

**Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
(nachfolgend KVSA genannt)**

und

**die Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus
(nachfolgend Knappschaft genannt)**

schließen nach § 83 SGB V folgenden

Gesamtvertrag

§ 1 Geltungsbereich / Gegenstand

- (1) Dieser Gesamtvertrag regelt auf der Grundlage des § 83 SGB V die vertragsärztliche Versorgung für die Anspruchsberechtigten der Knappschaft mit Wohnort in Sachsen-Anhalt.
- (2) Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 2 Vertragsärztliche Versorgung

Art und Umfang der sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V und des BMV-Ä.

§ 3 Abrechnung zwischen Arzt und KVSA (arztseitige Abrechnung), Prüfung

- (1) Die arztseitige Abrechnung erfolgt zwischen der KVSA und dem Arzt unter Beachtung der Regelungen des BMV-Ä und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- (2) Die KVSA führt die Prüfung der arztseitigen Abrechnung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und Plausibilität auf der Grundlage der jeweils gültigen Fassung des EBM durch.

§ 4 Abrechnung zwischen Knappschaft und KVSA

- (1) Der nach § 3 Abs. 2 auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geprüfte und gegebenenfalls berichtigte Leistungsbedarf des Abrechnungsvierteljahres wird der Knappschaft -Hauptverwaltung Bochum- von der KVSA mittels Formblatt 3 bis zum ersten des sechsten Monats nach dem Ende des Abrechnungsvierteljahres nachgewiesen.
- (2) Die KVSA gewährleistet gegenüber der Knappschaft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach § 3 Abs. 2 des Vertrages. Die sachlich-rechnerische Richtigkeit erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie sonstiger geregelter Abrechnungsbestimmungen.
- (3) Die Knappschaft -Hauptverwaltung Bochum- erhält quartalsweise von der KVSA die Abrechnungsunterlagen, für 3b und 3c getrennt nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen sowie nach Mitgliedern der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner einschließlich deren Familienangehörigen.

Hierzu gehören:

- a. der papierbezogene Rechnungsbrief
- b. Formblatt 3 gemäß § 1 Abs. 3 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä).
- c. Einzelfallnachweis gemäß § 1 Abs. 2 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 BMV-Ä)

Der papierbezogene Rechnungsbrief ist an das **Dezernat VIII.4 (Wasserstr. 295 in 44799 Bochum)** zu senden. Das Formblatt (Formblatt 3 KT-Viewers chm-Dateien) wird der Knappschaft als rechnungsbegründende Unterlage als Datenlieferung über den sftp-server zur Verfügung gestellt. Datenannahmestelle der Knappschaft ist das Dezernat VI.2 (Knappschaftstr. 1 in 44799 Bochum).

- (4) Sofern die Prüfung der nach den Absätzen 1 und 3 übersandten Unterlagen eine Korrektur der Leistungen auslöst, ist der Sachverhalt jeweils zwischen der Knappschaft -Hauptverwaltung Bochum- und der KVSA zu klären. Eine gegebenenfalls erforderliche Verrechnung wird über das Formblatt 3 der folgenden Vierteljahresabrechnungen vorgenommen. Die Berichtigungen werden der Knappschaft -Hauptverwaltung Bochum- gesondert nachgewiesen. Eine Verrechnung sowie der Nachweis einer Berichtigung erfolgt nur für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (5) Die Knappschaft kann Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit ergeben, bei der KVSA innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen beantragen. Die Geringfügigkeitsgrenze für sachlich-rechnerische Berichtigungen beträgt 50 Euro je Vertragsarzt und Quartal.

§ 5 Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen

- (1) Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 SGB V und nach § 53 Abs. 4 SGB V sind mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V gemäß § 87a Abs. 3a SGB V auf die nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V zu zahlende Gesamtvergütung anzurechnen. Die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung gemäß §§ 13 Abs. 2 bzw. 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, ist dabei auf die von der Knappschaft gemeldeten Versichertenzahlen anzurechnen.
- (2) Eine Anrechnung nach Abs. 1 erfolgt nur dann, wenn die Kostenerstattung für ein volles Quartal gewählt wurde. Eine Anrechnung scheidet ebenfalls aus, wenn der Versicherte in einem Quartal Sachleistungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung über die Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte in Anspruch genommen hat.

- (3) Die Anzahl der Versicherten, die Kostenerstattung nach §§ 13 Abs. 2 bzw. 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, sind der KVSA unter Angabe der Versichertennummer, der eGK-Nr., Name, Vorname, Geburtsdatum und Postleitzahl nach der Anlage schriftlich spätestens zwei Monate nach Quartalsende zu melden.

§ 6 Zahlung der Gesamtvergütung

Die Knappschaft entrichtet an die KVSA die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung. Die Zahlung der Gesamtvergütung einschließlich der Zahlungsmodalitäten richtet sich nach den Regelungen des Vertrages zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen (Vergütungsvereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung.

§ 7 Inkrafttreten / Geltungsdauer

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2012 in Kraft und ersetzt den bisherigen Gesamtvertrag einschließlich Anlagen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Knappschaft für das Jahr 2009 sowie den Verlängerungsvertrag für das Jahr 2010.
- (2) Er kann von den Vertragspartnern zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Frist von 6 Monaten gekündigt werden.

Magdeburg, den

Cottbus, den

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Knappschaft,
Regionaldirektion Cottbus

Kassenstempel

Ort	_____
Datum	_____
Kassennummer	_____
Quartal	_____

**Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt**

**Abgabetermine:
20.04./20.07./20.10./20.01.**

Meldung der Versicherten

nach Vertrag gemäß §§ 87 a und 87 d SGB V,
die Kostenerstattung nach §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4. SGB V
für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen
(ausgenommen veranlasste Leistungen) gewählt haben

	Versicherte nach § 13 Abs. 2 SGB V/§53 Abs. 4 SGB V
1. Stichtag 1.1/1.4/1.7/1.10	<input type="text"/>
2. Stichtag 1.2/1.5/1.8/1.11	<input type="text"/>
3. Stichtag 1.3/1.6/1.9/1.12	<input type="text"/>
4. Summe der Stichtage 1. – 3.	<input type="text"/>
5. Statistisches Mittel (Summe 4. div. durch 3)	<input type="text"/>

Die Versichertennummern, eGK-Nr., Name, Vorname, Geburtsdatum und Postleitzahl aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach §§ 13 Abs. 2 und 53 Abs. 4 SGB V gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

Unterschrift

