

Vertrag

**über die ärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten
des Landes Sachsen-Anhalt
im Rahmen der Heilfürsorge
nach § 75 Absatz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V –**

zwischen

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

und

dem Land Sachsen-Anhalt

vertreten durch
das Ministerium für Inneres und Sport
Halberstädter Straße 2/am „Platz des 17. Juni“
39112 Magdeburg
(nachfolgend: Land)

§ 1

Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die ambulante ärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten des Landes Sachsen-Anhalt und der Beamten des Feuerwehrdienstes der Städte Magdeburg, Halle (Saale), Dessau-Roßlau, Lutherstadt Wittenberg, Bernburg, Halberstadt und Merseburg, die im Brandbekämpfungs- und Hilfeleistungsdienst stehen und Anspruch auf die Gewährung von Heilfürsorge besitzen (nachfolgend Anspruchsberechtigte genannt) sowie deren stationäre ärztliche Versorgung (belegärztliche Behandlung), soweit diese nicht durch die DRG abgegolten sind.
- (2) Die KVSA stellt gem. § 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V folgende Untersuchungen sicher:
1. Die Untersuchung von Bewerbern für den Polizeivollzugsdienst des Landes Sachsen-Anhalt durch vertragsärztlich tätige Ärzte, die von Polizeiärzten im Rahmen der Untersuchung (gezielte Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung) auf Polizeidiensttauglichkeit veranlasst wird.
 2. Die Untersuchung (gezielte Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung) oder Begutachtung von Polizeivollzugsbeamten durch vertragsärztlich tätige Ärzte, die von Polizeiärzten veranlasst wird,
 - zum Zwecke der Feststellung der Dienst-/Verwendungsfähigkeit
 - aus arbeitsmedizinischen oder fürsorgeärztlichen Gründen,
 - im Rahmen der kurativen Betreuung durch Polizeiärzte.
 3. Die KVSA übernimmt dem Land gegenüber die Gewähr dafür, dass die ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

§ 2

Behandlungsberechtigung

- (1) Zur ärztlichen Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 3 Sätze 1 und 3 SGB V sind diejenigen berechtigt und verpflichtet, die gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Ärzte/Psychotherapeuten). Ist die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eingeschränkt, so gilt dies auch für diesen Vertrag.
- (2) Die Anspruchsberechtigten haben freie Wahl unter den nach Absatz 1 berechtigten Ärzten und Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen.

§ 3

Umfang der ärztlichen Versorgung

- (1) Der Arzt hat dem Anspruchsberechtigten die ärztliche Versorgung zuteil werden zu lassen, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist.
- (2) Anspruchsberechtigte erhalten ärztliche Versorgung nach der Heilfürsorgeverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Zur ärztlichen Versorgung gehört auch die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und Sehhilfen, häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe, Mutterschaftsvorsorgeleistungen, Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern, Gesundheitsuntersuchungen, sonstigen Hilfeleistungen sowie die Empfehlung von stufenweiser Wiedereingliederung, einschl. Belastungserprobung und Arbeitstherapie. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel bedürfen zur Beschaffung der vorherigen Einwilligung durch die zuständige Stelle des Landes, sofern der Wert des Einzelstücks 300,00 Euro übersteigt.

- (4) Das Land lässt die Vereinbarungen/Verträge zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband sowie die gemeinsam und einheitlich zwischen der KVSA und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen abgeschlossenen gültigen Vereinbarungen/Verträge gegen sich gelten. Die für das Land jeweils geltenden Vereinbarungen sind in der Anlage 1 ausgewiesen. Die Anlage wird im Bedarfsfall aktualisiert.
- (5) Zudem gelten grundsätzlich die zwischen KVSA und Krankenkassen auf Landesebene abgeschlossenen Vereinbarungen, die sinnvoll für die Anspruchsberechtigten anzuwenden sind. Die Vereinbarungen sind dem Land bis 8 Wochen vor Beginn eines Quartals vorzulegen. Das Land teilt der KVSA nach Zugang und Prüfung der Vereinbarung mit, ob die jeweilige Vereinbarung auch für das Land wirksam werden soll. Diese Mitteilung hat innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Vereinbarung schriftlich zu erfolgen. Erfolgt keine Mitteilung, wird die betreffende Vereinbarung automatisch Bestandteil dieses Vertrages. Die für das Land jeweils geltenden Vereinbarungen sind in der Anlage 2 ausgewiesen. Die Anlage wird im Bedarfsfall aktualisiert.
- (6) Der Arzt ist verpflichtet, ohne besonderes Honorar, aber gegen Kostenerstattung, auf Verlangen kurze Bescheinigungen auszustellen, die das Land zur Durchführung seiner Aufgaben benötigt, sofern diese nicht nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen sind.

§ 4

Verordnung von Krankenhausbehandlung

- (1) Krankenhausbehandlung kann unter den Voraussetzungen des § 39 SGB V verordnet werden.
- (2) Die Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der für den Anspruchsberechtigten zuständigen Stelle des Landes vorbehalten.
- (3) Der Umfang der Leistungen ergibt sich aus der Heilfürsorgeverordnung.

§ 5

Krankenversichertenkarte/Überweisung/Verordnung

- (1) Die Anspruchsberechtigten haben dem Arzt ihrer Wahl bei der ersten Inanspruchnahme eine gültige Krankenversichertenkarte/Gesundheitskarte bzw. einen gültigen Überweisungsschein vorzulegen. Im Einzelfall kann diese auch innerhalb eines Quartals nachgereicht werden. Auf Verlangen des Arztes hat der Anspruchsberechtigte seine Identität nachzuweisen. Die aktuell zum Einsatz kommende Krankenversichertenkarte (KVK) wird von den Ärzten solange akzeptiert, wie ein Mapping der Datenstrukturen in das Format der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in den Praxisverwaltungssystemen (PVS) verpflichtend implementiert ist. Anschließend ist die eGK als Versicherungsnachweis zu nutzen.
- (2) In Notfällen kann ein Arzt auch ohne Krankenversichertenkarte/Gesundheitskarte oder Überweisungsschein in Anspruch genommen werden. Die Anspruchsberechtigten haben den Arzt darauf hinzuweisen, dass sie Anspruch nach der Heilfürsorgeverordnung haben. Im Übrigen gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrages.
- (3) Hält der Arzt die Überweisung an einen anderen Arzt für erforderlich, so stellt er einen Überweisungsschein entsprechend den Regelungen des Bundesmantelvertrages aus.
- (4) Für die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sind von den Ärzten die in der Vordruckvereinbarung vereinbarten Vordrucke zu verwenden. Bei der Verordnung von zuzahlungspflichtigen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln und der Verordnung von Krankentransporten ist von der Zuzahlungspflicht gemäß SGB V des Anspruchsberechtigten auszugehen. Dies gilt nicht im Fall von Verordnungen im Rahmen der Behandlung von Schwangeren. Der Arzt darf die Befreiung von der Zuzahlung nur kenntlich machen, wenn der Anspruchsberechtigte einen für das jeweilige Abrechnungsquartal gültigen Befreiungsbescheid der zuständigen Stelle des Landes vorlegt.
- (5) Die Verordnung von Sprechstundenbedarf erfolgt nach den Regelungen der seit dem 01.04.2012 für die gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen-Anhalt geltenden Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB-Vereinbarung). Für die Verordnung von Sprechstundenbedarf kann der Arzt gegenüber der zuständigen Stelle des Landes keine Honoraransprüche geltend machen.

- (6) Das Land verpflichtet sich, die in der jeweils gültigen Fassung der Vordruckvereinbarung vereinbarten Vordrucke zu verwenden. Insbesondere sind Formate, Abmessungen der Felder, Papierqualität und Beleglesefähigkeit zu beachten.

§ 6

Wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise

- (1) Der Arzt hat die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen, jeweils geltenden Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken zu beachten.
- (2) Die zuständige Stelle des Landes kann bei angenommenem Verstoß gegen die in Absatz 1 genannten Richtlinien oder bei vermuteter Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall bei der KVSA die Überprüfung der Abrechnung eines Arztes im Hinblick auf eine wirtschaftliche Behandlungsweise und/oder Verordnungsweise für ihre Anspruchsberechtigten beantragen. Die KVSA informiert den betroffenen Arzt über den vorliegenden Antrag und prüft anhand ihr vorliegender Unterlagen sowie der vom Arzt einzuholenden Stellungnahme, ob Unwirtschaftlichkeit vorgelegen hat. Im Ergebnis dieses Prüfungsverfahrens ist die KVSA berechtigt, ggf. eine Honorarkürzung bzw. einen Verordnungsregress gegen den Arzt festzusetzen. Zur Durchführung des Prüfungsverfahrens bedient sich die KVSA ihrer Beratungsärzte. Die zuständige Stelle des Landes als Antragstellerin und der betroffene Arzt erhalten über das Ergebnis dieses Prüfungsverfahrens einen rechtsmittelfähigen Bescheid, gegen den sie innerhalb der darin angegebenen Frist Beschwerde bei der KVSA einlegen können. Zur Durchführung des Beschwerdeverfahrens bedient sich die KVSA ihrer ärztlichen Mitglieder im Beschwerdeausschuss. Den Bescheid im Beschwerdeverfahren erlässt der Vorstand der KVSA. Dieser Bescheid kann von den Verfahrensbeteiligten mit einer Klage vor dem Sozialgericht angefochten werden. Nach Erlangung der Rechtskraft der beschlossenen Honorarkürzung bzw. des Verordnungsregresses erfolgt eine Verrechnung mit dem Honoraranspruch des Arztes. Für die Durchführung eines Prüfungs- oder Beschwerdeverfahrens wird jeweils ein Kostenbetrag in Höhe von 1 v. H. der im Einzelfall vom Arzt in Rechnung gestellten Honorarforderung bzw. der Kosten für die beanstandete Verordnung, mindestens jedoch 15 Euro, durch die zuständige Stelle des Landes gezahlt.

§ 7

Vergütung der ärztlichen Behandlung, Berechnung von Kosten, Wegepauschalen

- (1) Die ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag werden nach den Gebührenordnungspositionen des EBM und den o. g. ergänzenden Vereinbarungen gemäß § 3 Abs. 4 und 5 abgerechnet und von der zuständigen Stelle des Landes entsprechend vergütet. Die Vergütung von Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung in der ärztlichen Praxis erbracht und über den EBM abgerechnet werden, erfolgt unter Beachtung des § 32 Abs. 2 SGB V i. V. m. § 43b SGB V. Die Vergütung einer Impfung erfolgt nur, wenn dem Arzt vom Anspruchsberechtigten ein vom zuständigen Polizeiarzt oder Polizeivertragsarzt ausgestellter Überweisungsschein vorgelegt wird. Ausgenommen davon sind Schutzimpfungen gegen Tetanus und Tollwut im Verletzungsfall, soweit die Applikationen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung bzw. Exposition erfolgen.
- (2) Bei ambulanten Behandlungen in öffentlich geförderten Einrichtungen finden die Regelungen gemäß § 120 SGB V Anwendung.
- (3) Die von Belegärzten stationär erbrachten ärztlichen Leistungen werden gemäß EBM vergütet. Der mit den Ersatzkassen vereinbarte Belegarztvertrag wird angewendet.
- (4) Die Abrechnung von Kosten im Zusammenhang mit der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen richtet sich nach den Regelungen des EBM oder entsprechenden vertraglichen Regelungen mit den Ersatzkassen.
- (5) Für die Berechnung der Wegepauschalen gelten die Regelungen des Vertrages mit den Ersatzkassen.

§ 8

Abrechnung

- (1) Die Ärzte rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Ablauf des Abrechnungsquartals mit der KVSA nach Maßgabe der von der KVSA erlassenen Abrechnungsanweisung ab.
- (2) Die von der KVSA erlassenen Regelungen zur Durchführung der sachlich-rechnerischen Richtigstellung bzw. der Plausibilitätsprüfung finden Anwendung.
- (3) Die Abrechnung der von sachsen-anhaltischen Ärzten/Psychotherapeuten erbrachten Leistungen wird von der KVSA gegenüber der zuständigen Stelle des Landes durchgeführt. Für die Erstellung der Gesamtabrechnung gegenüber der zuständigen Stelle des Landes ist die KVSA zuständig. Die KVSA stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung sowie das Vorliegen einer unterschriebenen Sammelerklärung für alle Praxen, von denen für das jeweilige Quartal Leistungen abgerechnet wurden, sicher.
- (4) Die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten/Psychotherapeuten außerhalb des Bezirkes der KVSA erbrachten Leistungen werden von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unmittelbar mit der zuständigen Stelle des Landes abgerechnet.
- (5) Forderungen eines behandlungsberechtigten Arztes/Psychotherapeuten werden erst fällig, nachdem ggf. die sachliche und rechnerische Prüfung nach § 9 i. V. m. § 8 Abs. 3 dieses Vertrages und ihr Ergebnis rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KVSA an die Ärzte/Psychotherapeuten aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- (6) Die KVSA ist berechtigt von der Vergütung an den Arzt die nach der Satzung der KVSA zulässigen Abzüge für Verwaltungskosten vorzunehmen.

§ 9

Sachlich-rechnerische Prüfungen der Leistungen

- (1) Die zuständige Stelle des Landes kann Rechenfehler und Fehler bei der Anwendung der Gebührenordnung sowie sonstige derartige Fehler innerhalb einer Frist von drei Monaten, in besonders begründeten Ausnahmefällen innerhalb von sechs Monaten, nach Erhalt der Gesamtabrechnung (§ 8 Abs. 3 dieses Vertrages) bei der KVSA geltend machen.

- (2) Die KVSA nimmt innerhalb von drei Monaten, in besonders begründeten Ausnahmefällen innerhalb von sechs Monaten, nach Eingang der Beanstandung hierzu Stellung (bei Ablehnung mit Begründung). Hält die KVSA die Beanstandung für nicht berechtigt und hält die zuständige Stelle des Landes sie aufrecht, wird ein Abhilfeverfahren durchgeführt. Entscheidungsgremium für diese Fälle ist der Vorstand der KVSA.

§ 10

Datenaustausch

Der Datenaustausch erfolgt elektronisch gemäß der Vereinbarung über die papierlose Lieferung von Einzelfallnachweisen (EFN) für heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte und Beamte des Feuerwehrdienstes des Landes Sachsen-Anhalt zwischen dem Ministerium für Inneres und Sport und der KVSA vom 26.08.2013/28.08.2013. Abweichend von den dort genannten Fristen wird der Zeitpunkt der Einführung der Vereinbarung nach Schaffung der hierfür erforderlichen technischen Rahmenbedingungen bei der zuständigen Stelle des Landes noch zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.

§ 11

Abschlagszahlungen und Gesamtabrechnung

- (1) Die zuständige Stelle des Landes leistet monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 33 v. H. der für das gleiche Quartal des Vorjahres gezahlten Beträge, spätestens bis zum 20. Kalendertag eines Monats.
- (2) Die Abrechnung zwischen der KVSA und der zuständigen Stelle des Landes erfolgt nach Abschluss der quartalsweisen Honorarabrechnung. Die zuständige Stelle des Landes leistet die Schlusszahlung spätestens am 14. Tag nach Erhalt der Gesamtabrechnung.
- (3) Die letzte im laufenden Kalenderjahr zu begleichende Rechnung erhält die zuständige Stelle des Landes bis zum 15. 11. eines Kalenderjahres.
- (4) Werden die Zahlungen nicht fristgerecht geleistet, sind die Fälligkeitsbeträge für den Verzugszeitraum mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz per anno zu verzinsen und an die KVSA zu zahlen.

§ 12

In-Kraft-Treten, Übergangsvorschrift und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag gilt ab 01.04.2015 und ersetzt den seit dem 01.08.2003 geltenden Vertrag.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages gilt dieser Vertrag weiter.

**Unterschriftenseite zum Vertrag über die ärztliche Versorgung der
Polizeivollzugsbeamten des Landes Sachsen-Anhalt im Rahmen der Heilfürsorge nach
§ 75 Absatz 3 SGB V**

Magdeburg,

Magdeburg,

Für die Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Für das Ministerium für Inneres
und Sport

(Siegel)