

Gesamtvertrag

gemäß § 83 SGB V

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein,
(im Folgenden KVSH genannt)**

und

der AOK NordWest, Dortmund
- handelnd als Landesverband für Schleswig-Holstein mit Wirkung für die Orts-
krankenkassen
(im Folgenden Landesverband bzw. Krankenkasse genannt)

Inhaltsverzeichnis:

- § 1 Geltungsbereich und allgemeiner Inhalt
- § 2 Vertragsärztliche Versorgung, Bewertung der Vergütung
- § 3 Notfallbehandlung
- § 4 Stationäre Behandlung
- § 5 Wegegeld
- § 6 Belegärzte
- § 7 Vertretung und Sprechstunde
- § 8 Vertragsarztstempel
- § 9 Gesamtvergütung
- § 10 Zahlungen der Gesamtvergütung
- § 11 Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen
- § 12 Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen
- § 13 Sachlich- rechnerische Prüfung der Abrechnung
- § 14 Erfüllung von Ersatzansprüchen
- § 15 Schlichtungsstelle
- § 16 Honorarzahlung an den Vertragsarzt
- § 17 Patientenbefragung
- § 18 Vertragsverletzung
- § 19 Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/
Psychotherapeuten
- § 20 Vordrucke
- § 21 Salvatorische Klausel
- § 22 Inkrafttreten und Geltungsdauer

Inhaltsverzeichnis über die Anlagen zu diesem Gesamtvertrag:

Anlage 1: Honorarvereinbarung in der aktuell gültigen Fassung

Anlage 2: Wegegebühren

Anlage 3: Belegärztliche Tätigkeit

Anlage 4: Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

Protokollnotiz Wegegeld und belegärztliche Tätigkeit

§ 1

Geltungsbereich und allgemeiner Inhalt

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung für die Mitglieder der Ortskrankenkassen mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.
- (2) Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen gelten für alle im Bereich der KVSH an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen bzw. angestellten Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, auch soweit sie an einer KV-bereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft teilnehmen, sofern sie Leistungen für Versicherte nach Abs. 1 erbringen. Sie gelten auch für ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen, soweit durch andere Regelungen nichts Abweichendes bestimmt ist.
- (3) Den allgemeinen Inhalt dieses Vertrages bilden die Bestimmungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) sowie seine Anlagen in der geltenden Fassung.
- (4) Die im Anlagenverzeichnis aufgeführten Vereinbarungen sind Bestandteil des Vertrages. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern um weitere Anlagen ergänzt oder reduziert werden.

§ 2

Vertragsärztliche Versorgung/ Bewertung der Vergütung

- (1) Art und Umfang der durch die KVSH sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V, des BMV-Ä, sonstigen im Vertragsarztrecht geltenden Vorschriften und diesem Vertrag.
- (2) Die Bewertung der Vergütung der im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen richtet sich nach dem jeweils gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), sowie nach den Anlagen zu diesem Vertrag.
- (3) Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten. Eine Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten für Leistungen, die Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, ist unzulässig, soweit kein in § 18 BMV-Ä geregelter Ausnahmefall vorliegt.

§ 3

Notfallbehandlung

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen unter Beachtung des EBM in der jeweils gültigen Fassung vergütet.
- (2) Ambulante Notfalleistungen der Krankenhäuser sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag erfolgt. Diese Regelung gilt nicht für den organisierten Not(-fall)dienst.

§ 4

Stationäre Behandlung

- (1) Wird ein Vertragsarzt während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder 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, Dialysen sowie ärztlichen Leistungen, die während einer ambulanten Vorsorgeleistung oder stationären Rehabilitation durchgeführt werden.
- (2) Leistungen am Aufnahmetag und ggf. im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, die im Krankenhaus von einem an diesem Krankenhaus tätigen Arzt, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, 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.
- (3) Wird bei einem Versicherten eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V durchgeführt, kann diese nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden. Wird bei einem Versicherten eine ambulante Operation nach § 115b SGB V vom Krankenhaus durchgeführt, können die entsprechenden Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte bzw. ermächtigte Institutsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

§ 5

Wegegeld

Wegegeld ist in der Anlage 2 Wegegebühren zu diesem Gesamtvertrag geregelt.

§ 6

Belegärzte

Die belegärztliche Tätigkeit ist in der Anlage 3 zu diesem Gesamtvertrag geregelt.

§ 7

Vertretung und Sprechstunde

- (1) Der Vertragsarzt soll in geeigneter Weise (z.B. Anrufbeantworter, Aushang) bekannt geben, wie er oder ein Vertreter in dringenden Fällen zu Zeiten erreichbar ist, in denen weder Sprechstunden abgehalten werden noch der organisierte ärztliche Notfalldienst zur Verfügung steht. In einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) ohne eingerichteten Notdienst ist es ausreichend, wenn ein vertragsärztlich zugelassenes Mitglied der BAG oder des MVZ oder ein angestellter Arzt des Fachgebietes die Erreichbarkeit für die Praxis sicherstellt. In einer Zweigpraxis genügt, wenn kein Notdienst eingerichtet ist, die Erreichbarkeit am Hauptsitz.
- (2) Auf die Sprechstundenzeiten werden die Besuchszeiten und Wegezeiten des Vertragsarztes angerechnet (§ 17 Abs. 1a S. 6 BMV-Ä).
- (3) Die Feststellung der Einhaltung der Sprechstundenzeiten erfolgt im Rahmen von Einzelfallprüfungen, die aufgrund der Prüfung der Versorgungsaufträge nach § 95 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 19a Ärzte-ZV durchgeführt werden.

§ 8

Vertragsarztstempel

- (1) Die KVSH stellt bei Neuzulassung, Neuanstellung eines Arztes, Verlegung der Praxis oder Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Anfrage

einen Vertragsarztstempel zur Verfügung. Die Ausgestaltung des Stempels legt die KVSH unter Beachtung der gesetzlichen und bundesmantelvertraglichen Vorgaben fest.

(2) Der Vertragsarztstempel enthält:

- LANR
- BSNR
- (beim MVZ zusätzlich der Name des MVZ)
- Titel
- Vor- und Zuname des Arztes bzw. Psychotherapeuten bzw. angestellten Arztes
- Facharztbezeichnung des Arztes, ggf. Schwerpunktbezeichnung
- Straße, Postleitzahl, Ort
- Telefonnummer der Praxis

(3) Bei der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln ist gemäß § 37 Abs. 3 BMV-Ä ein Vertragsarztstempel zu verwenden, in dem zusätzlich der Name des verordnenden Arztes enthalten ist, oder der Name des verordnenden Arztes ist zusätzlich auf der Verordnung lesbar anzugeben. § 2 Abs. 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung bleibt davon unberührt. Fehlen erforderliche Angaben auf dem Vertragsarztstempel, so müssen diese gesondert (beispielsweise mit einem separaten Stempel oder lesbar handschriftlich) aufgebracht werden.

(4) Stellt der Arzt den Verlust des Vertragsarztstempels und oder von Vordrucken fest, so hat er dies unverzüglich der KVSH mitzuteilen, die hierüber den Landesverband unterrichtet. Bei der Aufbewahrung des Vertragsarztstempels sowie abgestempelter Vordrucke trifft den Arzt eine erhöhte Sorgfaltspflicht.

(5) Scheidet ein Arzt aus der vertragsärztlichen Tätigkeit aus, wirkt die KVSH darauf hin, dass es zu keinen missbräuchlichen Verwendungen des Stempels kommt.

§ 9

Gesamtvergütung

Die Krankenkasse entrichtet für die gesamte vertragsärztliche Versorgung (§ 87a Abs. 3 SGB V) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung nach Maßgabe der Anlage 1 in der jeweils aktuell gültigen Fassung zu diesem Vertrag.

§ 10

Zahlungen der Gesamtvergütung

(1) Die von der AOK NW zu zahlende Gesamtvergütung wird vierteljährlich innerhalb von 10 Kalendertagen nach Zugang der Quartalsabrechnung fällig. Die Ortskrankenkassen leisten monatliche Abschlagszahlungen von je 32 % der Gesamtvergütung, bezogen auf das entsprechende Quartal des Vorjahres. Die Abschlagszahlungen werden bis zum 10. eines jeden Monats geleistet und gelten für den voraufgegangeenen 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 oder der Gerichte zulässig.

(3) Der Vergütungsanspruch von vertragsärztlichen Leistungen verjährt gegenüber den Ortskrankenkassen nach Ablauf des 16. Kalendervierteljahres, das auf das Leistungsvierteljahr folgt.

§ 11

Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen

Es wird auf die jeweils aktuell gültige Fassung der Honorarvereinbarung (Anlage 1) verwiesen.

§ 12

Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Zur Abrechnung zwischen der KVSH und den Krankenkassen wird auf die Honorarvereinbarung (Anlage 1 in der jeweils aktuell gültigen Fassung) verwiesen.

(2) Der behandelnde Arzt rechnet seine Leistungen gemäß HAO (in der jeweils aktuellen Fassung) mit der KVSH ab. Anstelle der Unterschriften auf den einzelnen Behandlungsausweisen gibt er vierteljährlich eine Sammelerklärung gemäß § 35 Abs. 2 BMV-Ä ab.

(3) Gesondert abrechnungsfähige Materialkosten rechnet der Arzt direkt mit der AOK NordWest als rechnungsbegleichende Stelle i. S. des § 44 Abs. 6 Satz 4 BMV-Ä ab, sofern in der Anlage 1 (in der jeweils aktuellen Fassung) nichts Abweichendes geregelt ist.

§ 13

Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung

Die sachlich-rechnerische Überprüfung der Abrechnung der Vertragsärzte ist gemäß § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V originäre Aufgabe der KVSH. Die Krankenkassen können dabei unterstützen und haben gemäß § 106d Abs. 3 und 4 Satz 1 SGB V ein eigenes Antragsrecht bzw. eine Prüfung in eigener Zuständigkeit. Das Nähere dazu regeln die Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfung gemäß § 106d Abs. 6 SGB V sowie die Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung nach § 106d Abs. 5 SGB V.

§ 14

Erfüllung von Ersatzansprüchen

Von den Prüfungseinrichtungen oder der KVSH rechtswirksam festgesetzte Regresse gemäß § 106b Abs. 1 SGB V, § 106 Abs. 5c a.F. oder Schadensersatzforderungen

der Krankenkasse dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden. Ist dies nicht erfolgreich, tritt die KVSH die Forderung an die Krankenkasse ab.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Regressforderungen, die zugunsten einer Krankenkasse festgesetzt worden sind, der Krankenkasse zustehen und die Sätze 1 bis 3 das Recht der Krankenkasse, die Forderung auch ohne vorherige Abtretung im eigenen Namen geltend zu machen, nicht berühren.

Die Regelungen der Prüfvereinbarung nach §§ 106 ff. SGB V bleiben unberührt.

§ 15

Schlichtungsstelle

Bei der KVSH wird bei Bedarf eine Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä errichtet. Das Nähere regeln die Gesamtvertragspartner gesondert.

§ 16

Honorarzahlung an den Vertragsarzt

- (1) Der Honorarbescheid des Vertragsarztes wird unter dem Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, der Wirtschaftlichkeit sowie der sonstigen Vertragsgemäßheit der abgerechneten Leistungen erteilt. Die Honorarforderung eines Vertragsarztes gegen die KVSH wird erst fällig, nachdem Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit rechtswirksam abgeschlossen sind; bis zu diesem Zeitpunkt von der KVSH an den Vertragsarzt geleistete Zahlungen haben vorläufigen Charakter (Vorschüsse).
- (2) Sofern bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit gegenüber dem Vertragsarzt Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig sind oder Schadensersatzforderungen nach § 47 ff. BMV-Ä erhoben worden sind, ist die KVSH verpflichtet, zur Sicherung der aus diesem Verfahren etwaig resultierenden Ansprüche gegen den Vertragsarzt restliches Honorar des Vertragsarztes ganz oder teilweise einzubehalten; der Vorstand der

KVSH ist berechtigt, Einbehalte durch eine Sicherheitsleistung (Bankbürgschaft etc.) vornehmen zu lassen.

§ 17

Patientenbefragung

Eine Befragung von Patienten wird grundsätzlich nur im Benehmen zwischen der KVSH und der Krankenkasse durchgeführt. Dabei sind die Grundsätze des § 60 Abs. 3 BMV-Ä einzuhalten.

§ 18

Vertragsverletzung

- (1) Verletzungen dieses Vertrages bzw. des BMV-Ä durch einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt ahndet die KVSH nach den bei ihr geltenden Disziplinarbestimmungen.
- (2) Hat die Krankenkasse ein Disziplinarverfahren gegen einen Arzt angeregt, so ist die Krankenkasse über das Ergebnis zu unterrichten.

§ 19

Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/ Psychotherapeuten

- (1) Für das Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gilt § 59 BMV-Ä. Die Stammdaten werden inhaltlich analog der §§ 3 bis 6 der Anlage 6 zum BMV-Ä erstellt.
Die KVSH stellt der AOK NW zu Beginn eines jeden Abrechnungsquartals ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in elektronischer Form zur Verfügung.

(2) Für das Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten gilt § 10 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä).

(3) Sofern Ärzte und Psychotherapeuten berechtigt sind, genehmigungspflichtige EBM-Leistungen abzurechnen, stellt die KVSH dem Landesverband Arzt- bzw. Psychotherapeutenverzeichnisse gem. Anlage 4 der jeweils gültigen Honorarvereinbarung (Anlage 1 zu diesem Vertrag) zur Verfügung (§ 59 Abs. 1 S. 3 BMV-Ä).

§ 20

Vordrucke

(1) Die nach dem BMV-Ä im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke werden den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten von dem von den Landesverbänden der Krankenkassen beauftragten Dienstleister und der KVSH zur Verfügung gestellt.

(2) Die Kosten der Vordrucke werden vom Landesverband getragen.

§ 21

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein bzw. werden oder Regelungslücken enthalten, bleibt der Vertrag im Übrigen gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, eine solche Ersatzregelung zu vereinbaren, die dem ursprünglichen Regelungsziel möglichst nahekommt. Regelungslücken werden von den Vertragspartnern zeitnah geschlossen. Sofern eine Regelung zwischen den Vertragspartnern nicht zustande kommt, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

§ 22

Inkrafttreten und Geltungsdauer

- (1) Dieser Gesamtvertrag tritt am 01.02.2024 in Kraft und ersetzt den Gesamtvertrag vom 14.06.1988 einschließlich seiner Anlagen.
- (2) Er kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines Kalenderjahres mit einer Frist von 6 Monaten schriftlich gekündigt werden. Eine teilweise Kündigung des Vertrages ist zulässig. Die Anlagen können auch einzeln gekündigt werden. Die Anlagen dieses Vertrages können mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden, sofern in der jeweiligen Anlage keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind. Die Kündigung einer oder mehrerer Anlagen lässt den Bestand dieses Vertrages einschließlich der nicht gekündigten Anlagen unberührt.
- (3) Bei Kündigung dieses Gesamtvertrages bzw. einer der Anlagen gilt zur Vermeidung eines vertragslosen Zustandes dieser Gesamtvertrag bzw. die Anlage vorläufig weiter, bis eine Neufassung vereinbart oder festgesetzt wird.

Bad Segeberg, den 8.1.24

Kiel, den

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

AOK NordWest



.....
Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende



.....
Bernd Marchlowitz
Unternehmensbereichsleiter
Ambulante Versorgung