

Gesamtvertrag

zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

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 Berlin

(nachfolgend Ersatzkassen genannt)

einerseits

und

die Kassenärztliche Vereinigung Berlin

(nachfolgend KV Berlin genannt)

andererseits

schließen unter Bezugnahme auf § 83 SGB V folgenden Gesamtvertrag

Inhaltsverzeichnis

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

Inhaltsverzeichnis über die Anlagen und den Anhang zu diesem Gesamtvertrag

1. Honorarvertrag
2. Fuhrkosten im ärztlichen Bereitschaftsdienst
3. Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
4. Vergütungsregelung zur Impfvereinbarung
5. Abgeltung von Kosten für Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Dialysebehandlung
6. Plausibilitätsprüfung
7. Rechnungsbegründende Unterlagen (Unterbelege zum Formblatt 3/3A)
8. Diabetes-Vereinbarung

Anhang

1. Sprechstundenbedarfsvereinbarung
2. Prüfvereinbarung
3. Universitätspoliklinikverträge nach §§117,120 SGB V
4. Erste Hilfe Leistungen im Krankenhaus
5. Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von LDL-Eliminationen und Plasmapheresen

§ 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 Bundesmantelvertrages Ärzte / Ersatzkassen (EKV) in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die in diesem Vertrag für Vertragsärzte getroffenen Regelungen gelten auch für die gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und Poliklinische Institutsambulanzen der Hochschulen, soweit durch andere Regelungen nichts abweichendes festgelegt ist.
- (3) Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse (Barmer), Wuppertal
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
Hamburg-Münchener Krankenkasse (HaMü), Hamburg
Handelskrankenkasse (HKK), Bremen
Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover
Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
Gärtner Krankenkasse (GKK), Hamburg
HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe, Hamburg
Braunschweiger Kasse (BK), Hamburg*
Neptun-Ersatzkasse (N-EK), Hamburg
Buchdrucker-Krankenkasse, Hannover
Krankenkasse Eintracht (KKE), Heusenstamm
Brühler Krankenkasse, Solingen (ab 1.1.1997)

* Die Krankenkasse wird mit Wirkung zum 31.12.1996 geschlossen

- (4) Die Anlagen und der Anhang sind Bestandteile dieses Vertrages.

§ 2

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

- (1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Sprechzeiten auf seinem Praxisschild anzukündigen. Er hat an einer ausreichenden Zahl von Tagen (mindestens 4 Werk-tage) wöchentlich mindestens 15 Sprechstunden abzuhalten. Die Sprechzeiten sowie deren Veränderung hat der Vertragsarzt der KV Berlin unverzüglich be-kanntzugeben.
- (2) Die von dem Vertragsarzt auf den Namen des Versicherten ausgestellten Ver-ordnungsblätter sind grundsätzlich dem Patienten auszuhändigen; der Vertrags-

arzt darf diese Verordnungsblätter nicht selbst in Apotheken einlösen, es sei denn, wichtige Gründe liegen vor.

- (3) Besuche, die rechtzeitig verlangt werden, sollen möglichst noch am gleichen Tage ausgeführt werden. In dringenden Fällen soll der Besuch durch den Vertragsarzt sofort ausgeführt werden.

§ 3

Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen

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

§ 4

Notfallbehandlungen

- (1) Notfallbehandlungen von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten sowie Notfallbehandlungen in den Erste Hilfe Stellen der KV Berlin (Brüsseler Straße, Graefestraße, Lindenhof) werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe der E-GO vergütet. Die Vergütung der Erste Hilfe - Leistungen in Krankenhäusern richtet sich nach der getroffenen gesonderten Vereinbarung.
- (2) Erste Hilfe - Leistungen in Krankenhäusern im Land Berlin, die unmittelbar anschließend zu einer stationären Aufnahme im gleichen örtlichen Bereich eines Krankenhauses führen, sind als Erste Hilfe Leistungen nicht abrechnungsfähig.

§ 5

Abrechnung und Vergütung stationärer vertragsärztlicher Tätigkeit

- (1) Abrechnungsfähig für den Belegarzt sind die
 - von ihm oder seinem Vertreter erbrachten Leistungen,
 - von einem durch die KV Berlin genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen,
 - von einem vom Zulassungsausschuß für Ärzte gemäß § 32 Ärzte-ZV genehmigten angestellten Arzt erbrachten Leistungen,

- von ihm veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegarztpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
 - besonderen Entgelte für den vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst gem. § 31 Abs. 6 EKV.
- (2) Die Vergütung für die Leistungen der gem. § 32 EKV anerkannten Belegärzte richtet sich nach der auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vereinbarten E-GO sowie den zwischen den Vertragspartnern getroffenen gesonderten Vereinbarungen über die Vergütung zur stationären vertragsärztlichen Tätigkeit.
- (3) Stationäre Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung, auf einem Überweisungsschein abgerechnet. Das Feld "belegärztliche Behandlung" ist anzukreuzen.

§ 6

Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung

- (1) Hinzugezogene 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) nach der Regelung zur Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit 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.

- (5) Der Vertragsarzt kann dem Versicherten nur eine Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2), nicht aber einen Überweisungsschein (Muster 6) zur Behandlung im Krankenhaus zur Klärung der Erforderlichkeit, bzw. zur Vorbereitung einer vollstationären Behandlung i. S. d. § 115 a Abs.1 Nr. 1 SGB V ausstellen. Ebenso unzulässig ist die Ausstellung eines solchen Überweisungsscheines im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung, um den Behandlungserfolg i. S. d. § 115 a Abs.1 Nr. 2 SGB V zu sichern oder zu festigen. Im Falle der unzulässigen Ausstellung eines solchen Überweisungsscheines ist dessen Annahme durch einen ermächtigten Arzt im Krankenhaus unzulässig.

§ 7

Vorlage differenzierter Abrechnungen durch Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen

- (1) Sofern der Zulassungsausschuß für Ärzte Vertragsärzten, die für mehrere Gebiete zugelassen bzw. ermächtigt sind sowie fachübergreifenden 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, auf Verlangen der KV Berlin oder der Ersatzkassen für künftige Abrechnungsquartale entsprechend differenzierte Abrechnungen vorzulegen. Dies gilt auch für Gemeinschaftspraxen, in denen sich mindestens ein Hausarzt und ein Facharzt zusammengeschlossen haben.
- (2) Die vorbezeichneten Grundsätze gelten auch für Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V.

§ 8

Vertragsarztstempel

- (1) Die KV Berlin stellt jedem Vertragsarzt einen Arztstempel zur Verfügung. Die Kosten hierfür trägt die KV Berlin, für weitere Stempel der Arzt. Der Arztstempel muß folgende Angaben enthalten:
- Arztnummer
 - Name und Vorname des Arztes
 - Gebietsbezeichnung, Teilgebietsbezeichnung und Zusatzbezeichnung, mit der der Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.
 - Niederlassungsort
- (2) Der Verlust des Arztstempels ist der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarztstempel an die KV Berlin zurückzugeben.
- (3) Die Verwendung von Arztstempeln, die nicht von der KV Berlin zur Verfügung gestellt worden sind, ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unzulässig.

§ 9

Übernahme von Daten der Krankenversichertenkarte

- (1) Der Vertragsarzt ist zur Sorgfalt bei der Übernahme der Angaben der Krankenversichertenkarte verpflichtet. Ist die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversichertenkarte offensichtlich nicht gegeben, können keine Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Der Vertragsarzt sollte sich in begründeten Zweifelsfällen durch Vorlage eines amtlichen Ausweises von der Identität des Patienten überzeugen.
- (2) Wurden vertragsärztliche Leistungen erbracht, obwohl die Identität des Patienten zur vorgelegten Krankenversicherungskarte offensichtlich nicht gegeben war, besteht kein Anspruch auf Vergütung.
- (3) Ist beim Einsatz einer ordnungsgemäßen Krankenversichertenkarte das Ergebnis des EDV-gestützten Verarbeitungsvorganges mangelhaft, scheidet eine Haftung der Ersatzkasse aus. Die Beweislast für die Ordnungsgemäßheit der Krankenversicherungskarte trägt die Ersatzkasse.
- (4) Für Schäden, die bei nicht sorgfältiger manueller Übertragung der übernommenen Daten und Angaben auf den vereinbarten Vordrucken entstehen, ist der Vertragsarzt gegenüber der Ersatzkasse zum Ersatz verpflichtet. Die KV Berlin erfüllt den nachgewiesenen Ersatzanspruch durch Aufrechnung gegenüber der Honorarforderung des Vertragsarztes. Die Ersatzkasse trägt die Beweislast für die Ordnungsgemäßheit der Krankenversichertenkarte, die der manuellen Übertragung zugrunde lag.

§10

Verteilung der Vordrucke

Die gemäß § 6 Abs. 1 EKV i.R. der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke werden dem Vertragsarzt von der KV Berlin bzw. einer von ihr benannten Stelle zur Verfügung gestellt.

§ 11

Sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnungen

- (1) Die KV Berlin prüft die Abrechnung der Vertragsärzte auf rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachliche Berichtigung erstreckt sich auf die richtige Anwendung der E-GO sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Hiervon unberührt bleiben die Prüfung der Plausibilität und der Wirtschaftlichkeit.

Die Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem sie erbracht worden sind, ausgeschlossen.

- (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 fünf Monaten stellen. Die Berichtigungsanträge sind von der KV Berlin innerhalb von drei Monaten zu erledigen. Nachträglich können Berichtigungen binnen drei Monaten nach Kenntnis des Berichtigungsgrundes geltend gemacht werden, jedoch nicht länger als ein Jahr zurück.
Sind die von der KV Berlin übersandten Abrechnungsunterlagen gemäß Anlage 6 EKV unvollständig, ist die Ersatzkasse berechtigt, die Forderung der KV Berlin um die Honoraranforderung, die sich aus den betreffenden Behandlungsfällen ergibt, zu berichtigen. Die Ersatzkasse hat innerhalb von drei Wochen nach Eingang der gesamten Abrechnungsunterlagen (nach § 37 i. V. m. Anlage 6 EKV) unter Hinweis auf die betreffenden Behandlungsfälle die KV Berlin auf die Unvollständigkeit hinzuweisen.
- (3) Sachlich-rechnerische Berichtigungen von weniger als DM 50,-- pro Vertragsarzt, Ersatzkasse und Quartal werden nicht vorgenommen.
- (4) Die Geltendmachung von Berichtigungsanträgen durch die Ersatzkassen bei der KV Berlin erfolgt für jeden Vertragsarzt gesondert und nach Quartalen getrennt unter Verwendung des nachstehenden Formularsatzes:

Teil 1 (weißes Papier) -Original -

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

Teil 2 (rotes Papier)

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

Teil 3 (gelbes Papier)

dient als Unterlage für die Kontokorrentbuchung in der KV Berlin.

Teil 4 (grünes Papier)

dient zur Information der Abrechnungsabteilung in der KV Berlin.

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 KV Berlin innerhalb der in Abs. 2 genannten Fristen ein.

Die Formulare (selbstdurchschreibendes Papier) werden von der KV Berlin den Ersatzkassen ihres Bereiches kostenlos zur Verfügung gestellt.

- (5) Im Durchschreibeverfahren werden von der KV Berlin
- 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 Formulare Satz vermerkt.

Reicht der Platz hierfür nicht aus, verwendet die KV Berlin einen Fortsetzungsformulare Satz für die Abgabe der erforderlichen Begründung zur Ablehnung.

- c.) Das Ergebnis der Bearbeitung eines Antrages für einen Vertragsarzt durch die KV Berlin wird unter Aufrechnung der Gut- bzw. Lastschriften für die einzelnen Behandlungsfälle insgesamt ermittelt und im letzten Abschnitt des Formulare Satzes 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 sind der Bescheid an den Vertragsarzt sowie die Mitteilung an die Ersatzkasse von der KV Berlin gleichzeitig zu versenden.

Die Abrechnungsunterlagen sind mit der Mitteilung an die Ersatzkasse zurückzusenden. Bei Widerspruch durch den Vertragsarzt werden diese auf Anforderung durch die KV Berlin 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 KV Berlin innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der KV Berlin zu beanstanden. In diesen Fällen ist innerhalb von zwei Monaten eine Aussprache zwischen der KV Berlin und der antragstellenden Ersatzkasse mit dem Ziel der Bereinigung zu führen. Kommt eine Einigung nicht zustande, ist eine Entscheidung der AG § 50 EKV einzuholen, die für die endgültige Entscheidung der KV Berlin gegenüber dem Vertragsarzt verbindlich ist.

Der Vertragsarzt hat das Recht, gegen die Entscheidung der KV Berlin fristgemäß innerhalb eines Monats Widerspruch einzulegen. Ist nach Auffassung der KV Berlin dem Widerspruch abzuwehren, ist innerhalb von zwei Monaten ein Einigungsge-

spräch zwischen der KV Berlin 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 KV Berlin 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 KV Berlin bei Zustellung der Mitteilung an das am weitesten zurückliegende noch nicht abgeschlossene Quartal in Formblatt 3/3A verbucht.

§ 12

Erfüllung von Ersatzansprüchen

Von den Prüfungseinrichtungen oder der KV Berlin (gem. §§ 44 und 45 EKV) festgesetzte Regreß- oder Schadenersatzforderungen der Ersatzkassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen der Vertragsärzte aufgerechnet werden, wenn die Möglichkeit, durch Einlegung eines Rechtsbehelfs aufschiebende Wirkung zu erzielen, nicht mehr besteht. Soweit eine aufrechnungsfähige Honorarforderung des Vertragsarztes nicht besteht, tritt die KV Berlin die Forderung an die Ersatzkassen zur unmittelbaren Einziehung ab.

§ 13

Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

Die KV Berlin errichtet eine Schlichtungsstelle gem. § 45 EKV. Sie besteht aus Vertretern der KV Berlin und der Ersatzkassen in gleicher Zahl. Sie hat maximal vier Mitglieder. Der Vorsitz wechselt jährlich zum 1. Januar eines jeden Jahres.

§ 14

Beteiligung an den Verwaltungskosten

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

§ 15 Berechnung der Gesamtvergütung

Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird gemäß § 85 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der E-GO berechnet. Die Berechnungsart sowie die Höhe der Gesamtvergütung wird von den Vertragspartnern i. R. eines Honorarvertrages vereinbart.

§ 16 Zahlung der Gesamtvergütung

- (1) Die Abschlagszahlungen betragen für jeden Quartalsmonat jeweils 30 % der Gesamtvergütung des betreffenden Vorjahresquartals (ohne Mitgliederentwicklung). Die Zahlungen werden jeweils bis zum 5. des Folgemonats an die KV Berlin geleistet.
- (2) Unmittelbar nach Vorliegen der Mitgliederzahlen der Ersatzkassen (werden bis zum 10. Tag des zweiten Monats nach Abschluß des Abrechnungsquartals der KV Berlin mitgeteilt) für das Abrechnungsquartal wird die für dieses Quartal vereinbarte Gesamtvergütung und die Restzahlung unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen und ggf. erforderlicher Korrekturen festgestellt. Die Restzahlung ist unverzüglich an die KV Berlin zu überweisen.
- (3) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die KV Berlin werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit, ggf. auch Wirtschaftlichkeit und Feststellung eines sonstigen Schadens gem. §§ 44 und 45 EKV durchgeführt und deren Ergebnisse bestandskräftig geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der KV Berlin an den Vertragsarzt bleiben bis dahin abrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.
- (4) Bei Tod, Aufgabe der Praxis und Wegzug aus dem KV-Bereich setzt die KV Berlin weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise solange aus, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig oder Schadenersatzforderungen gem. §§ 44 und 45 EKV geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die KV Berlin den bestandskräftigen Abschluß der Prüfung oder eine bestandskräftige Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen. Bei bestandskräftiger Entziehung der Zulassung werden alle Zahlungen solange ausgesetzt, bis o.g. Feststellungen getroffen und bestehende Forderungen der Ersatzkassen befriedigt worden sind.

§ 17
Rechnungsbegründende Unterlagen
(Unterbelege zum Formblatt 3/3A)

Gemäß § 37 EKV i. V. m. § 1 der Anlage 6 zum EKV liefert die KV Berlin jeder Ersatzkasse einen Einzelfallnachweis je Arzt und je ärztlich geleiteter Einrichtung sowie das Formblatt 3/3A.

Ergänzend hierzu übermittelt die KV Berlin jeder Ersatzkasse als rechnungsbegründende Unterlage gemäß § 1 Abs. 4 der Anlage 6 zum EKV einen Unterbeleg zum Formblatt 3/3A, aus dem sich alle Abrechnungspositionen (z.B. D..-45-00, D..-67-00 und F-Positionen) der Inhaltsbeschreibung zu Formblatt 3/3A nachvollziehen lassen.

§ 18
Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 1994 in Kraft. Für den Vertragsarzt belastende Regelungen entfalten erst vom Datum der Unterzeichnung an Wirkung.
- (2) Dieser Vertrag kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderhalbjahres, frühestens jedoch zum 31.12.1997 gekündigt werden. Die Anlagen und der Anhang dieses Vertrages können mit einer Frist von drei Monaten zum Kalendervierteljahr gekündigt werden, soweit keine besonderen Fristen genannt sind. Die Kündigung hat per Einschreibebrief zu erfolgen.
- (3) Für die Anlagen und den Anhang können von den vorstehenden Regelungen abweichende Kündigungsfristen vereinbart werden.

Anlagen und Anhang

Berlin, 20.06.1997

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- Landesvertretung Berlin -

Protokollnotiz zu § 4:

Die Vertragspartner sind sich einig, in Verhandlungen über eine Modifizierung der Vergütung der Erste Hilfe Stellen (§ 4 (1)) einzutreten, wenn unter Einbeziehung der Ersatzkassen die Struktur der Erste Hilfe Versorgung in Berlin verändert wird.

Schriftwechsel zu §§ 16, 17 Gesamtvertrag

Die Ersatzkassen übermitteln die Mitgliederzahlen nach § 16 Abs. 2 des Gesamtvertrages spätestens am 10. des zweiten Monats, der auf das Abrechnungsquartal folgt. Die Restzahlung nach § 16 Abs. 2 leisten die Ersatzkassen in zwei Schritten:

- (1) Unmittelbar nach Vorliegen der Mitgliederzahlen wird die vorläufige Restzahlung für das betreffende Abrechnungsquartal festgestellt.

Die vorläufige Restzahlung beinhaltet alle budgetierten Leistungen und nichtbudgetierten Leistungen bereichseigener Ärzte unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen, der Mitgliederentwicklung und der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung.

Die vorläufige Restzahlung wird unverzüglich nach Übermittlung der Behandlungsscheine einschließlich der Einzelnachweise sowie Rechnungszusammenstellungen von den Ersatzkassen an die KV Berlin überwiesen.

- (2) Die endgültige Restzahlung der Ersatzkassen für das Abrechnungsquartal wird nach Vorlage des Gesamtformblatts 3/3A mit der Bezeichnung EKA 400 L 4 (bereichseigene Ärzte), EKA 400 L 5 (bereichsfremde Ärzte) und EKA 400 L 6 (bereichseigene und bereichsfremde Ärzte) fällig.

Ist zum Zeitpunkt der Rechnungslegung keine Vergütungsvereinbarung für den betreffenden Zeitraum vereinbart, verständigen sich die Vertragspartner über die vorläufigen Anpassungsparameter.

Können sich die Vertragspartner nicht über die vorläufigen Anpassungsparameter einigen, gelten die Regelungen der letzt gültigen Vergütungsvereinbarung fort.