

Gesamtvertrag

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

vertreten durch die 1. Vorsitzende
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „KVT“ genannt)

und der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen

vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Vorsitzenden des Vorstandes
Herrn Rainer Striebel,

– handelnd als Landesverband der Ortskrankenkassen in Thüringen –

Lesefassung vom 01.10.2023 inkl.

1. Nachtrag vom 20.07.2020, in Kraft getreten am 01.07.2020,
2. Nachtrag vom 25.07.2023, in Kraft getreten am 01.08.2023

§ 1

Zweck und Geltungsbereich des Vertrages

- 1) Dieser Vertrag regelt gemäß § 83 SGB V die vertragsärztliche Versorgung von Versicherten (mit Wohnort im Bereich der KVT) der Ortskrankenkassen (nachfolgend AOKn genannt), soweit gesetzlich oder vertraglich vorgesehen sowie die Gesamtvergütung gemäß §§ 85 und 87a ff. SGB V.
- 2) Die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen gelten für alle im Bereich der KVT an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Psychotherapeuten und Fachwissenschaftler der Medizin. Diese sind nachfolgend unter der einheitlichen Bezeichnung „Ärzte“ zusammengefasst. Diese Bezeichnung umfasst jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.
- 3) Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist in seiner jeweils gültigen Fassung (gemäß § 82 Abs. 1 SGB V) allgemeiner Inhalt und Bestandteil dieses Vertrages.
- 4) Die im Anlagenverzeichnis aufgeführten Vereinbarungen sind Bestandteil des Vertrages. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern um weitere Anlagen ergänzt oder gekürzt werden.

§ 2

Vertragsärztliche Versorgung

- 1) Art und Umfang der von der KVT sicherzustellenden vertragsärztlichen Versorgung richten sich nach den Vorschriften des SGB V und sonstigen im Vertragsarztrecht geltenden Bestimmungen.
- 2) Weitere Leistungen gehören zur vertragsärztlichen Versorgung, soweit dies im vorliegenden Vertrag und in seinen Anlagen geregelt ist.

§ 3

Bewertung und Vergütung der Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

- 1) Die Bewertung und Vergütung der im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen erfolgt auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung sowie aus den Regelungen dieses Vertrages und seinen Anlagen.
- 2) Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt sind, können nicht abgerechnet werden, es sei denn, dass zwischen den Vertragspartnern eine Vereinbarung über die Vergütung solcher Leistungen zusätzlich bzw. ergänzend zu diesem Vertrag abgeschlossen wurde.

§ 4

Notfallbehandlungen durch Nichtvertragsärzte

- 1) Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte sowie Notfallbehandlungen in Krankenhäusern werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen nach Maßgabe des EBM in der jeweils gültigen Fassung vergütet.
- 2) Ambulante Notfalleleistungen der Krankenhäuser sind nicht berechnungsfähig, wenn sich die Notwendigkeit der stationären Aufnahme ergibt und diese am gleichen Tag oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der ambulanten Notfalleistung erfolgt.

§ 5

Abrechnung und Vergütung stationärer vertragsärztlicher Tätigkeit

- 1) Für die Leistungen der gemäß § 40 BMV-Ä anerkannten Belegärzte gelten der EBM und die vereinbarten Sonderregelungen gemäß der Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen (**Anlage 1** - nachfolgend „Honorarvertrag“ genannt) sowie die Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (**Anlage 2** - belegärztliche Behandlung) in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- 2) Eine Abrechnung nach Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn zwischen dem Belegarzt und dem Krankenhaus ein Honorarvertrag nach § 121 Abs. 5 SGB V geschlossen wurde.

§ 6

Abrechnung und Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit stationärer Behandlung

- 1) Wird bei einem Versicherten eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V oder eine ambulante Operation nach § 115b Abs. 2 SGB V durchgeführt, können solche Leistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte/ermächtigte Institutsambulanzen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.
- 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 gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung. 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 gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä bei belegärztlichen Leistungen, gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntG bei Dialysen sowie gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 3 BMV-Ä bei ärztlichen Leistungen, die während einer ambulanten Vorsorgeleistung oder stationären Rehabilitation durchgeführt werden und nicht mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang stehen.
- 4) Leistungen 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.

§ 7

Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen

- 1) Soweit im BMV-Ä bzw. in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen Qualifikationsvoraussetzungen gefordert werden, ist dieser Nachweis vor Abrechnung entsprechender Leistungen gegenüber der KVT zu führen. Das Gleiche gilt für Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen gemäß §§ 135 und 135a SGB V und sonstige für die vertragsärztliche Versorgung verbindlichen Bestimmungen.
- 2) § 11 Abs. 5 BMV-Ä gilt entsprechend. Die Lieferung erfolgt an die AOK PLUS in maschinenlesbarer Form.

§ 8 Vertragsarztstempel

- 1) Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und andere ermächtigte Personen sind für die ordnungsgemäße Herstellung, Verwendung, Aufbewahrung und Vernichtung ihrer Vertragsarztstempel verantwortlich. Näheres zu den Vertragsarztstempeln gemäß § 37 BMV-Ä regelt die von der KVT erlassene Stempelordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung. Eine Beteiligung der AOK PLUS an den Kosten für die Vertragsarztstempel ist ausgeschlossen.

§ 9 Verteilung/Kosten der Vordrucke

- 1) Die Bestellung und Verteilung der gemäß § 34 BMV-Ä im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke an die Vertragsärzte übernimmt die KVT nach der „Vereinbarung über den Druck und die Belieferung von Vordrucken und Sicherheitspapieren für die vertragsärztliche Versorgung (Vordruckliefervereinbarung Thüringen)“. Die Belieferung der Vertragsärzte mit Muster 16 ist in der „Vereinbarung über die Lieferung codierter Arzneiverordnungsblätter“ geregelt.
- 2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen. Ebenso werden die Kosten für den Versand und die Verpackung durch die Krankenkassen getragen. Das Nähere regelt die Vereinbarung zur Bestellorganisation sowie der Finanzierung der Kosten für Versand und Verpackung von Vordrucken in Thüringen vom 21.06.2019. Die Kosten der Konfektionierung trägt die KV.

§ 10 Zusammensetzung der Schlichtungsstelle

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

§ 11 Erfüllung und Durchsetzung von Ansprüchen gemäß §§ 47 – 49 BMV-Ä und aus der Sprechstundenbedarfsvereinbarung

- 1) Die Durchsetzung von Ansprüchen gemäß §§ 47 - 49 BMV-Ä und aus der Sprechstundenbedarfsvereinbarung erfolgt grundsätzlich durch die KVT nach Übermittlung der dafür notwendigen Daten. Dies gilt nicht im Falle der Beauftragung der Prüfungseinrichtungen durch die AOKn bei „Einbezogenen Ärzten und Einrichtungen“ gemäß dem Geltungsbereich der Prüfvereinbarung.
- 2) Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich durch die KVT zu prüfen, ob bei den Prüfungseinrichtungen und/oder den Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind aus denen sich Ansprüche ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderung bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
- 3) Im Falle der Festsetzung eines Richtgrößenregresses für Verordnungszeiträume bis 31.12.2016 gemäß § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung finden die Regelungen des § 106 Abs. 5c SGB V, in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung Anwendung. Die Verringerung der Gesamtvergütung gemäß § 106 Abs. 5c Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfolgt durch die KVT über das Formblatt 3 gemäß

Formblatt-3-Richtlinie, sobald der Regressbetrag bestandskräftig bzw. vorläufig durchsetzbar ist.

- 4) Von der Prüfungseinrichtung oder der KVT gemäß §§ 47 – 49 BMV-Ä und nach den Regelungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung festgesetzte Regress- oder Schadenersatzforderungen der AOKn, ausgenommen Richtgrößenregresse nach Abs. 3, werden seitens der KVT gegen fällige Honorarforderungen des Arztes aufgerechnet. Es gilt § 6 Abs. 4 der Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V für die statistischen Prüfungen nach § 106b SGB V. Im Übrigen gelten die Regelungen des BMV-Ä.
- 5) Die Verrechnung der Beträge aus den Ansprüchen der AOKn erfolgt durch die KVT über das nächstmögliche Formblatt 3 gemäß Formblatt 3-Beschreibung.
- 6) Soweit eine Aufrechnung mit Honoraransprüchen des Arztes nicht (vollumfänglich) möglich ist, hat die KVT die betreffenden AOKn unverzüglich insbesondere über Folgendes zu informieren:
 - über die Gründe einer nicht möglichen Aufrechnung gegen die Honoraransprüche,
 - ein Insolvenzverfahren, soweit es der KVT bekannt ist,
 - über das Vorliegen eines vollstreckbaren Titels, soweit es der KVT bekannt ist,
 - über die zuletzt bekannte Wohn- und Geschäftsanschrift des Arztes sowie
 - über die Höhe des Gesamtbetrages und den jeweils zugehörigen Teilbetrag für die einzelne AOK.
- 7) Die KVT hat im Falle von Insolvenzverfahren die ihr bekannten Ansprüche anzumelden und alles Erforderliche zu veranlassen.
- 8) Die AOK PLUS erhält quartalsweise einen Statusbericht über die zum Zeitpunkt offenen Regressbeträge aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen, unterteilt in Gesamtregressbetrag und Regressbetrag je Krankenkasse. Die Regressbeträge aus kassenindividuellen Prüfanträgen werden direkt an die entsprechenden AOKn übermittelt.
- 9) Zur Vollstreckung von Entscheidungen der Prüfungsgremien nach § 106 SGB V wird im Übrigen auf die jeweils gültige Prüfvereinbarung verwiesen.

§ 12

Abrechnungsverkehr zwischen der KVT und den AOKn

- 1) Die Rechnungslegung erfolgt gemäß § 295 SGB V sowie der Anlage 6 BMV-Ä (Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern). Im Übrigen gelten die Regelungen des Honorarvertrages.
- 2) Gemäß § 55 BMV-Ä i. V. m. Anlage 6 des BMV-Ä liefert die KVT jeder AOK folgende rechnungsbegründende Unterlagen:
 - Rechnungsbrief,
 - Einzelfallnachweis (EFN),
 - Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme gemäß § 1 Abs. 3a der Anlage 6 des BMV-Ä,
 - Formblatt 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und fremde Ärzte,
 - Übersicht über manuelle Formblatt 3-Korrekturen inklusive Anlagen.

Der Rechnungsbrief sowie die Übersicht über manuelle Formblatt 3-Korrekturen inkl. Anlagen sollen grundsätzlich in Papierform geliefert werden.

Die Einzelfallnachweise, die Daten zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme und das Formblatt 3 für bereichseigene Ärzte, bereichsfremde Ärzte sowie bereichseigene und -fremde Ärzte werden über den Datenträgeraustausch übermittelt.

- 3) Alle außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erbrachten Leistungen (eGV-Leistungen) einschließlich der GOP aus regionalen Sonderverträgen werden im Formblatt 3 unter Beachtung des Kontenrahmens und etwaiger verbindlicher Vorgaben des Bewertungsausschusses bis zur Ebene 6 ausgewiesen.
- 4) Die Ermittlung und Abstimmung der Gesamtvergütung regeln die KVT und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Honorarvertrag.
- 5) Die abgestimmten Werte zur Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der MGV je AOK werden jeder AOK in Form der Anlage des Honorarvertrages als Anlage zu den einzelnen Rechnungsbriefen (z. B. Abforderung der Abschlagszahlungen, quartalsbezogene Endabrechnung) beigelegt.
- 6) Können die Leistungen eines Arztes trotz eigener Bemühungen mangels Unterlagen aus Gründen, die weder dieser noch die KVT zu vertreten haben (z. B. Brand, Diebstahl oder sonstige Einwirkungen), nicht nachgewiesen werden, werden die Vertragspartner die Höhe der Vergütung im Wege der Schätzung festlegen. Soweit die Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen berechnet wird, führt die KVT diese Aufgabe in eigener Verantwortung durch. Die AOK PLUS wird von der KVT zeitnah über Hintergründe und Umstände der Schätzung informiert.
- 7) Die Unterschrift des abrechnenden Arztes auf dem einzelnen Abrechnungsschein kann entfallen, wenn er stattdessen eine Sammelerklärung abgibt. Der Wortlaut der Sammelerklärung wird von der KVT im Benehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgelegt.
- 8) Für die Bearbeitung der vom Arzt eingereichten Abrechnungsunterlagen gelten die Ordnungsvorschriften, die in den Abrechnungsrichtlinien der KVT geregelt sind.

§ 13

Zahlung der Gesamtvergütung

- 1) Die AOKn zahlen der KVT mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung (gemäß § 87a Abs. 3 SGB V).
- 2) Die Regelungen zur Zahlung der Abschlagszahlungen und quartalsbezogenen Endabrechnung sind im Honorarvertrag festgelegt.

Ergänzend dazu wird festgelegt, dass - sollte zum Zeitpunkt der quartalsbezogenen Endabrechnung kein gültiger Honorarvertrag für das betreffende Kalenderjahr vorliegen - eine vorläufige Abrechnung auf Basis des zuletzt abgeschlossenen Honorarvertrages zu erstellen ist. In diesem Fall ist eine endgültige Abrechnung (Neuerstellung des Rechnungsbriefes inklusive Darstellung der MGV- und eGV-Veränderung als Anlage) nach Abschluss des entsprechenden Honorarvertrages zu erstellen.

- 3) Bei Überschreitung der vertraglich festgelegten Zahlungsfristen um mehr als 10 Arbeitstage (Montag bis Freitag) ist die KVT berechtigt, bei Anlagen zum Gesamtvertrag, die über das Formblatt 3 abgerechnet werden, Verzugszinsen in Höhe von 3,9 Prozentpunkten über dem

jeweiligen Basiszinssatz geltend zu machen. Im Falle des Zurückbehaltungsrechts gilt § 54 Abs. 3 BMV-Ä.

- 4) Sofern sich bei der Prüfung der Rechnungen zu Abschlagszahlungen und der quartalsbezogenen Endabrechnung Unplausibilitäten ergeben, können Kürzungen durch die jeweilige AOK nur nach Information der KVT vorgenommen werden. Nach Klärung erfolgt der Ausgleich innerhalb von 10 Arbeitstagen durch die betreffende AOK. Die Regelungen des Abs. 3 Satz 1 finden keine Anwendung.

§ 14

Sachlich-rechnerische Prüfung der Leistungen/Plausibilitätskontrollen

- 1) Die KVT prüft die Abrechnung der Ärzte auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen werden berichtigt. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung erstreckt sich auf die richtige Anwendung des EBM sowie sonstiger vertraglicher Abrechnungsbestimmungen. Das Nähere dazu regelt die Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung gemäß § 106d Abs. 5 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (**Anlage 6**).
- 2) Unbeschadet der sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung nach Abs. 1 kann die jeweilige AOK nach § 106d Abs. 3 und Abs. 4 Satz 1 SGB V unterrichten bzw. Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung bei der KVT stellen. Das Nähere hierzu regelt die Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung gemäß § 106d Abs. 5 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

§ 15

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

§ 16

Inkrafttreten und Kündigung

- 1) Der Gesamtvertrag tritt mit Wirkung zum 01.01.2018 in Kraft, ersetzt den bisher geltenden Gesamtvertrag der AOKn vom 17.09.1993 in der Fassung vom 25.03.1999 einschließlich der vereinbarten Nachträge und Protokollnotizen und wird entsprechend den jeweils notwendigen Änderungen in der aktuellen Fassung fortgeschrieben.
- 2) Der Gesamtvertrag kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, soweit nicht in diesem Vertrag im Einzelfall etwas anderes vereinbart ist. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Die Kündigung des Gesamtvertrages berührt nicht dessen Anlagen. Diese gelten in ihrer jeweiligen Fassung weiter fort. Bei Änderung oder Kündigung einzelner Anlagen bleibt der Gesamtvertrag hiervon unberührt. Sofern in den einzelnen Anlagen nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die Kündigungsfristen des Gesamtvertrages entsprechend.
- 3) Die KVT und die AOK PLUS verständigen sich darauf, dass mit der Neufassung des Gesamtvertrages die nachfolgend aufgeführten bisherigen Anlagen zum Gesamtvertrag

- Anlage 6 Vereinbarung zur Schulung von Typ-II-Diabetikern in der Arztpraxis
- Anlage 7 Ergänzende Regelungen zur Berechnung der Gesamtvergütung
- Anlage 8 Plausibilitätskontrollen
- Anlage 9 Sammelerklärung
- Anlage 10 Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der Durchführung von LDL-Eliminationen und Plasmapheresen
- Anlage 11 Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten
- Anlage 12 Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)

aufgrund bereits anderweitig erfolgter Regelungen keiner weiteren Umsetzung bedürfen und daher zum 31.12.2017 aufgehoben und nicht weitergeführt werden.

Weimar, Dresden, den 17.11.2017

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS