

Gesamtvertrag nach § 83 SGB V

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
(nachfolgend KV Sachsen)**

und der

**AOK Sachsen - Die Gesundheitskasse.
in der Funktion als Landesverband
(nachfolgend AOK Sachsen)**

**i. d. F. des 2. Nachtrages vom 17. März 2008
mit Wirkung ab 1. Januar 2008**

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Vertragsärztliche Versorgung
- § 3 Hausarztzentrierte Versorgung
- § 4 Sicherung der Qualität der Leistungserbringer
- § 5 Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
- § 6 Ambulante Notfallerstbehandlung in Krankenhäusern
- § 7 Vertragsarztstempel
- § 8 Vertragsarztformulare
- § 9 Sammelerklärung
- § 10 Rechnungslegung gegenüber der AOK Sachsen
- § 11 Belegärzte
- § 12 Abrechnung von Fremdarztfällen
- § 13 Abrechnung nichtärztlicher Dialyseleistungen in hierfür zugelassenen Einrichtungen im Freistaat Sachsen
- § 14 Abrechnungsverfahren bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vertragsarzt
- § 15 Sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung durch die KV Sachsen, Bearbeitung von Anträgen der AOK Sachsen und von Widersprüchen der Ärzte zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung
- § 16 Feststellung von Schadenersatzansprüchen wegen falscher Kostenträgerangaben
- § 17 Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen durch Schlichtungsstellen
- § 18 Verlust von Abrechnungsunterlagen
- § 19 Zahlung der Gesamtvergütung
- § 20 Versichertenbefragung
- § 21 Vergütung von Leistungen nach der Onkologievereinbarung
- § 22 Datenlieferung
- § 23 Zuzahlung
- § 24 Kostenerstattung
- § 25 Berechnung, Abschlagszahlungen und Restzahlungen, Spitzabrechnung der Gesamtvergütung
- § 26 Sonstige Vereinbarungen
- § 27 In-Kraft-Treten/Kündigung
- § 28 Schlussbestimmungen

§1 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der AOK Sachsen.
- (2) Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist in seiner jeweils gültigen Fassung allgemeiner Inhalt dieses Gesamtvertrages (§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- (3) Die in diesem Vertrag für Vertragsärzte getroffenen Regelungen gelten neben den in §§ 4, 5 und 7 BMV-Ä genannten auch für im Bereich der KV Sachsen
 - ermächtigte Einrichtungen gemäß §§ 117 – 119 a SGB V,
 - medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V,
 - nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, soweit sie in Notfällen ärztliche Leistungen ambulant durchführen und durch gesonderte vertragliche Regelungen nichts anderes festgelegt ist.

§ 2 Vertragsärztliche Versorgung

- (1) Art und Umfang der von der KV Sachsen sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V und sonstigen im Vertragsarztrecht geltenden Bestimmungen.
- (2) Andere Leistungen gehören zur vertragsärztlichen Versorgung, soweit dies im vorliegenden Vertrag und in seinen Anlagen vereinbart wird.

§ 3 Hausarztzentrierte Versorgung

Regelungen gem. § 73 b Abs. 3 SGB V werden vorbehaltlich bundesvertraglicher Regelungen von den Vertragspartnern in Anlage 2 vereinbart.

§ 4 Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Soweit im BMV-Ä oder in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen Qualifikationsvoraussetzungen und apparative Voraussetzungen gefordert werden, ist dieser Nachweis vor Abrechnung entsprechender Leistungen durch den Arzt gegenüber der KV Sachsen zu führen. Das gleiche gilt für Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemäß §§ 135 und 135 a SGB V und sonstige für die vertragsärztliche Versorgung verbindliche Bestimmungen.

- (2) Die KV Sachsen prüft, sobald Richtlinien gem. § 136 a SGB V vorliegen, durch Stichproben die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen gem. § 136 SGB V.

§ 5

Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung

Regelungen gem. § 73 c Abs. 1 SGB V über Versorgungsaufträge mit besonderen qualitativen oder organisatorischen Anforderungen werden vorbehaltlich bundesvertraglicher Regelungen von den Vertragspartnern in Anlage 3 vereinbart.

§ 6

Ambulante Notfallerstbehandlung in Krankenhäusern

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen unter Beachtung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der jeweils geltenden Fassung (EBM) vergütet, sofern dieser Vergütung keine anders lautenden gesetzlichen oder vertraglichen Regelungen entgegenstehen. Für die Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern findet § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechende Anwendung.
- (2) Alle im Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfalleleistungen im Rahmen der ambulanten Erstversorgung sind Leistungen des Krankenhauses und im Rahmen der Gesamtvergütung nur dann abzurechnen, wenn keine unmittelbare stationäre Aufnahme damit verbunden ist.

§ 7

Vertragsarztstempel

- (1) Die KV Sachsen stellt jedem Vertragsarzt unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorschriften einen Vertragsarztstempel zur Verfügung. Dieser enthält die nachstehenden Angaben:
- ggf. die Bezeichnung "Gemeinschaftspraxis" bzw. „Medizinisches Versorgungszentrum“,
 - Titel, Vor- und Zuname, ggf. Buchstabenkennung,
 - Fachgebiets-, ggf. Schwerpunkts- und ggf. Zusatzbezeichnungen,
 - Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Telefaxnummer, anstelle der Praxisanschrift enthält der Stempel bei an Krankenhäusern ermächtigten Ärzten die Anschrift des Krankenhauses,
 - Arzt-Abrechnungsnummer.

- (2) Der Vertragsarztstempel ist zur Vermeidung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren. Der Verlust des Arztstempels ist der KV Sachsen und der AOK Sachsen unverzüglich mitzuteilen.
- (3) Besteht die Möglichkeit, dass der Stempel nach Verlust von unberechtigten Dritten gebraucht werden könnte, hat der Arzt den Verlust der Polizei zu melden und durch die zuständige Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen erfolgt eine entsprechende Registrierung.
- (4) Bei Beendigung der Vertragsarztstätigkeit ist der Stempel der zuständigen Bezirksstelle der KV Sachsen zu übergeben oder die Vernichtung gegenüber der KV Sachsen schriftlich zu bestätigen.

§ 8 Vertragsarztformulare

- (1) Die Vertragspartner legen alle Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke (Vertragsarztformulare) - außerhalb des § 34 i. V. m. Anlage 1, 2, 2 a Bundesmantelvertrages-Ärzte - sowie Vordrucke für schriftliche Informationen und die Verteilung der Vordrucke in Anlage 4 (Vordruckvereinbarung in Sachsen) fest.
- (2) Sonstige - nicht in Absatz 1 erfassten - für die Durchführung der Aufgaben der AOK Sachsen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) dürfen gemäß § 36 BMV-Ä seitens der AOK Sachsen nur in begründeten Fällen angefordert werden.

§ 9 Sammelerklärung

Anstelle einer Einzelunterschrift des Arztes auf jedem Behandlungsausweis vereinbaren die Partner des Gesamtvertrages gemäß § 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä eine Sammelerklärung. Form und Inhalt sind in Anlage 5 geregelt. Gleiches gilt für die Abrechnung auf Datenträger.

§ 10 Rechnungslegung gegenüber der AOK Sachsen

- (1) Die Rechnungslegung gegenüber der AOK Sachsen erfolgt gemäß § 295 SGB V sowie der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern). Das Formblatt (Formblatt 3 KT-Viewers chm-Dateien) und der Rechnungsbrief werden über das Kommunikationsportal der KV Sachsen online zum Download zur Verfügung gestellt. Das Formblatt (Formblatt 3 xml-Dateien) wird der AOK PLUS weiterhin auf einem Datenträger zugestellt. Die AOK PLUS erhält am Tag der Bereitstellung von der KV Sachsen eine entsprechende E-Mail: (Mailadresse: gesamtverguetung_aerzte@plus.aok.de). Die rechnungsbegründenden Unterlagen gelten erst mit dem Eingang dieser E-Mail sowie dem Eingang des

Einzelfallnachweises und den gesamten Anlagen zum Rechnungsbrief als zugestellt, es sei denn ein Download ist der AOK PLUS aus von dieser nicht zu vertretenden Umständen nicht möglich. Sollte das in den Sätzen 1 bis 5 festgelegte Verfahren aus technischen Gründen, insbesondere weil auf das Kommunikationsportal nicht zugegriffen werden kann oder der Download fehlschlägt, nicht möglich sein, erfolgt die Rechnungslegung gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 dieses Gesamtvertrages. Die Rechnungslegung nach Satz 1 und Satz 2 wird für 2 Abrechnungsquartale (IV. 2007, I. 2008) getestet. Während der Testphase werden der AOK PLUS die online bereitgestellten Daten zusätzlich auf einem Datenträger zugestellt.

- (2) Von der KV Sachsen werden nach Prüfung die Vergütungsanforderungen (Formblatt 3 in elektronischer Form) für ärztliche ambulante und belegärztliche Leistungen vierteljährlich, getrennt nach
 - a) Mitgliedern,
 - b) Familienangehörigen,
 - c) Rentnern und deren Familienangehörigeabgerechnet.
- (3) Der AOK Sachsen werden entsprechend § 55 i. V. m. Anlage 6 BMV-Ä die Gesamtabrechnungsunterlagen übergeben. Gemäß den viertel jährlichen Rechnungslegungen wird der Datenannahmestelle der AOK Sachsen (GB DV/IT-DAV, Sternplatz 7, 01067 Dresden) der Formblatt 3-Viewer übergeben.

Die Leistungen der regionalen Sonderverträge sind bis zur Ebene 6 (GOP) statusbezogen, unter Angabe der vereinbarten Vergütung, unter Angabe der abgerechneten und anerkannten Leistung, unter Angabe der Vergütungssumme, unter Angabe der Kennung „budgetär/außerbudgetär“ auf Ebene 6 sowie unter Angabe der Häufigkeit auf Ebene 6 auszuweisen.

Die Häufigkeiten der Leistungen der regionalen Sonderverträge sind auch dem von der KV Sachsen gelieferten Einzelfallnachweis zu entnehmen. Mit dieser Lieferung sind die in einzelnen Sonderverträgen getroffenen Bestimmungen zur Lieferung von Häufigkeiten einzelner Leistungen erfüllt.

- (4) Die Übersicht der Anlage 12 beinhaltet alle regionalen Sonderverträge zwischen der AOK Sachsen und der KV Sachsen inklusive der Zuordnung der jeweiligen Leistungen im Formblatt 3 bis zur Ebene 6. Besondere Finanzflüsse, die keinen direkten Leistungsbezug haben und die nicht bereits in der budgetierten Gesamtvergütung enthalten sind, werden – ab dem Quartal I/2006 – in Anlage 12 definierten Vorgängen zugeordnet. Die Übersicht wird einmal jährlich mit Stand 1. Januar von den Vertragspartnern aktualisiert. Weiterhin wird diese Übersicht zwischen den Vertragspartnern ständig angepasst und abgestimmt geführt. Die abgestimmte Übersicht wird in Papierform und in elektronischer Form unter Verwendung von Microsoft Excel-Tabellen geführt.

§ 11 Belegärzte

- (1) Stationär erbrachte vertragsärztliche Leistungen sind nur durch Belegärzte abrechenbar, soweit diese
 - vom Belegarzt oder seinem Vertreter erbracht werden,
 - von einem durch die KV Sachsen genehmigten Assistenten erbracht werden,
 - von Ärzten des Krankenhauses erbracht und durch den Belegarzt veranlasste Leistungen sind. Voraussetzung ist, dass der Krankenhausarzt in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig ist.

- (2) Die Vergütung der Leistungen der gemäß den Bestimmungen des BMV-Ä anerkannten Belegärzte richtet sich nach dem EBM in der jeweils geltenden Fassung (§ 87 SGB V) sowie nach den hierüber zwischen den Vertragspartnern getroffenen gesonderten Vereinbarungen, welche Bestandteil dieses Vertrages sind (Anlage 6).

§ 12 Abrechnung von Fremdarztfällen

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übersandten Formblätter 3A werden von der KV Sachsen in dem Formblatt 3 gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengefasst.

§ 13 Abrechnung nichtärztlicher Dialyseleistungen in entsprechend zugelassenen Einrichtungen im Freistaat Sachsen

Für die Abrechnung nichtärztlicher Leistungsanteile nach § 15 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä stellt die AOK Sachsen der KV Sachsen die gemäß § 15 Abs. 2 Anlage 9.1 BMV-Ä zwischen den jeweiligen Dialyseeinrichtungen und der AOK Sachsen festgesetzten Kostenhöhen zur Verfügung.

§ 14 Abrechnungsverfahren bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den Vertragsarzt

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (Tod, Verzug, Aufgabe der Praxis, Entzug der Zulassung oder Ermächtigung usw.) kann die KV Sachsen weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange aussetzen, bis festgestellt ist, ob Berichtigungen aus sachlich-rechnerischen Richtigstellungen oder Prüfverfahren nach der Prüfungsvereinbarung anhängig oder Schadenersatzforderungen nach den §§ 15 bis 17 dieses Gesamtvertrages angemeldet worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KV Sachsen den rechtswirksamen Abschluss der Prüfverfahren

ren oder eine etwaige Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

§ 15

Sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnung durch die KV Sachsen, Bearbeitung von Anträgen der AOK Sachsen und von Widersprüchen der Ärzte zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen.
- (2) Unbeschadet der rechnerischen und sachlichen Prüfung der Abrechnungen nach Abs. 1 kann die AOK Sachsen innerhalb von fünf Monaten nach Zugang des Viewers, des Einzelfallnachweises sowie der Versichertendaten nach § 45 Abs. 2 BMV-Ä Anträge auf sachliche und rechnerische Berichtigung bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen stellen. Die Antragstellung auf sachliche und rechnerische Berichtigung der Abrechnung kann in elektronischer Form z. B. im Format Microsoft® Excel© gemäß Anlage erfolgen. Diese Daten werden PGP verschlüsselt der KV Sachsen zur Verfügung gestellt. Für die abschließende Bearbeitung der Berichtigungsanträge ist bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen ein Zeitraum unter 5 Monaten anzustreben. Handelt es sich um Leistungen oder Kosten, die unter der Mindestgrenze von 50,00 Euro je ärztlicher Praxis und Quartal liegen, wird auf eine sachlich-rechnerische Berichtigung verzichtet.
- (3) Vor der Entscheidung der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle ist der betroffene Arzt zu hören. Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen, wird mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen und wird dem betroffenen Arzt und der AOK Sachsen zugestellt.
- (4) Der betroffene Arzt bzw. die AOK Sachsen können innerhalb eines Monats nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder zur Niederschrift bei der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle Widerspruch erheben.
- (5) Vor der Entscheidung ist der Widerspruchsgegner zu hören. Im Falle der Abhilfe gilt Abs. 3 Satz 2 entsprechend. Gegen die Abhilfeentscheidung ist Widerspruch zum Vorstand zulässig.
- (6) Wird nicht abgeholfen, entscheidet der Vorstand der KV Sachsen. Abs. 3 Satz 2 sowie Abs. 4 gelten entsprechend.
- (7) Gegen Entscheidungen des Vorstandes der KV Sachsen gemäß Abs. 4 kann von den Betroffenen innerhalb einer Frist von einem Monat Klage beim zuständigen Sozialgericht erhoben werden.

- (8) Die Geltendmachung von Berichtigungsanträgen durch die AOK Sachsen bei der KV Sachsen erfolgt für jeden Vertragsarzt gesondert und schriftlich sowie nach Quartalen getrennt.

§ 16

Feststellung von Schadenersatzansprüchen wegen falscher Kostenträgerangaben

- (1) Für alle Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen hat die KV Sachsen auf Antrag der AOK Sachsen eine Feststellung eines Schadenersatzanspruchs bei außerbudgetär vergüteten Leistungen vorzunehmen, sofern die AOK Sachsen nachweist, dass zum Zeitpunkt der Leistungserbringung keine Mitgliedschaft bestand bzw. der Patient sich nicht gegenüber dem Arzt als Mitglied der AOK Sachsen ausgewiesen hat und die übrigen Voraussetzungen des § 48 Abs. 3 BMV-Ä vorliegen.
- (2) Für innerbudgetär vergütete Leistungen entfällt die Rückerstattung.
- (3) Die Rückerstattung von außerbudgetär vergüteten Leistungen erfolgt durch die KV Sachsen.

§ 17

Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen durch Schlichtungsstellen

Zur Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen gemäß § 49 Abs. 2 BMV-Ä wird von der AOK Sachsen und KV Sachsen eine Schlichtungsstelle geschaffen. Näheres ist in Anlage 7 geregelt.

§ 18

Verlust von Abrechnungsunterlagen

- (1) Der vom Verlust betroffene Arzt erstellt die Abrechnungsunterlagen mit entsprechenden Nachweisen neu.
- (2) Ist eine erneute Erstellung der Abrechnungsunterlagen nicht möglich oder unverhältnismäßig aufwendig, wird gemäß Abs. 3 bzw. 4 verfahren.
- (3) Die KV Sachsen zahlt ersatzweise die - auf der Basis des Vorjahresquartals ermittelte und als plausibel bewertete Durchschnittsvergütung des Arztes - errechnete Vergütung unter Berücksichtigung des jeweils geltenden Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) sowie der Abrechnungsordnung (AbrO) der KV Sachsen an den betroffenen Arzt aus. Die unterzeichnende AOK Sachsen erkennt diese Vergütung an.

- (4) Bei neu zugelassenen Vertragsärzten richtet sich die Berechnung in Absatz 3 nach dem durchschnittlichen Fallwert der jeweiligen Arztgruppe und der nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle des Vertragsarztes bzw. bei Verlust auch dieser Unterlagen nach der durchschnittlichen Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe abzüglich eines Anteils von 20 %.

§ 19 Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) Das Nähere zur Vergütung der ambulanten und belegärztlichen vertragsärztlichen Leistungen durch die AOK PLUS an die KV Sachsen richtet sich im Übrigen nach den Anlagen des Gesamtvertrages.
- (2) Beträge aus rechtswirksamen Gut- oder Lastschriften werden im Kontokorrentverkehr verrechnet und sind ohne Einfluss auf die Zahlungsfrist.

§ 20 Versichertenbefragung

- (1) Soweit es sich um vertragsärztliche Versorgung bzw. um eine Behandlung durch einen Vertragsarzt handelt, darf die Befragung von Versicherten gem. § 60 Abs. 3 BMV-Ä durch die AOK Sachsen (nicht die Fälle der §§ 60 ff. SGB I, §§ 206 und 284 ff. SGB V betreffend) nur vorgenommen werden, wenn der Versicherte über seine Rechte belehrt worden ist und diese Belehrung in einer nachweisbaren Form dokumentiert wurde.
- (2) Versichertenbefragungen sind nur im Benehmen mit der KV Sachsen durchzuführen.
- (3) Die KV Sachsen kann sich an der Befragung beteiligen.
- (4) Bei der Befragung ist darauf zu achten, dass durch Form und Art der Befragung das Ansehen und der Ruf des Vertragsarztes bzw. einer Vertragsarztgruppe nicht geschädigt werden.
- (5) Eine telefonische, elektronische bzw. formularmäßige Befragung ist unzulässig.
- (6) Die KV Sachsen ist über das Ergebnis der Befragung zu unterrichten. Diese unterrichtet in geeigneter Weise die entsprechenden Vertragsärzte.

§ 21 Vergütung von Leistungen nach der Onkologievereinbarung

Die onkologischen Leistungen im Rahmen der Onkologievereinbarung werden pauschal vergütet. Die finanziellen Mittel für die Pauschalen werden nach dem tatsächlichen Leistungsaufwand von der AOK PLUS außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.“

§ 22 Datenlieferung

Zahlungen, die von der AOK PLUS neben der budgetierten Gesamtvergütung zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, beispielsweise für die Finanzierung neuer vertragsärztlicher Leistungen oder spezieller Förderungen sind gemäß § 10 dieses Vertrages mit der Rechnungslegung bis zur Ebene 6 im Formblatt 3 nachzuweisen. Sofern diese Leistungen nicht nach § 10 dieses Vertrages abgebildet werden können, sind sie in gesonderten Übersichten nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt spätestens mit der Übergabe des Rechnungsbriefes jeweils für das entsprechende Quartal.“

§ 23 Zuzahlung

Die von den Vertragsärzten einbehaltenen Zuzahlungen nach §§ 28 Abs. 4 und 32 Abs. 2 SGB V sind, unterteilt in Mitglieder, Familienangehörige und Rentner, von der KV Sachsen mit der Quartalsabrechnung bekannt zu geben. Die Zuzahlungsbeträge, die auf die AOK PLUS entfallen, werden mit der Vergütung je Quartal verrechnet.

§ 24 Kostenerstattung

- (1) Nach § 13 Abs. 2 Sätze 1 bis 3 und Sätze 7 bis 10 SGB V können Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Näheres bestimmt die Satzungsregelung der AOK PLUS.
- (2) Die von der AOK PLUS im Quartal erstatteten Kosten werden gemäß den Vergütungsgrundsätzen des Kassenarztrechts ihrem Betrag nach von der ermittelten Gesamtvergütung des entsprechenden Quartals abgezogen. Dazu werden die Leistungen gemäß EBM mit dem kassenseitigen Formblattpunktwert unter Beachtung der Zuzahlungsregelungen ermittelt. Die AOK PLUS führt gegenüber der KV Sachsen den Nachweis über die erbrachten Leistungen und die Höhe der erstatteten Kosten. Darüber hinaus übergibt die AOK PLUS der jeweiligen Bezirksstelle der KV Sachsen eine Kopie der Arztrechnung mit der Höhe des Erstattungsbetrages sowie die Bestätigung, dass die Mitglieder sowie ihre versicherten Familienangehörigen im betreffenden Zeitraum Kostenerstattung gewählt haben.

- (3) Nach erfolgter sachlich-rechnerischer Prüfung der Kostenerstattungsabrechnung durch die KV Sachsen erfolgt gemäß § 85 Abs. 2 Satz 8 SGB V die Verrechnung mit der Gesamtvergütung.

§ 25

Berechnung, Abschlagszahlungen und Restzahlungen, Spitzabrechnung der Gesamtvergütung

- (1) Die für jedes Jahr im Rahmen der Gesamtvergütung ermittelte Kopfpauschale wird für Mitglieder und Rentner gezahlt und pro Abrechnungsquartal auf der Basis der durch die AOK PLUS gemeldeten Mitglieder (M und R) der AOK PLUS entsprechend der KM 1 ermittelt. Die Meldungen der Mitgliederzahlen (Mitglieder ohne Betreute gem. § 264 Abs. 2 SGB V, Betreute gem. § 264 Abs. 2 SGB V und Gesamtsumme Mitglieder) erfolgen durch die AOK PLUS bis zum 28. des auf das Quartalsende folgenden Monats. Die zu zahlenden Vergütungen werden quartalsweise nach tatsächlichem Aufwand fällig und abzüglich der geleisteten Abschlagszahlungen mit der Restzahlung je Quartal an die KV Sachsen zur Zahlung angewiesen.
- (2) Die Höhe der monatlichen Abschlagszahlungen der AOK PLUS auf die zu zahlende Gesamtvergütung für die ärztlichen Leistungen wird auf 33 v. H. der Gesamtvergütung des zuletzt abgerechneten Quartals abzüglich der Summe der Praxisgebühr der bereichseigenen und der bereichsfremden Vertragsärzte (Formblatt 3 – Kontenart 995) des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt. Bei der Bildung der Abschläge ist die Mitgliederentwicklung auf Basis der zuletzt vorliegenden KM1-Statistik zu berücksichtigen.
- (3) Zahlungstermin der Abschlagszahlung ist der 10. Kalendertag (Wertstellung) des folgenden Monats. Der Zahlungstermin für die Restzahlung ist der 14. Kalendertag (Wertstellung - Zahlungseingang KV Sachsen) nach Erhalt des Formblatt 3-Viewers, des Einzelfallnachweises, und des Rechnungsbriefes mit den gesamten Anlagen (u. a. Manuelle Formblatteingaben, Sachkostenrechnungen, Abrechnung Kostenträger, Nichtärztliche Überwachungsleistung, Modellvorhaben inv. Kardiologie inkl. Anschreiben BH).
- (4) Nach Abschluss der Zahlungen zur Gesamtvergütung für ein Kalenderjahr ist eine Spitzabrechnung von der AOK PLUS zu erstellen und binnen 6 Wochen von der KV Sachsen zu prüfen und zu bewerten.

§ 26

Sonstige Vereinbarungen

- (1) Sofern wegen vorübergehenden Fehlens sachlicher oder struktureller Voraussetzungen Vorschriften des Vertrages nicht ihrem Wortlaut nach anwendbar sind, sind sie sinngemäß anzuwenden. Treten bei der Anwendung dieses Vertrages grundsätzliche Fragen auf, so sind die Vertragspartner aufgefordert, das Einvernehmen herzustellen und eine Neuregelung anzustreben.

- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages oder dessen Anlage(n) unwirksam sein oder werden, so berührt dies die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, die unwirksame Klausel durch eine Neuregelung zu ersetzen.
- (3) Sollten innerhalb des Vertragszeitraumes gesetzliche bzw. untergesetzliche Regelungen eingeführt werden, die dieser Vereinbarung konträr gegenüberstehen bzw. diese Vereinbarung ergänzen, vereinbaren die Vertragspartner einvernehmlich eine entsprechende Änderungsvereinbarung. Zu den Regelungen des Satzes 1 zählen u. a. Änderungen des EBM einschl. der dafür erlassenen Bundesempfehlungen und gesetzliche Regelungen, die eine Budgetbereinigung zur Folge haben und zu einer Minderung der pauschalierten Gesamtvergütung oder der Teilbudgets führen.
- (4) Die AOK ist verpflichtet, bei Abschluss von Vereinbarungen, die in das Verhältnis KV Sachsen zu ihren Mitgliedern eingreifen (z. B. Modellverträge, Verträge zur integrierten Versorgung), die KV Sachsen unverzüglich und detailliert zu informieren (z. B. über die Leistungsinhalte) und eine Anpassung in das bestehende Regelungssystem anzustreben.
- (5) Die im Anlagenverzeichnis zu diesem Vertrag benannten Anlagen sind Bestandteil des Gesamtvertrages.
- (6) Die auf der Grundlage von § 28 f Abs. 2 Satz 1, Ziffer 1 bis 6 RSAV in den Verträgen zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V mit der KV Sachsen vereinbarten Regelungen zum Datenfluss sind Bestandteil dieses Gesamtvertrages.
- (7) Die AOK Sachsen meldet der KV Sachsen quartalsweise mit der Meldung der Mitgliederzahlen die jeweilige Anzahl der Familienversicherten. Die Meldung enthält die Summe von Mitgliedern und Betreuten nach § 264 Abs. 2 SGB V sowie die jeweilige Anzahl Familienversicherten.
- (8) Die vereinbarten Punktwerte der einzelnen Förderungen und der außerbudgetären Vergütung bzw. Förderbeträge sind von der KV Sachsen in den Honorarbescheiden der Ärzte gesondert als Auszahlungspunktwerte der AOK PLUS für die entsprechenden Leistungen auszuweisen.

§ 27 In-Kraft-Treten/Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Mai 2004 in Kraft.
- (2) Der Vertrag mit allen Anlagen, Teile des Vertrages oder einzelne Anlagen können durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrages kann jedoch frühestens zum 31. Dezember 2005 erfolgen.

- (3) Die Kündigungsfristen nach Abs. 2 gelten nicht, wenn in den Anlagen dieses Vertrages Abweichendes vereinbart ist.
- (4) Bis zum Neuabschluss behält der gekündigte Gesamtvertrag seine Gültigkeit. Die Vertragspartner bekunden ihren Willen, Neuverhandlungen zum Vertrag sofort aufzunehmen.

§ 28 Schlussbestimmungen

Mit In-Kraft-Treten dieses Vertrages im Bereich der KV Sachsen wird der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene Rahmen-Gesamtvertrag vom 1. Januar 1991 einschließlich aller Anlagen und Nachträge im Freistaat Sachsen abgelöst, soweit in diesem Vertrag oder seinen Anlagen entsprechende Regelungen getroffen wurden.

Dresden, den 17. März 2008

gez. Rainer Striebel gez.

gez. Dr. med. Klaus Heckemann

AOK PLUS
- Die Gesundheitskasse.

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen

Anlagenverzeichnis

- | | |
|-----------------|---|
| Anlage 1 | Gesamtvergütung |
| <i>Anlage 2</i> | <i>Hausarztzentrierte Versorgung</i> |
| <i>Anlage 3</i> | <i>Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung</i> |
| Anlage 4 | Vereinbarung über den Druck von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung und die Lieferung an die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen im Freistaat Sachsen sowie an die Bezirksstelle der KV Sachsen |
| Anlage 5 | Sammelerklärung |
| <i>Anlage 6</i> | <i>Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)</i> |
| Anlage 7 | Schlichtungsstelle gem. § 49 Abs. 2 BMV-Ä |
| Anlage 8 | Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung von Krebskranken (Onkologievereinbarung) |
| Anlage 9 | Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung |
| Anlage 10 | Vereinbarung über die Regelung von Sprechstundenbedarf |
| Anlage 11 | Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von LDL-Elimination |
| Anlage 12 | zu § 10 Abs. 3 |

Anmerkung: Die kursiv geschriebenen Anlagen müssen noch vereinbart werden!