

# **Gesamtvertrag**

**zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

**und den Verbänden der Ersatzkassen**

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,

sowie

der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg,

vertreten durch

die Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend "VdAK/AEV" genannt -

einerseits

und

die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

- nachfolgend "KVSH" genannt -

andererseits

schließen gemäß § 83 SGB V folgenden Gesamtvertrag.

## Inhaltsverzeichnis

- § 1 Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages
- § 2 Ambulante vertragsärztliche Versorgung
- § 3 Notfallbehandlungen
- § 4 Abrechnung und Vergütung stationärer vertragsärztlicher Tätigkeit
- § 5 Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung
- § 6 Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen
- § 7 Vertragsarztstempel
- § 8 Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte
- § 9 Verteilung der Vordrucke
- § 10 Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen
- § 11 Erfüllung und Vollstreckung von Ersatzansprüchen
- § 12 Zusammensetzung Schlichtungsstelle
- § 13 Beteiligung an den Verwaltungskosten
- § 14 Berechnung der Gesamtvergütung
- § 15 Zahlung der Gesamtvergütung
- § 16 Rechnungsbegründende Unterlagen (Unterbelege zum Formblatt 3/3A)
- § 17 Inkrafttreten und Kündigung

## **Inhaltsverzeichnis über die Anlagen zu diesem Gesamtvertrag**

1. Honorarvereinbarung
2. Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
3. Vergütungsregelung zur Impfvereinbarung
4. Universitäts-Poliklinikvertrag
5. Plausibilitätsprüfung
6. Diabetesvereinbarung

## § 1

### **Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages**

(1) Dieser Gesamtvertrag regelt die besonderen Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen. Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages vom 7. Juni 1994 in seiner jeweils geltenden Fassung.

(2) Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal  
Deutsche Angestellten-Krankenkassen (DAK), Hamburg  
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg  
Handelskrankenkasse (hkk), Bremen  
HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg  
Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover  
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg  
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd  
Gärtner - Krankenkasse (GKK), Hamburg  
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK), Hamburg  
Braunschweiger Krankenkasse (BK), Hamburg - bis zum 31.12.1996 -  
Neptun-Ersatzkasse (N-EK), Hamburg - bis zum 31.12.1997 -  
Buchdrucker-Krankenkasse (BK), Hannover  
Krankenkasse Eintracht Heusenstamm (KEH), Heusenstamm  
Brühler Krankenkasse (BRÜHLER), Solingen - ab dem 01.01.1997 -

(3) Die Anlagen 1 - 6 sind Bestandteil dieses Vertrages.

## **§ 2**

### **Ambulante vertragsärztliche Versorgung**

Die Bewertung der in der Regel der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt nach dem Leistungsverzeichnis und den Abrechnungsbestimmungen der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und den Anlagen zu diesem Vertrag. Leistungen, die nicht in der E-GO aufgeführt sind, können nicht berechnet werden, es sei denn, daß zwischen den Vertragspartnern eine Vereinbarung über die Vergütung solcher Leistungen als Anlage zu diesem Vertrag abgeschlossen worden ist.

## **§ 3**

### **Notfallbehandlungen**

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) vergütet. Für die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V Anwendung.
- (2) Ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt.

## § 4

### **Abrechnung und Vergütung stationärer vertragsärztlicher Tätigkeit**

- (1) Abrechnungsfähig für den Belegarzt sind die
  - von ihm oder seinem Vertreter erbrachten Leistungen,
  - von einem durch die KVSH genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen,
  - von einem gemäß § 32 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) angestellten Arzt erbrachten Leistungen,
  - besonderen Entgelte für den vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 31 Abs. 6 Arzt-/Ersatzkassenvertrag.
- (2) Die Vergütung für die Leistungen der gem. § 32 des Arzt-/Ersatzkassenvertrages anerkannten Belegärzte richtet sich nach der auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vereinbarten Ersatzkassen-Gebührenordnung sowie den zwischen den Vertragspartnern getroffenen gesonderten Vereinbarungen über die Vergütung zur stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gem. Anlage 2, welche Bestandteil dieses Vertrages ist.
- (3) Stationäre Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung, auf einem Überweisungsschein abgerechnet. Das Feld "belegärztliche Behandlung" ist anzukreuzen.

## **§ 5**

### **Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung**

- (1) Zugezogene Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt mit der Krankenversichertenkarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld "bei belegärztlicher Behandlung" angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6) ebenfalls gem. der Ersatzkassen-Gebührenordnung und der Anlage 2 ab.
- (2) Ambulante, vor stationärer Krankenhausaufnahme durchgeführte Untersuchungen durch einen ermächtigten angestellten Arzt für Anästhesie zur Feststellung der Narkosefähigkeit sowie Leistungen zur Planung und Durchführung einer Narkose/Anästhesie als Voraussetzung eines stationären operativen Eingriffs werden diesem Arzt nicht vergütet. Dies gilt auch, wenn diese Untersuchungen durch andere ermächtigte angestellte Krankenhausärzte durchgeführt werden.
- (3) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder in einer Einrichtung nach § 111 SGB V zur konsiliarärztlichen Untersuchung oder Behandlung hinzugezogen, so werden seine Leistungen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Dies gilt nicht bei Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen.
- (4) Leistungen am Aufnahmetag und ggf. im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn der Tag der Leistung und der Aufnahmetag nicht identisch sind.

**§ 6**  
**Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte**  
**fachübergreifender Gemeinschaftspraxen**

Sofern der Zulassungsausschuß Ärzten, die für mehrere Gebiete zugelassen bzw. ermächtigt sind sowie fachverbindenden Gemeinschaftspraxen von Ärzten mit unterschiedlichen Gebiets- bzw. Teilgebietsbezeichnungen keine Auflage zur Kennzeichnung ihrer Abrechnung in der Weise erteilt hat, daß daraus hervorgeht, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat, sind in begründeten Fällen diese Ärzte dennoch verpflichtet, nach einvernehmlicher Absprache zwischen der KVSH und des VdAK/AEV für künftige Abrechnungsquartale entsprechend differenzierte Abrechnungen vorzulegen.

**§ 7**  
**Vertragsarztstempel**

- (1) Die KVSH stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KVSH. Der Arztstempel muß folgende Angaben enthalten:
- Arztnummer
  - Name des Arztes
  - Gebietsbezeichnung des Arztes
  - Niederlassungsort
- (2) Der Verlust des Arztstempels ist der KVSH unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KVSH zurückzugeben.

## **§ 8**

### **Übernahme von Daten der Versichertenkarte**

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Versichertenkarte verpflichtet. Der Vertragsarzt sollte sich in begründeten Zweifelsfällen durch Vorlage eines amtlichen Ausweises von der Identität des Patienten überzeugen.
- (2) Ist beim Einsatz einer ordnungsgemäßen Versichertenkarte das Ergebnis des EDV-gestützten Verarbeitungsvorganges mangelhaft, scheidet eine Haftung der Krankenkasse aus.
- (3) Für Schäden, die bei nicht sorgfältiger Übertragung der übernommenen Daten und Angaben auf den vereinbarten Vordrucken entstehen, ist der Vertragsarzt gegenüber der Krankenkasse zum Ersatz verpflichtet. Die KVSH erfüllt den nachgewiesenen Ersatzanspruch durch Aufrechnung gegenüber der Honorarforderung des Vertragsarztes.

## **§ 9**

### **Verteilung der Vordrucke**

Die gemäß § 6 Abs.1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der KVSH bzw. einer von ihr benannten Stelle übersandt.

## **§ 10**

### **Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung**

- (1) Die KVSH prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung der Ersatzkassen-

Gebührenordnung (E-GO) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.

- (2) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnungen nach Abs.1 kann die Ersatzkasse nach § 34 Abs.5 EKV Anträge auf sachliche und rechnerische Berichtigung innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Abrechnungsunterlagen bei der KVSH stellen. Die Berichtigungsanträge sollen von der KVSH innerhalb von 3 Monaten abschließend bearbeitet werden.
- (3) Sachlich-rechnerische Berichtigungen von weniger als 30,- DM je Vertragsarzt abrechnung werden nicht vorgenommen.
- (4) Die Geltendmachung von Berichtigungsanträgen durch die Ersatzkassen bei der KVSH erfolgt für jeden Vertragsarzt gesondert und nach Quartalen getrennt unter Verwendung des nachstehenden Formularsatzes:

***Teil 1 (weißes Papier) -Original-***

erhält nach Bearbeitung durch die KVSH der betroffene Vertragsarzt als Bescheid, jedoch nur dann, wenn der Arzt belastet wird.

***Teil 2 (rotes Papier)***

erhält nach Bearbeitung durch die KVSH die antragstellende Ersatzkasse - ggf. zur Verbuchung im Kontokorrent - zurück.

***Teil 3 (gelbes Papier)***

dient als Buchungsunterlage für die Kontokorrentbuchung in der KVSH.

***Teil 4 (grünes Papier)***

dient zur Information der Abrechnungsabteilung in der KVSH

***Teil 5 (blaues Papier)***

verbleibt zur Erledigungskontrolle bei der antragstellenden Ersatzkasse.

Für umfangreiche Anträge werden weitere, entsprechend gestaltete Formularsätze als Blatt 2 und folgende verwendet.

Die Ersatzkassen reichen die Teile 1- 4 mit den weiteren, der Sachverhaltsaufklärung dienenden Abrechnungsunterlagen bei der KVSH innerhalb der in Abs. 2 genannten Fristen ein.

Die Formularsätze (selbstdurchschreibendes Papier) werden von der KVSH den Ersatzkassen ihres Bereiches kostenlos zur Verfügung gestellt.

(5) Im Durchschreibeverfahren werden von der KVSH

a.) anerkannte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen durch Abhaken des DM-Betrages kenntlich gemacht

b.) abgelehnte Berichtigungsanträge der Ersatzkassen werden mit Durchstreichen des DM-Betrages bezeichnet und zusätzlich eine Begründung für die Ablehnung auf dem Formularsatz vermerkt.

Reicht der Platz hierfür nicht aus, verwendet die KVSH einen Fortsetzungsformularsatz für die Abgabe der erforderlichen Begründung zur Ablehnung.

c.) Das Ergebnis der Bearbeitung eines Antrages für einen Vertragsarzt durch die KVSH wird unter Aufrechnung der Gut- bzw. Lastschriften für die einzelnen Behandlungsfälle insgesamt ermittelt und im letzten Abschnitt des Formularsatzes zusammengefaßt.

Die zu vollziehende Gut- bzw. Lastschrift ergibt sich aus der Gestaltung und dem Text der Formulare für den betreffenden Empfänger.

Zur Vermeidung unterschiedlicher Fristen für den Widerspruch durch den betroffenen Vertragsarzt bzw. für eine Ablehnung des Bearbeitungsergebnisses durch die betroffene Ersatzkasse sollen der Bescheid an den Vertragsarzt sowie die Mitteilung an die Ersatzkasse von der KVSH gleichzeitig versandt werden.

Die Abrechnungsunterlagen sind mit der Mitteilung an die Ersatzkasse zurückzusenden. Bei Widerspruch durch den Vertragsarzt werden diese auf Anforderung durch die KVSH von der Ersatzkasse nochmals zur Verfügung gestellt.

Die Vertragspartner streben an, diese manuelle Regelung ab einem möglichst frühen Zeitpunkt durch ein papierloses Verfahren zu ersetzen.

- (6) Die Ersatzkasse hat das Recht, die Entscheidung der KVSH innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der KVSH zu beanstanden. In diesen Fällen ist innerhalb von zwei Monaten ein Einigungsgespräch zwischen der KVSH und der antragstellenden Ersatzkasse zu führen. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist eine Entscheidung der AG § 50 EKV einzuholen, die für die endgültige Entscheidung der KVSH gegenüber dem Vertragsarzt verbindlich ist.

Der Vertragsarzt hat das Recht, gegen die Entscheidung der KVSH innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Ist nach Auffassung der KVSH dem Widerspruch abzuhelpen, ist innerhalb von zwei Monaten ein Einigungsgespräch zwischen der KVSH und der antragstellenden Ersatzkasse zu führen. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist eine Entscheidung der AG § 50 EKV einzuholen, die für die endgültige Entscheidung der KVSH gegenüber dem Vertragsarzt verbindlich ist.

Das Widerspruchsverfahren ist bis zur Entscheidung der AG § 50 EKV auszusetzen.

- (7) Gut- und Lastschriften werden von den Ersatzkassen sowie von der KVSH bei Zustellung der Mitteilung an das am weitesten zurückliegende, noch nicht abgeschlossene Quartal im Formblatt 3/3A verbucht.

## **§ 11**

### **Erfüllung und Vollstreckung von Ersatzansprüchen**

- (1) Von den Prüfungseinrichtungen oder der KVSH (gem. §§ 44 und 45 EKV) rechtswirksam festgesetzte Regreß- oder Schadenersatzforderungen der Vertragskassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden. Soweit dies nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die KVSH nicht mehr bestehen, tritt die KVSH den Anspruch auf Regreß- und Schadenersatzbeträge an die Ersatzkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.
- (2) Für die Vollstreckung bestandskräftiger Bescheide der Prüfungseinrichtungen gilt § 66 Abs. 3 SGB X. Die Vollstreckungsklausel erteilt die Geschäftsstelle des Beschwerdeausschusses.

## **§ 12**

### **Zusammensetzung der Schlichtungsstelle**

Die KVSH errichtet eine Schlichtungsstelle gem. § 45 EKV. Sie besteht aus Vertretern der KVSH und der Ersatzkassen in gleicher Zahl. Sie hat vier Mitglieder. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar eines jeden Jahres. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

## **§ 13**

### **Beteiligung an den Verwaltungskosten**

Die Ersatzkassen entrichten für die Durchführung des Vertrages einen Verwaltungs-kostenbeitrag von 0,3 % der Gesamtvergütung je Ersatzkasse nach Maßgabe der bis zum 31.12.1993 gültigen Regelungen.

## **§ 14**

### **Berechnung der Gesamtvergütung**

Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird gemäß § 85 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der Ersatzkassen-Gebührenordnung berechnet. Die Berechnungsart sowie die Höhe der Gesamtvergütung wird von den Vertragspartnern im Rahmen eines Honorarvertrages vereinbart, welcher Bestandteil dieses Vertrages ist (Anlage 1 ).

## **§ 15**

### **Zahlung der Gesamtvergütung**

- (1) Die Abschlagszahlungen betragen für jeden Quartalsmonat jeweils 30 % der gezahlten Gesamtvergütung des betreffenden Quartales des Vorjahres nach der Formblatt 3-Position D-99-90-99 (ohne Mitgliederentwicklung). Die Zahlungen werden jeweils bis zum 5. des Folgemonats (Wertstellung) an die KVSH geleistet.
- (2) Unmittelbar nach Vorliegen der Mitgliederzahlen der Ersatzkassen für das Abrechnungsquartal wird die für dieses Quartal vereinbarte budgetierte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen festgestellt. Diese Zahlung ist unverzüglich, jedoch 10 Tage nach Eingang der jeweiligen Rechnungen unter Berücksichtigung der Abschlagszahlungen an die KVSH zu überweisen.
- (3) Die Restzahlung wird nach Vorlage des Gesamtformblattes 3 der bereichseigenen und bereichsfremden Ärzte ermittelt. Diese Zahlung ist unverzüglich, jedoch spätestens 10 Tage nach Eingang der jeweiligen Rechnungen unter Berücksichtigung der Abschlagszahlungen an die KVSH zu überweisen.
- (4) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die KVSH werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit, ggf. auch Wirtschaftlichkeit und Feststellung eines sonstigen Schadens gem. §§ 44 und 45 EKV durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der

Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der KVSH an den Vertragsarzt bleiben bis dahin abrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vor-schüsse.

- (5) Bei Tod, Aufgabe der Praxis und Wegzug aus dem KV-Bereich sowie bei Antrag auf Widerruf der Beteiligung ist die KVSH verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig oder Schadenersatzforderungen gem. §§ 44 und 45 Arzt-/Ersatzkassenvertrag geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KVSH den rechtswirksamen Abschluß der Prüfung oder eine Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

## **§ 16**

### **Rechnungsbegründende Unterlagen (Unterbelege zum Formblatt 3/3A)**

- (1) Rechnungsbegründende Unterlagen sind die Formblätter 3 mit der Bezeichnung EKA400L4 ( bereichseigene Ärzte ), EKA400L5 ( bereichsfremde Ärzte ) und EKA400L6 ( bereichseigene und bereichsfremde Ärzte ) für das jeweilige Abrechnungsquartal.
- (2) Gemäß § 37 Arzt-Ersatzkassenvertrag i.V. mit § 1 der Anlage 6 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag liefert die KVSH jeder Ersatzkasse einen Einzelfallnachweis je Arzt und je ärztlich geleiteter Einrichtung sowie das Formblatt 3/3A.
- (3) Ergänzend hierzu übermittelt die KVSH jeder Ersatzkasse als rechnungsbegründende Unterlage gemäß § 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum Arzt/Ersatzkassenvertrag einen Unterbeleg zum Formblatt 3/3A, aus dem sich alle Verrechnungspositionen (z.B. D..45.., D..67.. und F-Positionen) nachvollziehen lassen.

## **§ 17**

### **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.1994 in Kraft.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31.12.1999 gekündigt werden. Die Anlagen dieses Vertrages können mit einer Frist von drei Monaten zum Kalendervierteljahr gekündigt werden. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen.
- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Gesamtvertrages, können jedoch von vorstehender Regelung abweichende Geltungszeiträume und Kündigungsfristen vorsehen.

Bad Segeberg/Kiel, den 12.01.1999

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e.V.  
sowie  
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-  
verband e.V.

vertreten durch die  
Landesvertretung Schleswig-Holstein

## Anlage 2 zum Gesamtvertrag

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

einerseits

und

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,  
sowie  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein

andererseits

vereinbaren als Anlage 2 zum Gesamtvertrag mit Wirkung zum 01.01.1996 folgende  
Regelung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß  
§ 33 Arzt/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen):

1. Dem nach § 31 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen anerkannten  
Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach  
§ 108 SGB V je Patient nach Nr. 28 vergütet.  
  
Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten  
kann der Belegarzt die Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach  
Nr. 5, berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale nach  
den Nrn. 7234 bis 7239 angesetzt werden.  
  
Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den  
Abschnitten B II. 1 und B II. 2 sowie den Nrn. 25, 26, 32, 40, 42, 44 und 150  
ausgeschlossen.
2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung er-  
forderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf  
die Operation folgenden Tag.  
  
Die Leistung nach Nr. 29 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 kann  
der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art  
der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

- a) die Leistungen der Kapitel D II. und S, die Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze,
- b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c.) aufgeführten Leistungen.

- Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 160 Punkten erreicht.

- c) die Leistungen nach den Nrn. 100, 101, 102, 103\*, 104\*, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 375\*, 376\*, 377\*, 378, 379\*\*, 381\*, 384\*, 388\*, 389, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 625, 630, 631, 635\*, 636\*, 640\*, 641, 642, 645\*, 651, 652, 653, 656, 660, 661, 665, 668\*, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 694, 700, 707, 715, 718\*, 719\*, 720\*, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441\*\*, 1521, 1587, 1745, 1746, 1850, 2173, 2174, 2175, 5222 mit 60 % der Vergütungssätze

- \*) zum Beginn des auf die amtliche Bekanntmachung des Gesamtvertrages folgenden Quartales

- \*\*\*) bis 30. Juni 1996

- d) - die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
- die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B IX, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind

mit 60 % der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 39 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

- e) die Leistungen der Kapitel D I. und Q mit Ausnahme der Nrn. 5210 bis 5221 (Computertomographie) mit 60 % der Vergütungssätze,
  - f) die Leistungen nach den Nrn. 5210 bis 5221 (Computertomographie) und nach den Nm. 5520 und 5521 (MRT Untersuchung) mit 20 % der Vergütungssätze,
  - g) die Leistungen des Kapitels T mit 33 1/3 % der Vergütungssätze,
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Die Leistung nach Nr. 51, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht berechnungsfähig.
6. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen
    - die Nr. 50 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7236,
    - die Nr. 50 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffenden Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239,
  - b) für die Assistenz die Leistung nach Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5,
  - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 28, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
  - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D II.
7. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
8. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses

oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet hierüber den VdAK/AEV.

- b) Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen ein Betrag von 6,- DM pro Patient und Pflegetag gezahlt. Die Abrechnung mit Nr. 7200 erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfllegetage.

Bad Segeberg/Kiel, den 12.01.1999

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
sowie  
AEV- Arbeiter -Ersatzkassen-Verband e.V  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein

## Anlage 3 zum Gesamtvertrag

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

einerseits

und

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,  
sowie  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein

andererseits

vereinbaren als Anlage 3 zum Gesamtvertrag folgende Regelung für die Abrechnung von Schutzimpfungen (§ 4 Impfvereinbarung):

Abrechnungs-Nr. 8900	130 Punkte,
Abrechnungs-Nr. 8901	65 Punkte.

Bad Segeberg/Kiel, den 12.01.1999

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
sowie  
AEV- Arbeiter -Ersatzkassen-Verband e.V  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein

## Anlage 5 zum Gesamtvertrag

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

einerseits

und

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg,  
sowie  
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein

andererseits

vereinbaren als Anlage 5 zum Gesamtvertrag folgende Regelung über die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen

### 1.

Grundsätzlich entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung über Art und Umfang der im Rahmen ihres Gewährleistungsauftrages durchzuführenden Maßnahmen zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von Honorarabrechnungen.

### 2.

Hiervon unberührt werden die aufgrund dieser Vereinbarung vorzunehmenden Prüfungen von Arztabrechnungen wie folgt durchgeführt:

- a) Stellen Ersatzkassen oder Prüfungseinrichtungen Auffälligkeiten in der Abrechnung eines Vertragsarztes fest, informieren sie mit entsprechender Begründung einschl. der hierzu vorliegenden Behandlungsunterlagen die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein. Diese entscheidet dann in eigener Zuständigkeit über die Einleitung notwendiger Maßnahmen.
- b) Zusätzlich überprüft die Kassenärztliche Vereinigung die Richtigkeit der Abrechnung nach ihrer Plausibilität bei Vorliegen folgender arztindividueller Kriterien:

- Fortsetzung der Prüfung bei Ärzten, die bisher schon fehlerhaft abgerechnet haben, sofern sich die Probleme durch geänderte Gebührenordnungsregelungen nicht automatisch lösen
- Ärzte mit erheblichem Leistungsbedarf z.B. durch Schwerpunkte, bei denen schon in der Vergangenheit die Vermutung bestand, daß die Abrechnung nicht in allen Teilen sachlich richtig ist (z.B. ambulantes Operieren)
- Prüfung der Ermächtigungen auf Einhaltung der Ermächtigungsinhalte hinsichtlich der überwiesenen Fälle, der abgerechneten Leistungen und der Überweiser.
- In jedem Quartal Durchsicht einer repräsentativen Abrechnungs-FZ einer bestimmten Anzahl von Praxen, die weder bei der individuellen noch bei der systematischen Prüfung sonst auffallen. Vorrangig werden hier Praxen mit hohem Leistungsbedarf/hohen Fallwerten überprüft. Ziel ist es aber, turnusmäßig alle Ärzte zu überprüfen.
- Überprüfung von Ärzten, die gegenüber dem Vorquartal nicht erklärbar Leistungsbedarfssteigerungen aufweisen.

### 3.

Auf Antrag informiert die Kassenärztliche Vereinigung die Ersatzkassen oder die Prüfungseinrichtungen im Einzelfall über das Ergebnis der Prüfung.

### 4.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß diese Regelungen nach Inkrafttreten der im Zusammenhang mit der Einführung von Regelleistungsvolumina erforderlichen EBM-Änderung entsprechend angepaßt werden.

Bad Segeberg/ Kiel, den 12.01.1999

Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.  
sowie  
AEV- Arbeiter -Ersatzkassen-Verband e.V.  
vertreten durch  
die Landesvertretung Schleswig-Holstein