

Zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)

und

dem AOK-Landesverband Schleswig-Holstein (AOK-LV)

wird folgender

GESAMTVERTRAG

geschlossen:

§1 Sachlicher Geltungsbereich

1. Dieser Gesamtvertrag regelt
 - a) die kassenärztliche Versorgung der gegenüber den Ortskrankenkassen in Schleswig-Holstein nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen Anspruchsberechtigten,
 - b) die kassenärztliche Gesamtvergütung und ihre Veränderung im Sinne des § 368 f Abs. 1 bis 5 RVO,
 - c) den Arzneimittelhöchstbetrag gern. § 368 f Abs. 6 RVO.

2. Der Bundesmantelvertrag/Ärzte (BMV-A) bildet den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages.

§2 Kassenärztliche Versorgung

Art und Umfang der von der KVSH sicherzustellenden ärztlichen Versorgung richten sich nach den §§ 368 Abs. 2, 368 e und 368 s RVO sowie nach § 2 BMV/A.

§3 Vergütungssystem

Über die Art der Berechnung der kassenärztlichen Gesamtvergütung und deren Höhe wird eine besondere Honorarvereinbarung geschlossen (Anlage A).

§4 Ambulante Tätigkeit

1. Die Bewertung der ambulanten kassenärztlichen Leistungen erfolgt nach dem Bewertungsmaßstab (BMA) gem. § 368 g Abs. 4 RVO in der jeweils geltenden Fassung unter Berücksichtigung der Anlagen zu diesem Vertrag. Für die Auslegung und Anwendung des BMÄ gelten die zwischen den Vertragspartnern des BMV/A vereinbarten Bestimmungen.

2. Für die Abrechnung von Wegegeld gilt folgende Regelung:
 - a) Der Arzt erhält für jeden Besuch Wegegeld, sofern die Entfernung zwischen Besuchsstelle und Praxisstelle des Arztes mehr als zwei Kilometer beträgt. Das Wegegeld wird

bei Tage je Doppel-km mit DM 3,-- (Abrechnungs-Nr. 9103), bei Nacht je Doppel-km mit DM 5,-- (Abrechnungs-Nr. 9104)

berechnet. Für die Berechnung des Wegegeldes bleiben Bruchteile unter 0,5 Doppel-km unberücksichtigt. Bruchteile von 0,5 Doppel-km und darüber werden als volle Doppel-km bewertet.

Bei Besuchen mehrerer Anspruchsberechtigter auf einem Wege ist das Wegegeld anteilig auf die Zahlungspflichtigen zu verteilen.

Innerhalb geschlossener Ortschaften und bebauter Stadtgebiete ist Wegegeld nicht berechnungsfähig.

Anspruch auf das volle Wegegeld haben nur die beiden nächsterreichbaren Kassenärzte. Weiter entfernt wohnende Kassenärzte dürfen nur das Wegegeld berechnen, das der zweitnächstwohnende Kassenarzt anfordern kann. Fachärzte haben in Überweisungsfällen Anspruch auf das volle Wegegeld.

Wird vom Versicherten ohne zwingenden Grund ein weiter entfernt wohnender Kassenarzt in Anspruch genommen, so hat der Versicherte die daraus entstehenden Mehrkosten zu tragen. Mehrkosten sind die Wegegebühren, die vom Kassenarzt nicht berechnet werden können.

Für die Durchführung stationärer Behandlung und das Aufsuchen einer Zweigpraxis sind Wegegeld und Wegepauschale nicht berechnungsfähig.

Der Arzt erhält für jede Einzelvisite nach den Nrn. 18 - 21 und 24 BNA ein Wegepauschale oder Wegegeld.

- b) Innerhalb geschlossener Ortschaften und bebauter Stadtgebiete sowie bei einer Entfernung zwischen Besuchsstelle und Praxisstelle des Arztes von nicht mehr als zwei Kilometer erhält der Arzt anstelle des Wegegeldes ein Wegepauschale. Das Wegepauschale wird
- bei Tage mit DM 3,-- (Abrechnungs-Nr. 9101),
 - bei Nacht mit DM 5,-- (Abrechnungs-Nr. 9102)

berechnet.

- c) Zur Vereinfachung der Abrechnung und Gewährleistung der anteiligen Berechnung wird das Wegegeld für Besuche nach Nr. 25 BNA von prakt. Ärzten bzw. Ärzten für Allgemeinmedizin und Kinderärzten listenmäßig für alle RVO-Kassen angefordert. Die Wegegeldliste wird chronologisch geführt und muß das Besuchsdatum, die besuchten Ortschaften und die zurückgelegte Entfernung enthalten. Die sich daraus ergebende Gesamtforderung für Wegegeld ist auf alle RVO-Kassen entsprechend der abgerechneten Fallzahl anteilig zu verteilen.

Aus der listenmäßigen Wegegeldanforderung (Abrechnungs-Nr. 9103) und dem Wegepauschale (Abrechnungs-Nr. 9101) kann ein Besuchszuschlag zur pauschalen Wegeabgeltung ermittelt und bei der Abrechnung berücksichtigt werden.

Die KVSH kann vor Beginn eines neuen Kalendervierteljahres die pauschale Wegeabgeltung mit einem Besuchszuschlag zurücknehmen, wenn daraus unangemessene Ergebnisse entstehen. Ebenso können Arzt und Krankenkasse dieser Regelung widersprechen. Daraus entsteht die Verpflichtung zur listenmäßigen Abforderung.

Das Wegegeld (Abrechnungs-Nrn. 9103 und 9104) für Besuche nach den Nrn.

26 bis 30 und 149 BMA ist stets auf dem Krankenschein zusammen mit der

Besuchsgebühr anzufordern.

Das Wegepauschale (Abrechnungs-Nr. 9101) für Besuche nach Nr. 25 BNA ist durch Hinzufügen des Symbols „P“ zur Besuchsgebühr auf dem Krankenschein dann zu liquidieren, wenn das Wegegeld mittels Wegegeldliste angefordert wird; anderenfalls wird es von der Abrechnungsstelle automatisch hinzugesetzt.

3. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält, sowie Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln, deren Kosten gemäß Punkt 4 der Allgemeinen Bestimmungen des BNA nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, müssen als Sprechstundenbedarf angefordert werden, wenn sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (Anlage C) aufgeführt sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Verordnung auf den Namen des Versicherten.

4. Die Berechnung der zur kassenärztlichen Versorgung gehörenden ärztlichen Sachleistungen, die in Krankenhäusern und sonstigen ärztlich geleiteten Instituten ausgeführt werden, erfolgt unter Zugrundelegung der nach Einzelleistungen errechneten Punktzahl, die um 25 % vermindert und mit dem entsprechend der Anlage A zu diesem Vertrag vereinbarten Punktwert multipliziert wird.

5. Die Vergütung der in den Universitätskliniken Kiel und der Med. Universität zu Lübeck ausgeführten ambulanten ärztlichen Leistungen richtet sich nach den von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein mit diesen Stellen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden geschlossenen vertraglichen Regelungen.
6. Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen von Aufnahmeuntersuchungen von einem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhausarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, daß eine Krankenhausaufnahme aufgrund des Untersuchungsergebnisses nicht erforderlich ist.
7. Für Arztbriefe wird neben der Gebühr nach Nr. 75 BMA eine Schreibgebühr von DM 3,60 vergütet.

§5 **Belegärztliche Tätigkeit**

1. Für die Abrechnung der von Belegärzten bzw. von hinzugezogenen Ärzten erbrachten und nicht mit dem Pflegesatz abgeregelter stationären ärztlichen Leistungen in Krankenhäusern und Privatkliniken gilt die Regelung im § 4 sinngemäß. Belegärztliche Leistungen sind wie folgt berechnungsfähig:
 - a) Ärztliche Verrichtungen, die im BMA mit 150 Punkten und mehr bewertet sind. Bei Erbringung von Apparateleistungen können 60 % der jeweiligen Punkte berechnet werden, wenn die Apparatur des Krankenhauses benutzt wird.
 - b) Anästhesieleistungen nach Abschnitt D BMA durch den zur stationären Tätigkeit zugezogenen Arzt für Anästhesiologie.
 - c) Konsiliartätigkeit und Assistenz.
 - d) Visiten.

2. Für die Abrechnung der Konsiliartätigkeit, Assistenz und Anästhesieleistungen gilt folgende Regelung:
 - a) Wenn ein Belegarzt einen anderen Belegarzt, der an demselben Krankenhaus tätig ist, zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium, zur Assistenz oder zu Anästhesieleistungen heranzieht, so liquidiert auch der herangezogene Belegarzt nach Abs. 1.
 - b) Wenn ein Belegarzt einen anderen Arzt, der nicht als Belegarzt an demselben Krankenhaus tätig ist, zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium, zur Assistenz oder zu Anästhesieleistungen heranzieht, so erfolgt die Vergütung nach den für ambulante Behandlung (§ 4) geltenden Bestimmungen.
 - c) Für hinzugezogene Ärzte, die nicht zugelassen, beteiligt oder ermächtigt sind, liquidiert der Belegarzt im Rahmen seiner eigenen Abrechnung und übernimmt die Weiterverrechnung mit dem hinzugezogenen Arzt.
3. Hinzugezogene Kassenärzte, an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte und nach § 14 BMV ermächtigte Ärzte liquidieren aufgrund eines zweiten Belegarztscheines, wenn sie an demselben Haus als Belegärzte tätig sind, andernfalls aufgrund eines vom Belegarzt ausgestellten Überweisungsscheines.
4. Ambulant ausgeführte kassenärztliche Leistungen werden einem Belegarzt dann nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke unmittelbar im Anschluß an diese Leistungen in die stationäre Behandlung desselben Kassenarztes genommen wird. Dies gilt nicht
 - a) bei ärztlichen Leistungen, die in Verbindung mit Besuchen erbracht werden.
 - b) in Notfällen, in denen nach ambulanter kassenärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt.

Leistungen, die am Krankenhausentlassungstag vom Belegarzt selbst oder von

einem an demselben Krankenhaus tätigen Arzt erbracht werden, sind ausschließlich als belegärztliche Tätigkeit zu berechnen.

5. Wenn der Patient durch schriftliche Erklärung verlangt, im Rahmen stationärer Behandlung auf eigene Rechnung ärztlich behandelt zu werden, ist er Privatpatient und hat diese Leistungen dem Arzt selbst zu honorieren.

6. Die Liquidation der belegärztlichen Tätigkeit erfolgt auf dem Belegarztschein nach Ablauf eines jeden Kalendervierteljahres. Stationäre Leistungen aus anschließenden Kalendervierteljahren werden auf weiteren Belegarztscheinen abgerechnet.

§6

Behandlung in dringenden Fällen

1. Notfallbehandlungen von niedergelassenen, nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten werden nach den für Kassenärzte geltenden Grundsätzen vergütet.

2. Für die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung in Krankenhäusern wird die nach Einzelleistungen errechnete Punktzahl um 25 % vermindert und mit dem entsprechend der Anlage A zu diesem Vertrag vereinbarten Punktwert multipliziert. Dieselbe Regelung gilt für nicht in eigener Praxis niedergelassene Ärzte.

§7

Abrechnung von Fremdarztfällen

Die Abrechnung der außerhalb des Bereiches der KVSH erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt entsprechend der jeweiligen zwischen den Partnern des BMV/Ärzte abgeschlossenen Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

§8

Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen

1. Der behandelnde Arzt rechnet seine Leistungen mit der KVSH ab. Anstelle der Unterschriften auf den einzelnen Behandlungsausweisen gibt er vierteljährlich eine Sammelerklärung ab.
2. Der Kassenarzt bestätigt durch Abgabe einer Erklärung gemäß Anlage E dieses Vertrages, daß er die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht hat und daß die von ihm eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist.
3. Die KVSH stellt - unbeschadet der Regelung in § 11 - die Honorarabrechnung der Ärzte sachlich und rechnerisch richtig und erteilt den Kassenärzten vierteljährlich einen Abrechnungsbescheid.

§9

Austausch von Unterlagen

1. Die KVSH stellt jeder Ortskrankenkasse vierteljährlich mit der Abrechnung folgende Unterlagen zur Verfügung:
 - a) die von den Kassenärzten zur Abrechnung vorgelegten Behandlungsausweise;
 - b) eine Arztabrechnung (Mantelrechnung), aufgeteilt nach Leistungsgruppen, getrennt nach Allgemein-Versicherten und Rentner-Versicherten, und getrennt für ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen;
 - c) eine Zusammenstellung der Arztabrechnungen, ebenfalls aufgeteilt nach Leistungsgruppen, ergänzt durch den Falldurchschnitt je Kassenarzt, und getrennt für ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen. Die Gesamtanforderung ist nach Allgemein-Versicherten und Rentner-Versicherten aufzuteilen;
 - d) das Formblatt III in doppelter Ausfertigung (Kasse und Landesverband);

- e) eine Zusammenstellung der Leistungen des Kassenarztes und der durchschnittlichen Leistungen jeder Arztgruppe nach den Nrn. des Gebührenverzeichnisses mit der Häufigkeit der einzelnen Leistungsansätze, bezogen auf 100 Behandlungsfälle. - Auf diese Häufigkeitsstatistik hat nur diejenige Ortskrankenkasse Anspruch, in deren Bereich (Stadt- oder Landkreis) der betreffende Kassenarzt zugelassen ist.
2. In Rechnungsunterlagen, die von der KV nicht zur Verfügung gestellt werden können, wie z. B. Wegegeldlisten, ist der Ortskrankenkasse auf Wunsch Einsicht zu gewähren. Die Kasse hat das Recht, diese Unterlagen abzuschreiben oder zu fotokopieren.
3. Jede Ortskrankenkasse stellt der KVSH vierteljährlich - spätestens zwei Monate nach Ablauf des Kalendervierteljahres - folgende Daten zur Verfügung:
- a) Grundlohnsumme aus der allgemeinen Krankenversicherung (Vordruck KV 45 und Vordruck nach § 2 KVdR - Ausgleichsverordnung),
 - b) die durchschnittliche Mitgliederzahl - getrennt nach Versichertengruppen - (Mitgliederstatistik KM 1 - 4 Stichtage),
 - c) den allgemeinen Beitragssatz.
4. Über den Austausch von maschinell lesbaren Datenträgern wird eine gesonderte Vereinbarung getroffen.

§ 10 Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Prüfung der kassenärztlichen Tätigkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) obliegt dem Prüfungs- und dem Beschwerdeausschuß. Näheres regelt die Prüfungsvereinbarung gem. § 368 n Abs. 5 Satz 3 RVO.

§ 11

Rechnerische oder sachliche Berichtigungen
auf Antrag der Ortskrankenkassen

1. Die Ortskrankenkassen können innerhalb einer Ausschlußfrist von drei Monaten nach Zugang der Unterlagen bei der KVSH eine rechnerische oder sachliche Richtigstellung der Abrechnungen beantragen.
2. Die Antragstellung berechtigt bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag nicht zur Aufrechnung oder Zurückbehaltung von Zahlungen. Ausgenommen hiervon sind offensichtliche rechnerische Unrichtigkeiten (z. B. Zahlendreher, Einbeziehung einer Abrechnung für eine andere Krankenkasse in die Gesamtabrechnung, nicht jedoch einzelne Irrläufer); diese können von den Ortskrankenkassen bei der Schlußzahlung für das betreffende Leistungsquartal berücksichtigt werden. Die Ortskrankenkassen geben hierüber der Abrechnungsstelle der KVSH eine gesonderte Aufstellung.

§ 12

Zahlung der Gesamtvergütung

1. Die von den Ortskrankenkassen zu zahlende Gesamtvergütung wird vierteljährlich, spätestens 5 Tage nach Zugang der Abrechnung fällig, jedoch nicht früher als am 10. des vierten Monats nach Ablauf des Abrechnungsquartals. Die Ortskrankenkassen leisten monatliche Abschlagszahlungen von je 32 % der Gesamtvergütung, bezogen auf das entsprechende Quartal des Vorjahres. Die Abschlagszahlungen werden bis zum 15. eines jeden Monats geleistet und gelten für den vorausgegangenen Monat. Überzahlungen werden mit der nächsten fälligen Vorauszahlung verrechnet.
2. Eine Aufrechnung von Beträgen durch die Ortskrankenkassen gegen Forderungen der KVSH nach Abs. 1 ist nur aufgrund eines Anerkenntnisses der KVSH oder rechtskräftiger Entscheidung der Prüfungsinstanzen zulässig.
3. Der Vergütungsanspruch von kassenärztlichen Leistungen verjährt gegenüber den Ortskrankenkassen nach Ablauf des 16. Kalendervierteljahres, das auf das Leistungsquartal folgt.

§ 13
Arzneimittel höchstbetrag

Der Arzneimittelhöchstbetrag i. 5. des § 368 f Abs. 6 RVO ist in der Anlage F zu diesem Vertrag geregelt.

§ 14
Kassenarztstempel

Die von der KV zu beschaffenden Arztstempel sollen die Arztnummer, Vor- und Zunamen sowie die vollständige Anschrift enthalten.

§ 15
Verhinderung des Kassenarztes

Von der länger als eine Woche dauernden Verhinderung an der Praxisausübung hat der Kassenarzt unter Benennung des Vertreters

die Geschäftsstelle der KVSH und
die zuständige KV-Kreisstelle

zu unterrichten.

§ 16
Mitgliedsbefragung durch die Ortskrankenkassen

Die Befragung von Mitgliedern der Ortskrankenkassen hinsichtlich der vom Kassenarzt durchgeführten Behandlung kann nur im Benehmen mit der KVSH erfolgen.

§ 17
Vertragsausschuß

Der Vertragsausschuß gem. § 368 g Abs. 7 RVO besteht aus je vier Vertretern der Ortskrankenkassen und der KVSH.

§ 18
Vertragsdauer/Kündigung

1. Dieser Vertrag gilt ab 1. Oktober 1987. Er kann durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung kann jedoch frühestens zum 30. Juni 1989 erfolgen.
2. Eine teilweise Kündigung des Vertrages ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch in diesem Fall mit einer Frist von 14 Tagen nach Eingang der Kündigung den Vertrag ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.

§ 19
Schlußbestimmungen

Mit Inkrafttreten dieses Vertrages tritt der Gesamtvertrag vom 14. Oktober 1979 einschließlich aller Ergänzungs- und Änderungsvereinbarungen außer Kraft.

Bad Segeberg / Pinneberg, den 14. Juni 1988

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK-Landesverband
Schleswig-Holstein