

Gesamtvertrag

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA),
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

und

dem AOK-Landesverband Sachsen-Anhalt (AOKLSA),
Lüneburger Straße 4, 39106 Magdeburg

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Grundsatz und Geltungsbereich
- § 2 Anlagen des Vertrages
- § 3 Fremdkassenzahlungsausgleich
- § 4 Verteilung der Gesamtvergütung
- § 5 Leistungsvergütung
- § 6 Abrechnung
- § 7 EDV-Abrechnung für ADT-Ärzte
- § 8 Rechnungslegung
- § 9 Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung
- § 10 Plausibilitätskontrollen
- § 11 Schlichtungsstelle
- § 12 Datenaustausch
- § 13 Vordrucke
- § 14 Vertragsarztstempel
- § 15 Notfalldienst
- § 16 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagen zum Gesamtvertrag

- Anlage 1 Sammelerklärung
- Anlage 2 Vergütungsvereinbarung
- Anlage 3 Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)
- Anlage 4 Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Impfvereinbarung)
- Anlage 5 Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung von Krebskranken (Onkologievereinbarung)
- Anlage 6 Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von Dialysen in der vertragsärztlichen Versorgung (Dialysevereinbarung)
- Anlage 7 Diabetes-Vereinbarung zur programmierten Schulung und Betreuung von AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ II (ohne Insulin)
- Anlage 8 Vereinbarung über die ambulante Schulung, Behandlung und Betreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ I sowie Typ II mit Insulin und damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechselerkrankungen
- Anlage 9 Rahmenvereinbarung zur Kooperation auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für den Bereich der Präventiven Rückenschule
- Anlage 10 Rahmenvereinbarung zur Kooperation auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung für den Bereich der Ernährungsberatung
- Anlage 11 Rahmenvereinbarung über die Beratung zur Linderung von Rücken-/ Wirbelsäulenbeschwerden und der Durchführung einer orthopädischen Rückenschule
- Anlage 12 Rahmenvereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten

§ 1 Grundsatz und Geltungsbereich

- (1)** Dieser Vertrag regelt gem. § 83 SGB V die vertragsärztliche Versorgung von Anspruchsberechtigten der AOKs im Land Sachsen-Anhalt.
- (2)** Für die vertragsärztliche Versorgung der Anspruchsberechtigten der AOKs gelten die Bestimmungen des Kassenarztrechts, der Bundesmantelvertrag-Ärzte mit seinen Anlagen und seinem Anhang, die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen in der jeweiligen Fassung sowie die "Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für die Qualifikation zur Abrechnung chirotherapeutischer Leistungen" vom 28.04.1992.

§ 2 Anlagen des Vertrages

- (1)** Der Inhalt der Sammelerklärung gemäß § 6 Abs. 3 des Vertrages ist in Anlage 1 geregelt.
- (2)** Die an diesem Gesamtvertrag beteiligten AOKs entrichten gem. § 85 Abs. 1 SGB V mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die KVSA nach den Regelungen der Anlage 2 zu diesem Vertrag.
- (3)** Für Leistungen der gem. Bundesmantelvertrag-Ärzte anerkannten Belegärzte gilt der EBM mit Maßgabe der vereinbarten Sonderregelungen in Anlage 3 zu diesem Vertrag.
- (4)** Die Durchführung und Vergütung von Impfleistungen richtet sich nach Anlage 4 zu diesem Vertrag.
- (5)** Die Durchführung und Vergütung der onkologischen Versorgung richtet sich nach Anlage 5 zu diesem Vertrag. Bis zum Inkrafttreten einer Regelung auf Landesebene gelten die Regelungen der Anlage 5 (Vereinbarung über die kassenärztliche Behandlung von Krebskranken) des Rahmen-Gesamtvertrages.
- (6)** Für die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von Dialysen und anderen therapeutischen Hämapheresen gelten die in Anlage 6 zu diesem Vertrag vereinbarten Regelungen.
- (7)** Die Durchführung und Vergütung der programmierten Schulung und Betreuung der AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ II (ohne Insulin) richtet sich nach Anlage 7 zu diesem Vertrag.
- (8)** Die Durchführung und Vergütung der ambulanten Schulung, Behandlung und Betreuung von AOK-Versicherten mit Diabetes mellitus Typ I sowie Typ II (mit Insulin) und damit in Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen richtet sich nach Anlage 8 zu diesem Vertrag.
- (9)** Die Durchführung und Vergütung der Präventiven Rückenschule richtet sich nach Anlage 9 zu diesem Vertrag.

(10) Die Durchführung und Vergütung der Ernährungsberatung richtet sich nach Anlage 10 zu diesem Vertrag.

(11) Die vertragsärztliche Beratung zur Linderung von Rücken-/Wirbelsäulenbeschwerden sowie die Durchführung einer orthopädischen Rückenschule ist in Anlage 11 geregelt.

(12) Die Durchführung und Vergütung der ambulanten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten richtet sich nach Anlage 12 zu diesem Vertrag.

§ 3

Fremdkassenzahlungsausgleich

Ärztliche Leistungen, die außerhalb des Bereichs der KVSA für Versicherte der AOKs erbracht werden, werden unter Zugrundelegung der zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages-Ärzte abgeschlossenen Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen honoriert (Anlage 7 des Bundesmantelvertrages-Ärzte). Bis zum Inkrafttreten der Anlage gelten die "Technischen Richtlinien" der KBV.

§ 4

Verteilung der Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung wird von der KVSA auf der Grundlage des von der Vertreterversammlung im Benehmen mit den Krankenkassen beschlossenen Honorarverteilungsmaßstabes an die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden verteilt.

§ 5

Leistungsvergütung

(1) Die Leistungsvergütung nach den Anlagen 6, 9-12 sowie den §§ 4 und 6 der Anlage 8 wird zusätzlich zu der Vergütung nach Anlage 2 zu diesem Gesamtvertrag entrichtet.

(2) Die AOKs zahlen für das Ausfüllen und Weiterleiten des Vordrucks "Mitteilung über die Feststellung der Schwangerschaft" eine Vergütung von 5 DM innerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung nach Anlage 2, sowie die dafür anfallenden Portokosten.

§ 6

Abrechnung

(1) Soweit im Bundesmantelvertrag-Ärzte oder in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. in den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V für die Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen Qualifikationsvoraussetzungen oder apparative

Voraussetzungen gefordert werden, ist dieser Nachweis vor Abrechnung entsprechender Leistungen gegenüber der KVSA zu führen.

(2) Die Richtigkeit der vom Arzt auf den einzelnen Behandlungsausweisen vorgenommenen Eintragungen wird durch eine der Abrechnung beigefügten Erklärung bestätigt. Die Erklärungen bewahrt die KVSA zwei Jahre auf. Die AOKs können die Erklärungen bei der KVSA einsehen.

(3) Anstelle einer Einzelunterschrift auf jedem Behandlungsausweis kann der Arzt eine Sammelerklärung gemäß § 35 Bundesmantelvertrag-Ärzte bei der KVSA einreichen. Der Inhalt der Sammelerklärung ist in Anlage 1 des Vertrages geregelt.

(4) Die KVSA stellt die quartalsweise Abrechnung der im Kalendervierteljahr erbrachten Leistungen sicher.

(5) Die Abrechnungsbescheide an die Ärzte sind unter Vorbehalt zu erteilen. Der Vorbehalt erstreckt sich auf rechnerische und sachliche einschließlich gebührenordnungsmäßige Berichtigungen sowie Maßnahmen der Prüfungsinstanzen. Unbeschadet der Zahlungsfristen nach dem Honorarverteilungsmaßstab werden Forderungen eines Arztes gegen die KVSA erst fällig, nachdem die Prüfung gemäß § 9 dieses Vertrages durchgeführt und ihr Ergebnis rechtswirksam geworden ist. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KVSA an die Ärzte aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

(6) Endet die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, werden weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange ausgesetzt, bis festgestellt ist, ob Prüfverfahren anhängig oder Schadensersatzforderungen angemeldet worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVSA dem rechtswirksamen Abschluß der Prüfverfahren oder eine etwaige Feststellung einer Schadensersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Arzt bzw. dessen Erben durchzuführen. Voraussetzung ist, daß die AOKs entsprechende Anträge innerhalb von drei Monaten vom Ende der Zulassung an gerechnet bei der KVSA mit schriftlicher Begründung eingereicht haben.

§ 7

EDV-Abrechnung für ADT-Ärzte

Für Vertragsärzte, die ihre Abrechnung der KVSA auf Datenträgern zur Verfügung stellen (ADT-Ärzte), liefert die KVSA den AOKs die Daten der Abrechnungsscheine auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Ein Papierausdruck der Abrechnungsscheine unterbleibt. Im übrigen gelten die im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern (Anlage 6 des Bundesmantelvertrages Ärzte) festgelegten Grundsätze.

§ 8

Rechnungslegung

(1) Jede AOK erhält vierteljährlich unverzüglich nach Fertigstellung die geprüften und ggf. berichtigten Abrechnungsunterlagen, und zwar:

- a) eine Rechnung über die Leistungen der bereichseigenen Ärzte für die ambulante und stationäre Behandlung, die Mutterschaftsvorsorge, die Früherkennungsuntersuchungen und die sonstigen Hilfen insgesamt und je Vertragsarzt und Fachgruppe nach Leistungsgruppen, getrennt nach Versichertengruppen,
- b) die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungsscheine,
- c) für jeden Arzt eine Zusammenstellung der für die Versicherten der AOK erbrachten einzelnen Leistungen je Behandlungsfall,
- d) die Formblätter 3 und 3a getrennt nach Versichertengruppen und bereichseigenen bzw. bereichsfremden Ärzten.

(2) Bei der Abrechnung der bereichsfremden Leistungen werden nur die Unterlagen nach Abs. 1 b) und d) zur Verfügung gestellt.

§ 9

Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung

(1) Die KVSA prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Die sachliche Richtigkeit erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und Wirtschaftlichkeit.

(2) Die AOKs können nach § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte ebenfalls Anträge auf sachlich-rechnerische Berichtigung innerhalb von 5 Monaten nach Rechnungslegung, einschließlich der Vorlage der Abrechnungsscheine, an die KVSA stellen. Zuständige Widerspruchsstelle ist der Vorstand der KVSA.

(3) Sachlich-rechnerische Berichtigungsanträge unterhalb eines Betrages von 30,- DM je Vertragsarzt und Quartal können nicht gestellt werden.

§ 10

Plausibilitätskontrollen

(1) Zur Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit führt die KVSA regelmäßig Plausibilitätskontrollen anhand von Stichproben durch. Die betreffenden Krankenkassen werden quartalsweise über die Ergebnisse der Plausibilitätskontrollen schriftlich informiert.

(2) Die Vertragspartner werden Einzelheiten in einem gesonderten Vertrag regeln.

§ 11

Schlichtungsstelle

Die Vertragspartner errichten eine Schlichtungsstelle gem. § 49 Bundesmantelvertrag-Ärzte. Die Schlichtungsstelle besteht aus Vertretern der KVSA und den Landesverbänden der Krankenkassen in paritätischer Besetzung. Die Landesverbände der Krankenkassen benennen jeweils einen Vertreter und einen Stellvertreter. Der Vorsitz wechselt kalenderjährlich. Bei Stimmgleichheit gilt die Entscheidung des Vorsitzenden.

§ 12

Datenaustausch

(1) Die KVSA stellt den AOKs folgende Unterlagen zur Verfügung:

- a) den KV-internen Abrechnungsschlüssel über Gebührenordnungspositionen,
- b) Behandlungsfallzahlen zur Berechnung des Sprechstundenbedarfs,
- c) Behandlungsfallzahlen für die Verordnungskostenstatistiken, gegliedert nach M, F, R,
- d) Leistungsabrechnungen nach Leistungsnummern und Häufigkeit für den Teil des ambulanten Operierens.

(2) Jede AOK stellt der KVSA folgende Unterlagen zur Verfügung:

- a) vierteljährlich und jährlich die Grundlohnsummenentwicklung jeder AOK gem. § 4 KVdR-Ausgleichsverordnung,
- b) die Mitgliederzahlen gem. der Monatsstatistik KM 1 bzw. der Jahresstatistik KM 1 (13. Meldung),
- c) die Zahl der Mitglieder im Sinne von § 267 Abs. 2 SGB V,
- d) Arzneikosten je Behandlungsfall in DM,
- e) Heilmittel je Behandlungsfall in DM,
- f) Hilfsmittel je Behandlungsfall in DM,
- g) Krankenhauseinweisungen je 100 Behandlungsfälle (begonnen),
- h) Krankenhaustage je abgeschlossenem Behandlungsfall,
- i) Arbeitsunfähigkeitsfälle, absolut und je 100 Behandlungsfälle (begonnen),
- j) Arbeitsunfähigkeitstage, absolut und je 100 Behandlungsfälle (abgeschlossen),
- k) Arbeitsunfähigkeitstage je abgeschlossenem Fall.

(3) Einzelheiten über Inhalt und Aufbau der Daten werden gesondert vereinbart.

§ 13 Vordrucke

Gemäß § 34 Bundesmantelvertrag-Ärzte sind die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Vordrucke zu verwenden. Die Verteilung der Vordrucke an die Vertragsärzte übernimmt die KVSA.

§ 14 Vertragsarztstempel

(1) Die KVSA stellt jedem an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden einen Vertragsarztstempel unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorschriften zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KVSA. Der Vertragsarztstempel muß folgende Angaben enthalten:

- Name des Arztes
- Vertragsarztnummer
- Gebietsbezeichnung des Arztes ggf. mit Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung
- vollständige Praxisanschrift und, soweit vorhanden, Telefonnummer

(2) Die KVSA informiert den AOKLSA über den Verlust eines Arztstempels bzw. über die Beendigung der Vertragsarztstätigkeit.

§ 15 Notfalldienst

Die Sicherstellung eines flächendeckenden vertragsärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienstes obliegt der KVSA, ggf. in Abstimmung mit der Landesärztekammer. Hiervon unberührt bleibt die Organisation des Rettungsdienstes nach Maßgabe der Vorschriften des Rettungsdienstgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung zum 01.06.1996 in Kraft und ersetzt den Rahmengesamtvertrag vom 01.01.1993. Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Schluß eines Kalendervierteljahres schriftlich gekündigt werden.

Magdeburg, den

Magdeburg, den

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK-Landesverband
Sachsen-Anhalt