

3. Nachtrag

zu der

V E R E I N B A R U N G

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

über

eine Anlage I

zum Gesamtvertrag

„Flächendeckendes Mammographie-Screening in Bayern“

Die Mammographie-Screening-Vereinbarung zwischen der KVB und der AOK Bayern wird **mit Wirkung zum 01.04.2005** wie folgt geändert bzw. ergänzt.

I.

Die Vorbemerkung zu § 10 wird gestrichen.

II.

§ 10 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Erbrachte Leistungen von Screening-Einheiten, die noch nicht durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie zertifiziert sind, werden gemäß § 10 Abs. 1 mit den in § 10 a Abs. 2 genannten Maßgaben erbracht und abgerechnet.

III.

Neu aufgenommen wird § 10 a.

Dieser erhält folgende Fassung:

§ 10 a

Regelungen zur Abrechnung und Vergütung ab dem 01.04.2005

- (1) Screening-Einheiten, die durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie zertifiziert sind, rechnen nach EBM 2000plus ab.

Um in der Anlaufphase bis zum Erreichen einer Teilnehmerzahl von 315.000 Frauen pro Jahr kassenartenübergreifend und bayernweit die Finanzierung der Screening-Einheiten zu gewährleisten, gilt bei der Abrechnung folgendes:

1. Die Leistungen werden mit einem Punktwert von 5,11 Cent vergütet.
2. Abweichend von Absatz 1, Satz 1 können minimalinvasive Abklärungen (Vakuumstanze) gem. § 8 Abs. 1 Nr. 4 Buchstabe g) erbracht und gem. § 10 Abs. 1 Nr. 4 Buchstabe g) abgerechnet werden (vgl. Protokollnotizen).
3. Zusätzlich werden Zuschläge vergütet, die sich je Komplex aus der Differenz zwischen dem EBM-Fallwert bei 5,11 Cent und dem BMS-Fallwert berechnen. Die Zuschläge werden den Nummern 01750 (Screening) und 01756 (Pathomorphologische Untersuchung) durch die KVB automatisch zugesetzt (vgl. Anlage 1).

Mit steigender Teilnehmerzahl pro Beurteilungszeitraum werden die Zuschläge schrittweise wie folgt abgesenkt (vgl. Anlage 2):

Teilnehmerzahl von

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| ➤ bis zu 180.000 Frauen: | keine Zuschlagsabsenkung |
| ➤ bis zu 225.000 Frauen: | Zuschlagsabsenkung i.H.v. 25 % |
| ➤ bis zu 270.000 Frauen: | Zuschlagsabsenkung i.H.v. 50 % |
| ➤ bis zu 315.000 Frauen: | Zuschlagsabsenkung i.H.v. 75 % |

Ab einer Teilnehmerzahl von 315.000 Frauen fallen keine Zuschläge mehr an. Unabhängig von der Erreichung dieser Teilnehmerzahlen entfällt ab 01.01.2009 die Vergütung von Zuschlägen. Abgesehen davon werden die Vertragspartner die Notwendigkeit der geleisteten Zuschläge auch auf der Basis der individuellen Kostenstruktur überprüfen.

Die im Screening erreichte Teilnehmerzahl wird im ersten Monat eines Quartals für die vergangenen vier Quartale (Beurteilungszeitraum) festgelegt. Die Absenkung des Zuschlags erfolgt in dem darauf folgenden Quartal. Eine erfolgte Absenkung des Zuschlages bleibt auch dann bestehen, wenn in einem nachfolgenden Beurteilungszeitraum eine rückläufige Teilnehmerzahl festgestellt werden sollte. Ab dem Zeitpunkt der Verwendung von Meldedaten für das Einladungswesen im Mammographie-Screening ist die erreichte Teilnehmerzahl, kassenartenübergreifend sowie unabhängig vom Kostenträger, aus dem Personenkreis aller eingeladenen Frauen zu ermitteln.

- (2) Bis zur Zertifizierung durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie rechnen Screening-Einheiten bis zum 31.12.2006 mit folgenden Maßgaben nach § 10 Abs. 1 ab.
 1. Zusätzlich zu den Leistungen nach § 8 Abs. 1 kann die Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle erbracht und abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt mit 75 € (Abrechnungsnummer 97856).
 2. Werden die Zuschläge nach § 10 a Abs. 1 Nr. 3 abgesenkt, wird die Vergütung nach Absatz 2 hinsichtlich der ärztlichen Leistungen entsprechend Anlage 3 abgesenkt.
 3. § 10 Abs. 1 Nr. 4 Buchstabe I) wird gestrichen.
- (3) Die Vergütung der Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung und nach EBM 2000plus erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.
- (4) Die Abrechnung der Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung und nach EBM 2000plus erfolgt über Formblatt 3 (VDX-Viewer, Kapitel 90, Konto 521).

IV.

§ 11 Abs. 1 (Einmalkosten) wird gestrichen, da das Aufsetzen des BMS-Programmes inzwischen abgeschlossen ist.

§ 11 Abs. 2 wird zu § 11

Dieser erhält folgende Fassung:

Ab dem 01.04.2005 werden die laufenden Kosten – mit Ausnahme der Zentralen Stelle (Einladungswesen) und der Evaluation – durch den 10%-igen Overhead, der der Finanzierung der Organisation des Programms dient, gedeckt. Die vereinbarten Zuschläge nach § 10 a Abs. 1 Nr. 3 werden in die Berechnung des 10%-igen Overheads nicht miteinbezogen. Wird die Vergütung nach § 10 a Abs. 2 Nr. 2 bezahlt, verringert sich die Vergütungshöhe und damit auch der 10%-ige Overheadanteil entsprechend. Näheres regelt die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Aufteilung des Aufschlages für den organisatorischen Overhead gemäß Abs. 6 der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V zum Mammographie-Screening-Programm vom 01.01.2004.

Protokollnotiz:

zu § 10 a Abs. 1 Nr. 2:

- Voraussetzung ist neben der Genehmigung zur Teilnahme am bayerischen Mammographie-Screening das Vorliegen einer Genehmigung zur Durchführung stereotaktischer Vakuumbiopsien.
- Die Leistung kann nur bei Vorliegen der in A.3 „Indikationsstellung und Wahl der Steuerung“ der Anlage 1 zum Studienprotokoll „Perkutane Nadelbiopsie im Rahmen des bayerischen Mammographie-Screenings“ geregelten Voraussetzungen erbracht und abgerechnet werden.
- Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Bewertungsgrundlage der Leistung bis zum 31.12.2006 überprüft und auf dieser Basis mit Wirkung zum 01.01.2007 neu festgesetzt wird.

zu § 10 a Abs. 2 Satz 1:

Mit der Befristung zum 31.12.2006 haben die Vertragspartner die Frist des röntgenrechtlichen Zulassungsbescheids des BMS zugrunde gelegt.

München, den 11.12.2006

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Dr. med. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Bayern – die Gesundheitskasse
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Dr. Helmut Platzer
Vorsitzender des Vorstandes

Anlage 1

I.) Screening

BMS	Leistungsinhalt	Abrechnung	Häufigkeit pro Untersuchung	Vergütung nach BMS mit 100 % Zuschlag	kalk. Kosten pro Fall
97850	Erstellung der Mammographie inkl. Erstbefundung	pro Seite	2,000	35,00 €	70,00 €
97851	Zweitbefundung	pro Seite	2,000	7,00 €	14,00 €
97852	<i>absolute Häufigkeit Drittbefundung</i>		0,068		
97853K	Drittbefundung	pro Seite	2,000	17,00 €	2,31 €
97853V	Konsiliargespräch zwischen Erst- & Drittbefunder	pro Sitzung	2,000	8,00 €	1,09 €
40220M	<i>Fälle pro Visite</i>		5,000		
40222M	Visite des Erstbefunders beim Drittbefunder	pro Sitzung	0,014	12,00 €	0,16 €
40224M	Wegegeld des Erstbefunders bis 2 km	pro Sitzung	-	4,44 €	- €
40190M	Wegegeld des Erstbefunders >2-5 km	pro Sitzung	-	8,88 €	- €
	Wegegeld des Erstbefunders >5-10 km	pro Sitzung	-	12,88 €	- €
	Wegegeld des Erstbefunders > 10 km	pro Sitzung	0,014	15,04 €	0,20 €
	<i>Durchschnitt: Erhöhung für Konsiliar in km</i>		11,000		
	Summe pro Screening				87,77 €

EBM2000plus	Leistungsinhalt	Abrechnung	Häufigkeit pro Untersuchung	Bewertung	kalk. Kosten pro Fall	kalk. Zuschlag
01750	Erstellung der Mammographieaufnahmen + Drittbefundung + Koordination	pro Fall	1,000	1.195	61,06 €	
01752	Doppelbefundung (Erst- & Zweitbefundung)	pro Fall	2,000	85	8,69 €	
40850	Kostenpauschale für Materialien	pro Fall	1,000	5,85 €	5,85 €	
40852	Versandpauschale für Röntgenaufnahmen	pro Fall	3,000	0,51 €	1,53 €	
40852	Wegepauschale für Teilnahme an Konsensuskonferenz	pro Fall	0,136	0,51 €	0,07 €	
	Summe pro Screening				77,20 €	14%
	Gesamt kalk. Zuschlag (100%) pro Screening					10,57 €

II.) Pathomorphologische Untersuchung

BMS	Leistungsinhalt	Abrechnung	Häufigkeit pro Untersuchung	Vergütung nach BMS mit 100 % Zuschlag	kalk. Kosten pro Fall
9855P	Pathologische Erstbegutachtung	pro Patho	1,000	32,00 €	32,00 €
9855Q	Versand des Präparates	pro Patho	1,000	1,50 €	1,50 €
9855Z	Pathologische Zweitbegutachtung	pro Patho	1,000	25,00 €	25,00 €
	Summe pro Pathologie				58,50 €

		Bewertung		0,06111 €	
EBM2000plus	Leistungsinhalt	Abrechnung	Punkte	Häufigkeit pro Untersuchung	kalk. Kosten pro Fall
	<i>absolute Häufigkeit je 3 Stanzten pro Fall</i>			1,500	
01757	Zuschlag für Aufarbeitung eines Präparates	je 3 Stanzten	235	1,000	18,01 €
01756	Histopathologische Doppeluntersuchung	je 3 Stanzten	200	2,000	30,66 €
	Summe pro Pathologie				48,67 €
	Gesamt kalk. Zuschlag (100%) pro Pathologie				20%
					9,83 €

Anlage 2

Absenkung der Zuschläge zu den EBM-Gebührenspositionen im Mammographie-Screening

GOP bzw. BMS-Nummer	Vergütungshöhe			
	bis 180.000 TN	bis 225.000 TN	bis 270.000 TN	ab 315.000 TN
Zuschlag zu 01750	10,57 €	7,93 €	5,29 €	2,64 €
Zuschlag zu 01756	3,28 €	2,46 €	1,64 €	0,82 €
				-
				-

3. Nachtrag zu der Vereinbarung zw. der KVB und der AOK Bayern über eine Anlage I zum Gesamtvertrag „Flächendeckendes Mammographie-Screening in Bayern“

Anlage 3

Absenkung der BMS-Leistungspositionen

Die Absenkung der Einzelleistungsvergütung erfolgt unter der Maßgabe der Annäherung an die Bewertungsgrundlagen des EBM (Einzelleistungsbewertung im EBM)

GOP bzw. BMS-Nummer	Vergütungshöhe			Annäherung an EBM-Leistung (Zielwert)	
	bis 180.000 TN	bis 225.000 TN	bis 270.000 TN		ab 315.000 TN
97850 (Abrechnung je Seite)	35,00 €	33,68 €	32,36 €	31,04 €	29,72 €
97855Z	25,00 €	22,58 €	20,09 €	17,63 €	15,17 €
				01750 (alte Version) + 01752 + 40850 = 60,78 €	
				01756 (200 Punkte) * 1,5 (Abrechnung shäufigkeit pro Fall*) = 15,33 €	

* Leistung mehrfach abrechenbar (je 3 Stanzten) - bei einer Untersuchung wird in ca. der Hälfte der Untersuchungen mit einer Menge von mehr als 3 Stanzten gerechnet