dem dem BKK- Landesverband NORDWEST vereinbarten Regelungen des für das jeweilige Kalenderjahr gültigen Vertrages über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Geltungsbereich Nordrhein gemäß § 87 a SGB V.“

V. § 16 erhält folgende neue Fassung:

„Der Vertrag tritt am 01. Oktober 2015 in Kraft. Eine Kündigung ist mit einer Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.03.2016, möglich.

Die Kündigung bedarf der Schriftform.“

VI. § 17 erhält folgende neue Fassung:

„Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.“

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, Essen, Köln, den 30.09.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

BKK-Landesverband NORDWEST

Ass. jur. Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung

Vereinigung operierender Augenärzte
Nordrhein e.V. /VoA-Nordrhein)

Bundesverband Deutscher
Ophthalmochirurgen e.V.

Prof. Dr. med. Norbert Körber

Dr. med. Ruth Kölb-Keerl

Anlage zum Gesamtvertrag

2. Änderungs-/Ergänzungsvereinbarung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

dem BKK Landesverband NORDWEST, Essen

vertreten durch den Vorstand

- im Folgenden BKK LV genannt -

zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Vertragspartner dieser Ergänzungs-/Änderungsvereinbarung verständigen sich zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen in der vertragsärztlichen Versorgung als Anlage zum Gesamtvertrag vom 15./26.03.2007 in der Fassung der ersten Änderungsvereinbarung vom 18.08.2011 unter Beibehaltung der Regelungen im Übrigen auf die nachstehend näher beschriebenen Änderungen bzw. Ergänzungen mit Wirkung zum 01.01.2016.

I. § 7 Abs. 1, Satz 1 erhält folgende neue Fassung:

„Die Betriebskrankenkassen vergüten den teilnehmenden Ophthalmochirurgen für den gesamten in diesem Vertrag dargestellten Leistungsinhalt einschließlich aller anstehenden Sachkosten eine Pauschale in Höhe von 709,00 € je durchgeführter Katarakt-Operation.“

II. In § 7 Abs. 5, Satz 4 wird „(13.000)“ durch „(14.000)“ ersetzt.

III. § 8 Abs. 1 erhält folgende neue Fassung:

„Die Betriebskrankenkassen stellen den am Vertrag teilnehmenden Ophthalmochirurgen je Kalenderjahr jeweils max. 14.000 Kataraktoperationen und postoperative Betreuung nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Verfügung.“

IV. In § 8 Abs. 4, Satz 1 wird „13.000“ durch „14.000“ ersetzt.

V. § 8 Abs. 6 erhält folgende neue Fassung:

„Wird das einem Ophthalmochirurgen zugewiesene Kataraktbudget in allen Quartalen eines Kalenderjahres nicht ausgeschöpft, reduziert sich das Kataraktbudget ab dem 3. Quartal des Folgejahres je Quartal um die Differenz zwischen den durchgeführten und den zugewiesenen Operationen des Vorjahresquartals mit der geringsten Abweichung. Die Reduzierung unterbleibt, wenn bei Abgabe der Abrechnung ein objektiv nachvollziehbarer Grund für die Nichtausschöpfung angegeben wurde. Als solche Gründe gelten z.B. Krankheit oder technische Defekte. Der nicht ausgeschöpfte Budgetanteil wird für den Folgezeitraum von der KV Nordrhein im Einvernehmen mit dem BKK LV an einen oder mehrere im gleichen Bedarfsplanungsbereich tätige Ophthalmochirurgen verteilt unter der Voraussetzung, dass die Ausschöpfung des Budgets durch diese(n) Ophthalmochirurgen prognostiziert werden kann. Kann durch die KV Nordrhein festgestellt werden, dass eine Verteilung im gleichen Bedarfsplanungsbereich nicht sinnvoll ist, kann im Einvernehmen mit dem BKK LV auch eine Verteilung in einem anderen Bedarfsplanungsbereich erfolgen, in dem eine Ausschöpfung der Budgets prognostiziert werden kann.“

VI. § 10 Abs. 1, Satz 1 erhält folgende neue Fassung:

„Der Vertrag tritt am 01. Januar 2016 in Kraft.“

VII. Der Vertrag wird wie folgt ergänzt:

„§ 11 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren,