

## RAHMENVERTRAG

---

Die **KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts,  
Frankfurt am Main  
- vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstands -  
(im folgenden KV Hessen genannt)

und

der **HESSISCHE STÄDTETAG**  
Wiesbaden

sowie

der **HESSISCHE LANDKREISTAG**  
Wiesbaden

schließen folgenden

## RAHMENVERTRAG

über die ambulante ärztliche Versorgung der Hilfeberechtigten  
nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und den Anspruchsberechtigten  
auf Krankenversorgung nach § 276 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG).

§ 1

Sicherstellungsauftrag

1. Die KV Hessen übernimmt die ärztliche Versorgung der Hilfeempfänger nach dem BSHG und für die Unterhaltshilfeempfänger, die Krankenversorgung nach § 276 LAG erhalten (im folgenden zusammenfassend "Berechtigte" genannt). Sie überträgt die Durchführung des Vertrages ihren Bezirksstellen.

§ 2

Umfang der ärztlichen Leistungen

1. Die ärztlichen Leistungen werden in gleichem Umfang gewährt, wie sie nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung nach Maßgabe der jeweiligen Satzung den Versicherten der Ortskrankenkasse, die für den Bereich des Niederlassungsortes des behandelnden Vertragsarztes zuständig ist, zustehen.
2. Die zuständige Bezirksstelle der KV Hessen führt die Überprüfung der Behandlungs- und Ordnungsweise nach den im Bereich der KV Hessen geltenden Bestimmungen für die Erbringung, Abrechnung und Prüfung kassenärztlicher Leistungen, insbesondere der Vorschriften über die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten im Sinne von § 368 e RVO und deren Überwachung durch die Prüfungsinstanzen durch.

§ 3

Behandlungsberechtigte Ärzte

1. Behandlungsberechtigt im Sinne dieses Vertrages sind alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (§ 368 a Abs. 1 RVO), bzw. diejenigen, die den Vertrag durch die Entgegennahme des Behandlungsausweises als für sich verbindlich anerkennen (nachfolgend Vertragsärzte genannt).

2. Für die Rechte und Pflichten der Ärzte gelten die Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend.
3. Unter diesen Vertrag fällt auch die ärztliche Versorgung eines Berechtigten, wenn er in der allgemeinen Pflegeklasse der Belegabteilung eines Krankenhauses zur stationären Behandlung aufgenommen ist und wenn die Tätigkeit des behandelnden Vertragsarztes in dieser Belegabteilung für die RVO-Kassenpraxis nach den dafür geltenden Grundsätzen anerkannt ist.

#### § 4

##### Freie Arztwahl

1. Unter den in § 3 Abs. 1 bezeichneten Ärzten haben die Berechtigten freie Wahl (§ 37 Abs. 3 BSHG).
2. Die Berechtigten sollen zur Behandlung in ihrer Wohnung grundsätzlich nur einen der nächst erreichbaren Vertragsärzte in Anspruch nehmen.
3. Ein Wechsel des behandelnden Vertragsarztes ist dem Berechtigten während des Kalendervierteljahres nicht gestattet. Ausnahmen sind beim örtlichen Träger zu beantragen.

#### § 5

##### Behandlungsausweis

1. Der Berechtigte hat vor Beginn der Behandlung dem behandelnden Arzt einen vom zuständigen Kostenträger gem. § 6 dieses Vertrages ausgestellten bzw. ausgegebenen Behandlungsausweis vorzulegen. In jedem Fall übernimmt derjenige Kostenträger die Behandlungskosten, der den Behandlungsausweis ausgestellt bzw. ausgegeben hat, auch wenn die Behandlung außerhalb seines Zuständigkeitsbereiches stattgefunden hat. Bei dringender Inanspruchnahme eines in § 3 Abs. 1 genannten Vertragsarztes durch einen Berechtigten ohne Behandlungsausweis ist letzterer verpflichtet, den Behandlungsausweis

binnen 10 Tagen dem behandelnden Arzt vorzulegen. Der zuständige Kostenträger wird den behandelnden Arzt bei der Einziehung der nicht beigebrachten Behandlungsausweise unterstützen, falls erforderlich durch unmittelbare Übersendung eines Behandlungsausweises. Bei Nichtvorliegen des Behandlungsausweises sollen die Verordnungen auf Privatrezept ohne Angabe des Kostenträgers mit dem Vermerk "mangels Krankenscheines" erfolgen. Die Kosten für die auf Privatrezept ausgeschriebenen Verordnungen dürfen vom zuständigen Kostenträger nur übernommen werden, wenn das Privatrezept den vorgenannten Vermerk trägt.

2. Berechtigte mit Anspruch auf Mutterschaftsvorsorgeleistungen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten weisen diesen durch Vorlage eines Mutterschaftsvorsorgescheines bzw. Berechtigungsscheins für Früherkennungsmaßnahmen nach.
3. Die Gültigkeit des Behandlungsausweises ist bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres befristet, sofern der Behandlungsausweis keine kürzere Gültigkeitsdauer ausweist. Für jedes weitere Quartal ist ein neuer Behandlungsausweis vorzulegen. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die Behandlung und die Vorsorge- oder Früherkennungsmaßnahmen auf Rechnung des zuständigen Kostenträgers einzustellen, wenn ihm im Laufe der Behandlung oder Untersuchung vom zuständigen Kostenträger schriftlich mitgeteilt wird, daß der Berechtigte einen anderen gesetzlichen Anspruch auf Krankenhilfe hat.
4. Für Überweisungen gelten die gleichen Bestimmungen, wie sie mit den RVO-Kassen im einzelnen vereinbart sind.

## § 6

### Vordrucke

1. Form und Gestaltung des Behandlungsausweises, der Vorsorge- und der Berechtigungsscheine richten sich nach den als Anlage beigefügten Mustern. Für die übrigen zur Durchführung dieses Vertrags notwendigen Vordrucke gilt die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundes-

verbänden der RVO-Krankenkassen gem. § 31 Bundesmantelvertrag-Ärzte geschlossene Vereinbarung über Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung (Vordruck-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung. Notwendige Abweichungen können zwischen den Vertragsparteien landeseinheitlich vereinbart werden. Die Kosten für die Vordrucke übernimmt der örtliche Träger.

2. Die Behandlungsausweise sind seitens des örtlichen Trägers auf dem mit diesem Vertrag vereinbarten Vordruck vollständig auszufüllen. Im Falle von Überweisungen oder bei der Ausstellung von Verordnungen hat der Vertragsarzt alle Angaben aus dem Behandlungsausweis auf die vereinbarten Vordrucke zu übertragen. Soweit die vereinbarten Vordrucke nicht vollständig oder unrichtig ausgefüllt worden sind, können Ersatzansprüche entstehen.

## § 7

### Häusliche Krankenpflege

Anwendbar ist die zwischen der KV Hessen und den Trägern von Sozial- und Krankenpflegestationen bzw. deren Verbänden geschlossene Vereinbarung über die Einleitung und Durchführung der häuslichen Krankenpflege vom 26. November 1983.

## § 8

### Vergütung

Die Berechnung und Vergütung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten ärztlichen Leistungen richtet sich unter Anwendung des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) nach dem zwischen der KV Hessen und dem AOK-Landesverband Hessen gem. § 368 g RVO abgeschlossenen Gesamtvertrag in der jeweils gültigen Fassung.

§ 9

Abrechnung/Rechnungslegung und Zahlung der Vergütung

1. Die zuständige Bezirksstelle der KV Hessen übersendet nach Fertigstellung ihrer Abrechnung dem zuständigen Kostenträger eine Sammelrechnung über die anerkannten Forderungen der behandelnden Ärzte unter Angabe des Namens, der Fälle und der Rechnungssumme für jeden Arzt und fügt die Abrechnungsunterlagen (Behandlungsausweise, Leistungsnachweise usw.) bei.
2. Der zuständige Kostenträger leistet monatliche Vorauszahlungen in Höhe von 30 % der für das zuletzt abgerechnete Abrechnungsvierteljahr bezahlten Gesamtrechnung, und zwar bis zum 10. des Monats an die von der zuständigen Bezirksstelle bezeichnete Stelle. Der zuständige Kostenträger zahlt die Restforderung spätestens 20 Tage nach Erhalt der Rechnung. Eine sich ergebende Überzahlung ist auf die nächste Vorauszahlung anzurechnen.
3. Anträge auf rechnerische oder sachliche Richtigstellung können nach Maßgabe des § 13 des Gesamtvertrages zwischen dem AOK Landesverband Hessen und der KV Hessen auf vereinbartem Vordruck gestellt werden; insoweit gilt eine Geringfügigkeitsgrenze von DM 50,— pro Fall.

§ 10

Beitritt der einzelnen Kostenträger

Die einzelnen Kostenträger treten diesem Rahmenvertrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Hessischen Städtetag bzw. dem Hessischen Landkreistag rechtsverbindlich bei, wobei die Vertragspartner davon ausgehen, daß alle Träger der Sozialhilfe nach dem BSHG und der Unterhaltshilfe nach dem LAG ihren Beitritt erklären werden. Die früher geltenden Einzelverträge mit der KV Hessen werden dadurch ersetzt. Die KV Hessen erhält hiervon jeweils Nachricht.

§ 11

Regelung von Streitigkeiten

Meinungsverschiedenheiten, die sich aus der Durchführung dieser Vereinbarung ergeben und zwischen dem örtlichen Sozialhilfeträger und der zuständigen Bezirksstelle der KV Hessen nicht geklärt werden können, werden auf Einladung der KV Hessen zwischen den Vertragsparteien in einem Einigungsgespräch, zu dem je ein Vertreter der streitbefangenen Parteien hinzuzuziehen ist, geregelt.

§ 12

Inkrafttreten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1988 an die Stelle der Rahmenvereinbarung vom 17. Dezember 1955 / 10./17. Januar 1956. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Jahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Frankfurt am Main, Wiesbaden, den 23. Januar 1988

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

DER HESSISCHE STÄDTETAG



*[Handwritten signature of Dr. Bausch]*

( Dr. Bausch )  
2. Vorsitzender



*[Handwritten signature of Claus Demke]*

(Claus Demke)  
Geschäftsführender Direktor

DER HESSISCHE LANDKREISTAG



*[Handwritten signature of Lutz Bauer]*

( Lutz Bauer )  
Stellvertretender Direktor

Stadt  
Der Magistrat/

Tel.:

# MUSTER 40801

Nr. des Kostenträgers:

Krankenschein für kassenärztliche Behandlung

Gültig für  
Quartal

Befristet  
bis

Börsenkasse

der KV Hessen  
Nr. der Abrechnungsstelle

Kostenstelle: /

Bei Überweisungen und Verordnungen bitte unbedingt die obigen Angaben zur Kostenstelle vollständig übertragen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnung: Of, \_\_\_\_\_

Name, Vorname und Geburtsdatum des Angehörigen:

### Zur Beachtung:

1. Keine Rezeptgebühr
2. Es gelten die für die zuständige Ortskrankenkasse geltenden Bestimmungen sowie die entsprechenden Vergütungssätze (BMÄ).
3. Keine Verwendung dieses Scheines bei Unfällen im Kindergarten, in der Schule und in der Universität.
4. Falls die Krankheit durch einen Unfall verursacht wurde, bitten wir den Patienten um sofortige Meldung.
5. Je Kalendervierteljahr darf nur 1 Krankenschein verwendet werden.

, den

Unterschrift des Patienten

Vordarseite

