

Regelungen zur Einführung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings in Sachsen-Anhalt

zwischen

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen-Anhalt

dem IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt

der Knappschaft, Verwaltungsstelle Cottbus,

der LKK Mittel- und Ostdeutschland

dem Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.

dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

(nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

(nachfolgend KVSA genannt)

Präambel

Gegenstand dieser Regelung sind die erforderlichen – regionalen – Festlegungen zwischen der KVSA und den Verbänden der Krankenkassen zur Durchführung des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening. Das Programm beinhaltet die Einführung eines qualitätsgesicherten, bundesweiten und bevölkerungsbezogenen Mammographie-Screenings für Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres. Grundlage dieser Regelung sind die einschlägigen Vorschriften der Krebsfrüherkennungsrichtlinien und der Bundesmantelverträge. Inhalt der vorliegenden Regelung ist die Aufteilung des Landes Sachsen-Anhalt in Screening-Einheiten, die Festlegung und Finanzierung der Zentralen Stelle und die Vergütung der im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms erbrachten Leistungen auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

§ 1 Screening-Einheiten

- (1) Die Vertragspartner sind darüber einig, dass das Land Sachsen-Anhalt in vier Screening-Einheiten unterteilt wird.
- (2) Die Screening-Einheiten setzen sich unter Zugrundelegung der Landkreise Sachsen-Anhalts mit Stand Juli 2006 wie folgt zusammen:
 - a) **Der Screening-Einheit Nord werden folgende Landkreise zugeordnet:**
Stendal, Altmarkkreis Salzwedel, Ohrekreis, Jerichower Land
 - b) **Der Screening-Einheit Ost werden folgende Landkreise zugeordnet**
Anhalt-Zerbst, Wittenberg, Bitterfeld, Köthen, Bernburg und die Kreisfreie Stadt Dessau.
 - c) **Der Screening-Einheit Süd werden folgende Landkreise zugeordnet:**
Burgenlandkreis, Weißenfels, Merseburg-Querfurt, Sangerhausen, Mansfelder Land, Saalkreis und die Kreisfreie Stadt Halle.
 - d) **Der Screening-Einheit West werden folgende Landkreise zugeordnet:**
Quedlinburg, Wernigerode, Aschersleben-Staßfurt, Schönebeck, Bördekreis, Halberstadt und die Kreisfreie Stadt Magdeburg.
- (3) Die räumliche Festlegung der unter Absatz 2 vereinbarten Screening-Einheiten behält auch nach Inkrafttreten der Kreisgebietsreform vom 1. Juli 2007 seine Gültigkeit.

§ 2 Genehmigungsverfahren

Jede Screening-Einheit wird von einem Programmverantwortlichen Arzt (maximal von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind) geleitet, dem die KVSA die Übernahme des Versorgungsauftrages genehmigt hat. Die Genehmigung wird im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen erteilt und setzt die Qualifikation des Programmverantwortlichen Arztes nach den Regelungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinien und der Bundesmantelverträge voraus. Die KVSA teilt den Verbänden der Krankenkassen mit, welche Ärzte für welche Screening-Einheit als Programmverantwortliche Ärzte vorgeschlagen werden, welche Unterlagen eingereicht wurden und ob bzw. inwieweit diese Unterlagen die Anforderungen insbesondere an die geforderte Struktur- und Prozessqualität widerspiegeln. Das Einvernehmen gilt als hergestellt, wenn die Krankenkassen dem schriftlichen Entscheidungsvorschlag der KVSA nicht innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Schreibens widersprechen.

§ 3 Sitz der Zentralen Stelle

Die Aufgaben der Zentralen Stelle im Sinne der Krebsfrüherkennungsrichtlinien und der Bundesmantelverträge werden dem Gesundheitsamt Bremen übertragen. Die diesbezüglich relevanten Einzelheiten werden in einem gesonderten Vertrag zwischen den Verbänden der Krankenkassen, dem Gesundheitsamt Bremen und der KVSA geregelt.

§ 4 Finanzierung der Zentralen Stelle

- (1) Die Finanzierung der Zentralen Stelle erfolgt, nach Abzug des PKV-Anteils, durch die Verbände der Krankenkassen unter der unter Absatz 2 festgelegten Beteiligung der KVSA.
- (2) Die KVSA beteiligt sich an den Kosten für die laufende Finanzierung der Zentralen Stelle wie folgt:

Im ersten Jahr, in dem die Zentrale Stelle für Sachsen-Anhalt ihre Tätigkeit aufnimmt und anspruchsberechtigte Frauen durch sie eingeladen werden, beteiligt sich die KVSA an der Finanzierung der Zentralen Stelle mit einer Einmalzahlung in Höhe von 10.000 Euro. In den darauf folgenden 3 Jahren, somit im 2. bis 4. Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit der Zentralen Stelle, beteiligt sich die KVSA an der Finanzierung der laufenden Kosten der Zentralen Stelle mit jährlichen Zahlungen in Höhe von 5.000 Euro. Die erste Zahlung der KVSA in Höhe von 10.000 Euro erfolgt in dem Kalendermonat, in dem erstmals anspruchsberechtigte Frauen aus Sachsen-Anhalt durch die Zentrale Stelle Bremen eingeladen werden. Die weiteren Zahlungen in Höhe von jeweils 5.000 Euro erfolgen zum 01. Januar des 2. bis 4. Jahres der Tätigkeit der Zentralen Stelle für Sachsen-Anhalt. Die Zahlung erfolgt an das Gesundheitsamt Bremen.

- (3) Weitere Kosten, insbesondere gegebenenfalls anfallende Investitionskosten, die von der Zentralen Stelle geltend gemacht werden, werden ausschließlich von den Verbänden der Krankenkassen getragen. Die Übernahme entsprechender Kosten durch die KVSA ist in jedem Fall ausgeschlossen.

- (4) Die Einzelheiten der Finanzierung der Zentralen Stelle, insbesondere die Zahlungsmodalitäten im Verhältnis der Verbände der Krankenkassen zur Zentralen Stelle werden in dem unter § 3 bereits genannten Vertrag zwischen der Zentralen Stelle Bremen, den Verbänden der Krankenkassen und der KVSA gesondert geregelt.

§ 5 Vergütung

Auf der Grundlage der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütung im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 01.01.2004 wird hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen des Mammographie-Screenings folgendes vereinbart:

a) Leistungen nach dem Mammographie-Screening-Programm werden von den teilnehmenden Ärzten gemäß EBM über die KVSA abgerechnet. Die Verbände der Krankenkassen zahlen für diese Leistungen einen Punktwert in Höhe von 4,8 Cent außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die Abrechnenden erhalten diese Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet.

In den Gebührenscheffern der Leistungen ist ein Aufschlag von 10% für den so genannten „organisatorischen Overhead“ gem. Protokollnotiz zu § 5 der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab vom 1. Januar 2004 enthalten.

b) Der vorgenommene Aufschlag von 10 % deckt – mit Ausnahme der Kosten für die Zentrale Stelle – alle weiteren Kosten des Mammographie-Screening-Programms ab, die zusätzlich zu den Kosten der Leistungen entstehen. Die KVSA behält den 10 %-Aufschlag vor Honorarverteilung an die teilnehmenden Ärzte ein und verwendet die finanziellen Mittel gemäß der Vereinbarung zur Aufteilung des Aufschlages für den organisatorischen Overhead gem. Abs. 6 der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V zum Mammographie-Screening-Programm vom 01.01.2004.

§ 6 Bereinigung der Gesamtvergütung

Eine Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgt nach Maßgabe der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur angemessenen Veränderung der Gesamtvergütungen im Rahmen der Einführung des nationalen Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab vom 1. Januar 2004, beginnend im Jahr der Einführung des Mammographie-Screenings.

§ 7

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für einen der Vertragspartner derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzungen und Vorgaben zu ergänzen.

§ 8

In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. August 2006 in Kraft.
- (2) Sie kann von jeder der Vertragsparteien mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum Ende des Jahres 2008.

Magdeburg,

AOK Sachsen-Anhalt

BKK-Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Sachsen-
Anhalt

IKK Landesverband Sachsen-Anhalt

Knappschaft
Verwaltungsstelle Cottbus

LKK Mittel- und Ostdeutschland

Verband der Angestellten
Krankenkassen e.V.
Der Leiter der Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt