

## BEKANNTMACHUNGEN

DM gezahlt. Mit diesem Honorar sind die eingehende Erstuntersuchung des Anspruchsberechtigten einschl. der Aufstellung des Kurplanes, die badeärztliche Leitung und Überwachung der Kur mit den laufenden Untersuchungen einschl. der für die PBeaKK erforderlichen Bescheinigungen und der am Schluß der Kur zu erstellende Kurbericht (Schlußbericht) abgegolten.

2. Für die badeärztliche Tätigkeit bei einer weniger als 4 Wochen dauernden Kur reduziert sich das Honorar nach Abs. 1 um 15,40 DM für jede fehlende volle Woche.

3. Dauert die Kur länger als 4 Wochen, erhöht sich das Honorar nach Abs. 1 für jede weitere volle Woche um 15,40 DM. Dies gilt jedoch nur dann, wenn der Vertragsbadearzt vom Patienten in dieser Woche noch in Anspruch genommen wird und die Verlängerung der Kur von der PBeaKK ausdrücklich genehmigt ist.

4. Beschränkt sich die Tätigkeit des Vertragsbadearztes auf die eingehende Erstuntersuchung und die Aufstellung des Kurplanes, so erhält er ein Honorar in Höhe von 32,10 DM.

5. Über den Umfang der in Abs. 1 bis 4 genannten Leistungen hinaus dürfen nur solche badeärztlichen Verrichtungen, die zur ordnungsgemäßen Durchführung der Kur unbedingt erforderlich sind, als Sonderleistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ mit einem Punktwert von 12,11 Pf. berechnet werden. Die Vergütung für Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen erfolgt nach den §§ 7 bis 9 bzw. 10 der GOÄ.

Neben dem Pauschalhonorar nach den Abs. 1 bis 4 dürfen nicht besonders berechnet werden alle der Diagnostik dienenden Leistungen, die in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ mit einer Punktzahl von 70 und weniger bewertet sind; nicht berechnet werden dürfen ferner die GOÄ-Nummern 800 bis 801.

6. Ändert sich das festgelegte Pauschalhonorar während der Dauer der Kur, so wird der zum Zeitpunkt der eingehenden Erstuntersuchung geltende Betrag vergütet.

### § 9

1. Der ausgefüllte Badearztschein einschl. der Abrechnung auf der Rückseite ist vom Vertragsbadearzt nach Abschluß der Heilkur (Badekur) möglichst umgehend an die auf diesem Schein angegebene Bezirksstelle der PBeaKK zu übersenden.

2. Der Vertragsbadearzt darf vom Anspruchsberechtigten keine Zuzahlung zu den nach diesem Vertrag abgegoltenen Leistungen verlangen.

### § 10

1. Das Honorar ist dem Vertragsbadearzt von der PBeaKK innerhalb einer Frist von

21 Tagen nach Eingang der Abrechnung zu überweisen.

2. Die Zahlungsfrist nach Abs. 1 gilt nicht, wenn die PBeaKK einen Prüfungsantrag nach § 12 stellt.

### § 11

1. Die badeärztliche Tätigkeit nach diesem Vertrag einschließlich der Verordnungen wird durch Prüfungseinrichtungen (Prüfungsausschuß und Beschwerdeausschuß) überwacht, die auf Antrag der PBeaKK tätig werden.

2. Die Prüfungseinrichtungen entscheiden darüber, ob die badeärztliche Behandlungs- und/oder Ordnungsweise im einzelnen oder insgesamt den vertraglichen Bestimmungen entspricht, insbesondere ob sie dem Erfordernis der Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit genügt.

3. Mit der Durchführung der Prüfung wird eine KV beauftragt.

4. Der Prüfungsausschuß und der Beschwerdeausschuß bestehen jeweils aus 3 Mitgliedern, von denen mindestens je 2 Badeärzte sein sollen.

### § 12

1. Der Prüfungsantrag der PBeaKK ist innerhalb einer Frist von 8 Wochen nach Eingang der Abrechnung des Vertragsbadearztes zu stellen. Dem Prüfungsantrag sind die Abrechnung und ggf. die Verordnung(en) des betreffenden Vertragsbadearztes beizufügen. Für jeden Prüfungsantrag zahlt die PBeaKK einen Betrag in Höhe von 30,- DM an die mit der Prüfung beauftragte KV.

2. Der Prüfungsausschuß ist berechtigt, die Abrechnung des Vertragsbadearztes zu berichtigen und bei Verstoß gegen die Wirtschaftlichkeit in der Ordnungsweise Erstattungsbeträge festzusetzen.

3. Die Entscheidung des Prüfungsausschusses soll möglichst binnen 4 Wochen nach Eingang des Prüfungsantrages erfolgen. Sie ist sowohl dem Antragsteller als auch dem betroffenen Vertragsbadearzt schriftlich mitzuteilen. Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses ist innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zugang der Einspruch beim Beschwerdeausschuß statthaft.

4. Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses soll möglichst innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Eingang des Einspruchs ergehen. Dem betroffenen Vertragsbadearzt und der PBeaKK kann auch in einer mündlichen Verhandlung die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden.

5. Von den Prüfungseinrichtungen festgesetzte Erstattungsbeträge sind vom Vertragsbadearzt nach Rechtswirksamkeit der Entscheidung an die PBeaKK zu zahlen.

### § 13

1. Dieser Vertrag tritt am 1. Okt. 1983 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum 30. Juni oder 31. Dez. gekündigt werden, frühestens jedoch zum 30. Sept. 1984.

2. Der Vertrag zwischen der KBV und der PBeaKK vom 10. Juni 1965 läuft mit Ablauf des 30. Sept. 1983 aus.

### § 14

Vertragsbadeärzte, die an dem bisherigen Vertrag beteiligt waren, werden Vertragsbadeärzte im Sinne dieses Vertrages.



**Zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln, wird folgender Vertrag geschlossen:**

### § 1

Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind die Mitglieder der Beitragsklasse I, II und III der KVB, zu denen auch die Versorgungsempfänger und Hinterbliebenen gehören, und ihre mitversicherten Angehörigen.

### § 2

Zu den Mitgliedern der Beitragsklassen I, II und III der KVB gehören die Beamten der Besoldungsgruppen A 1 bis A 10 der Bundesbesoldungsordnung A. Sie und ihre mitversicherten Angehörigen haben nur Anspruch auf Behandlung nach diesem Vertrag, wenn sie sich bei der Inanspruchnahme des Arztes durch die Mitgliedskarte ausweisen, auf der die Beitragsklasse angegeben ist.

### § 3

Die Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der KVB und ihre mitversicherten Angehörigen sind dem Arzt gegenüber Selbstzahler.

### § 4

1. Behandlungsberechtigt nach diesem Vertrag sind – abgesehen von Notfällen – nur die Ärzte, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind oder die diesen Vertrag gegenüber der für ihren Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als für sich verbindlich anerkennen.

2. Die Kassenärztliche Vereinigung übersendet der für ihren Bezirk zuständigen Bezirksleitung der KVB auf deren Anforderung eine ausreichende Anzahl

von aktuellen Verzeichnissen der am Vertrag jeweils beteiligten Ärzte.

3. Zur Ausführung von Röntgenleistungen und zur Anwendung von radioaktiven Stoffen sind nur Ärzte berechtigt, die eine genügende Ausbildung und die Verwendung einer ausreichenden Apparatur nachweisen können. Wenn Ärzte die Erlaubnis haben, solche Einrichtungen bei Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen oder bei Mitgliedern der Ersatzkassen vorzunehmen, gilt für sie der Nachweis als erbracht.

#### § 5

1. Für die Vergütung der nach diesem Vertrag ausgeführten ärztlichen Leistungen gelten die Bestimmungen der als Anlage A zu diesem Vertrag abgeschlossenen Honorarvereinbarung, die einen Bestandteil dieses Vertrages bildet.

2. Über die ärztliche Behandlung erhält das KVB-Mitglied eine Rechnung von dem Arzt selbst oder in dessen Auftrag von einer Verrechnungsstelle. Diese Rechnung soll mit dem Zusatz „KVB-Vertrag“ versehen sein; Rechnungsdurchschriften (Zweitausfertigungen, Duplikate) müssen als solche eindeutig gekennzeichnet sein.

3. Die Rechnung muß zusätzlich zu den in § 12 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geforderten Angaben die Diagnose enthalten. Dies bedeutet im einzelnen, daß aus der Rechnung insbesondere ersichtlich sein müssen

- das Datum der Erbringung der Leistung(en)
- die Gebührenordnungs-Nummer(n) mit der entsprechenden Leistungslegende (ggf. auch als Kurzbeschreibung oder mittels Beifügen einer Zusammenstellung, der die Bezeichnung für die abgerechnete(n) Leistungs-Nummer(n) entnommen werden kann)
- die einzelne Punktzahl
- die Gesamtpunktzahl
- der jeweils vereinbarte Punktwert
- der Gesamtrechnungsbetrag.

#### § 6

1. Die KVB klärt ihre Mitglieder darüber auf, daß der Erstattungsbetrag unverzüglich an den Rechnungsaussteller abzuführen und der Unterschied zwischen Rechnungsbetrag und Erstattungsbetrag der KVB aus eigenen Mitteln zu zahlen ist und daß der Verzicht auf die Zuzahlung nicht verlangt werden darf. Bei säumigen Zahlern wird die KVB die Ärzte bei der Einziehung des Rechnungsbetrages unterstützen.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen klären die Ärzte darüber auf, daß sie auf den Unterschied zwischen Rechnungsbetrag und Erstattungsbetrag der KVB nicht ausdrücklich oder stillschweigend verzichten dürfen. Die Herabsetzung eines Rechnungsbetrages ist zwar zulässig, darf sich jedoch nicht nur auf den Anteil des Zahlungspflichtigen beschrän-

ken, sondern sie muß sich auf den Gesamtbetrag einer Rechnung beziehen.

#### § 7

1. Die Ärzte sind gehalten, sowohl bei der Behandlung als auch bei der Verordnung von Arzneien sowie Heilmitteln und Hilfsmitteln die Wirtschaftlichkeit zu beachten und besonders teure Arzneimittel nur auf Grund strenger Indikation zu verordnen. Die Behandlungs- und Verordnungsweise ist gegebenenfalls auf Anfrage des beratenden Arztes der KVB zu begründen.

Die Durchführung von wissenschaftlich oder praktisch nicht genügend erprobten Verfahren ist unstatthaft; das gleiche gilt für die Verordnung von wissenschaftlich oder praktisch nicht genügend erprobten Präparaten.

2. Bestehen zwischen einer Bezirksleitung der KVB und einem am Vertrag beteiligten Arzt Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Behandlungs- und Verordnungsweise, so gibt die für den Praxissitz des Arztes zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag der Bezirksleitung der KVB eine gutachtliche Stellungnahme ab, aus der sich ggf. der Umfang der Unwirtschaftlichkeit erkennen läßt.

#### § 8

Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch

- a) die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen (Anlage B des Vertrages),
- b) die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Anlage C des Vertrages) und
- c) die Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie (Anlage D des Vertrages).

#### § 9

Im Anhang zu diesem Vertrag werden den Ärzten Auszüge aus den Tarifbestimmungen der KVB bekanntgegeben, die von den Ärzten beachtet werden sollten.

#### § 10

Streitigkeiten und Beschwerden, die sich aus der Durchführung des Vertrages ergeben, sollen zwischen der KV und der zuständigen Bezirksleitung der KVB geklärt werden. Ist dies nicht möglich, so sind die Vertragsschließenden anzurufen.

#### § 11

1. Dieser Vertrag tritt am 1. Okt. 1983 in Kraft. Er ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündbar. Die Honorarvereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum

Ende eines Kalenderhalbjahres gesondert gekündigt werden, frühestens jedoch zum 30. Sept. 1984.

2. Der bisherige Vertrag vom 4. Juni 1965 tritt mit dem 30. Sept. 1983 außer Kraft.

3. Die Ärzte, die nach dem bisherigen Vertrag behandlungsberechtigt waren, sind auch behandlungsberechtigt nach diesem Vertrag.

#### § 12

Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern aus dem bisherigen Vertrag werden nach diesem Vertrag behandelt; Streitigkeiten hinsichtlich der Rechnungslegung einzelner Ärzte aus dem bisherigen Vertrag werden nach dem bisherigen Vertrag geregelt.

### Anlage A zum Vertrag

#### Honorarvereinbarung

##### I. Allgemeines

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

##### II. Vergütung der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung

Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 16,75 Pf. vergütet, wobei der Gesamtrechnungsbetrag auf volle 5 Pf. aufgerundet wird.

##### III. Vergütung der ärztlichen Leistungen bei stationärer Behandlung, soweit diese nach der Bundespflegesatzverordnung nicht durch den Pflegesatz abgegolten sind

1. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ stationär erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 16,75 Pf. vergütet, wobei der Gesamtrechnungsbetrag auf volle 5 Pf. aufgerundet wird.

2. Der von einem Belegarzt zur Assistenz oder Narkose/Anästhesie zugezogene Arzt kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nicht abrechnen, wenn diese vom Krankenhaus durch einen Chefarzt, durch seinen Vertreter oder durch einen anderen geeigneten Krankenhausarzt sichergestellt werden.

3. Der von einem Belegarzt zur Narkose/Anästhesie zugezogene Arzt für Anästhesie kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nicht abrechnen, wenn diese vom Krankenhaus durch einen Chefarzt für Anästhesie, durch seinen Vertreter oder durch einen anderen geeigneten Krankenhausarzt sichergestellt werden. ▷

## BEKANNTMACHUNGEN

### Anlage B zum Vertrag

#### Früherkennung von Krebserkrankungen

##### § 1

Die ärztlichen Maßnahmen

##### a) bei Frauen

zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales vom Beginn des 20. Lebensjahres an sowie zusätzlich der Brust und der Haut vom Beginn des 30. Lebensjahres an sowie zusätzlich des Rektums und des übrigen Dickdarmes vom Beginn des 45. Lebensjahres an und

##### b) bei Männern

zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Dickdarms, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut vom Beginn des 45. Lebensjahres an

gehören zu den Leistungen nach diesem Vertrag. Die Durchführung dieser Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung.

##### § 2

1. Als Berichtsvordrucke finden die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vordrucke Verwendung. Sie werden den die Früherkennungsmaßnahmen durchführenden Ärzten über die KVn zur Verfügung gestellt.

2. Das Ausfüllen der Berichtsvordrucke durch die die Früherkennungsmaßnahmen durchführenden Ärzte ist mit dem Honorar nach § 3 dieser Anlage abgegolten.

3. Die KVn sammeln die Aufzeichnungen der Ärzte usw. Die KBV oder eine von ihr beauftragte Stelle wird die Zusammenstellung dieser Aufzeichnungen durchführen.

##### § 3

Die ärztlichen Leistungen werden nach Anlage A Abschnitt II des Vertrages vergütet.

##### § 4

1. Zur Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach dieser Anlage sind die nach § 4 Abs. 1 des Vertrages beteiligten Ärzte berechtigt, die von der für ihren Praxis-sitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung erhalten haben, auf dem RVO- oder Ersatzkassen-sektor entsprechende Untersuchungen durchzuführen.

2. Über den Kreis der in Abs. 1 genannten Ärzte hinaus können diejenigen Ärzte (z. B. an Krankenhäusern, Gesundheits-ämtern usw.) Früherkennungsuntersuchungen zu den Bedingungen dieser Anlage durchführen, die auf dem RVO- oder

Ersatzkassen-sektor zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen berechtigt sind.

### Anlage C zum Vertrag

#### Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres

##### § 1

Die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres gehören zu den Leistungen nach diesem Vertrag. Die Durchführung dieser Maßnahmen erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung.

##### § 2

1. Für die Dokumentation finden die für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden „Untersuchungshefte für Kinder“ Verwendung. Die KVn stellt diese Untersuchungshefte im Zusammenwirken mit den Verbänden der Krankenkassen zur Verfügung.

2. Das Ausfüllen der Untersuchungshefte für Kinder durch die die Früherkennungsmaßnahmen durchführenden Ärzte usw. ist mit den Gebühren nach § 3 dieser Anlage abgegolten.

3. Die die Früherkennungsmaßnahmen durchführenden Ärzte reichen die aus dem Untersuchungsheft für Kinder jeweils zu entfernenden Durchschriften der Berichtsbogen nach Abschluß des Quartals der für ihren Praxis-sitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gesondert ein.

##### § 3

Die ärztlichen Leistungen werden nach Anlage A Abschnitt II bzw. Abschnitt III des Vertrages vergütet.

##### § 4

1. Zur Durchführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach dieser Anlage sind die nach § 4 Abs. 1 des Vertrages beteiligten Ärzte berechtigt, die von der für ihren Praxis-sitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung erhalten haben, auf dem RVO- oder Ersatzkassen-sektor entsprechende Untersuchungen durchzuführen.

2. Über den Kreis der in Abs. 1 genannten Ärzte hinaus können diejenigen Ärzte (z. B. an Krankenhäusern, Gesundheits-ämtern usw.) Früherkennungsuntersuchungen zu den Bedingungen dieser Anlage durchführen, die auf dem RVO- oder Ersatzkassen-sektor zur Durchführung der entsprechenden Untersuchungen berechtigt sind.

### Anlage D zum Vertrag

#### Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie

##### § 1

1. Für die psychotherapeutische Behandlung durch tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie im Rahmen des Vertrages kommen nur in Frage:

a) Psychoreaktive seelische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen),

b) Konversions-, Organneurosen,

c) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

d) seelische Behinderungen auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Mißbildungen stehen,

e) seelische Behinderungen als Folgezustände schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bieten (z. B. Zustand bei chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),

f) seelische Behinderungen auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. langjährige Haft, schicksalhafte psychische Traumata).

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sind als Leistung im Rahmen dieses Vertrages ausgeschlossen bei solchen psychogenen Erkrankungen, die einen Behandlungserfolg nicht erwarten lassen, weil dafür beim Patienten die Voraussetzungen hinsichtlich seiner Motivationslage oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind oder weil die Eigenarten der neurotischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten (ggf. seine Lebensumstände) dem Behandlungserfolg entgegenstehen.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie können, wenn sie ausschließlich als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation indiziert sind, nur angewandt werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlichen Anteil an der seelischen Behinderung oder an deren Auswirkungen haben und mit Hilfe tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie möglichst auf Dauer eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft erreicht werden kann. Bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie von Kindern ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes notwendig.

4. Entstehen Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische

Psychotherapie im Zusammenhang mit der Durchführung stationärer und teilstationärer heilpädagogischer Behandlung, so sind diese in der Abrechnung gesondert kenntlich zu machen.

§ 2

1. Vor Beginn einer Behandlung ist vom Mitglied der KVB ein Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht an die KVB zu stellen. In dem Antrag muß der Arzt die Indikation zur gewählten Behandlungsmethode und den Behandlungsplan (z. B. Frequenz, Leistungsumfang, prognostische Einschätzung, begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson(en) in der Kinderpsychotherapie) begründen.

2. Bei Anträgen auf Fortführung der Behandlung von Krankheiten hat der Therapeut ausführlich den Therapieverlauf, die erzielten Fortschritte und die Prognose weiterer psychotherapeutischer Maßnahmen darzustellen und die Notwendigkeit der Fortführung sowie deren Umfang zu begründen.

§ 3

Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie ist ein Gutachterverfahren eingerichtet.

Die KVB übersendet dem Arzt, der die Psychotherapie selbst ausführen wird bzw. beabsichtigt, sie an einen nichtärztlichen Psychotherapeuten/Psychagogen zu delegieren, nach Beantragung der Leistung durch das Mitglied der KVB (vgl. § 2 Abs. 1 dieser Anlage) die entsprechenden Vordrucke zu.

Die Vordrucke sind auszufüllen und an den im Briefkopf genannten Gutachter zu schicken.

Bei Antrag auf Fortsetzung der Behandlung ist entsprechend zu verfahren.

§ 4

Die ärztlichen Leistungen werden nach Anlage A Abschnitt II dieses Vertrages vergütet.

**Protokollnotiz zum Vertrag zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln, über die ärztliche Versorgung der Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der KVB und ihrer mitversicherten Angehörigen**

I. Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß – sofern ein Krankenhaus der KVB Kosten nach § 4 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 Absatz 2 GOÄ in Rechnung stellt – das Honorar des ab-

rechnenden Arztes für die entsprechenden Leistungen um 30% zu kürzen ist.

Diese Regelung läuft mit dem 31. Dezember 1983 aus.

II. Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die nachstehend genannten selbständigen ärztlichen Leistungen bis zur Aufnahme in das Gebührenverzeichnis der GOÄ wie folgt abgerechnet werden können:

- 866 – Besprechung mit dem nicht-ärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung einschl. Ausfertigung des erforderlichen Verlängerungsantrages 572 Punkte
- 885 – Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en), unter Berücksichtigung familienmedizinischer Bezüge 450 Punkte
- 886 – Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en), unter Berücksichtigung familienmedizinischer Bezüge, Dauer mindestens 50 Minuten 690 Punkte
- 887 – Psychiatrische Behandlung in Gruppen, bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, je Teilnehmer (bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen) 160 Punkte.

Diese ärztlichen Leistungen werden mit dem in II der Anlage A des Vertrages jeweils festgelegten Punktwert vergütet.

**Kassenarztsitze**

**Niedersachsen**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen werden folgende Kassenarztsitze als vordringlich zu besetzen ausgeschrieben:

**Gronau, ehem. Landkreis Alfeld, HNO-Arzt.** In Gronau (16 000 Einwohner) ist die vakante Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt dringend zu besetzen. Der Einzugsbereich umfaßt ca. 35 000 Einwohner. Weiterführende Schulen sind z. T. am Ort vorhanden. Am Johanniter-Krankenhaus in Gronau besteht die Möglichkeit einer belegärztlichen Tätigkeit.

► Einem der zugelassenen Bewerber können Fördermittel nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für Maßnahmen zur

Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung gewährt werden.

Nähere Auskünfte erteilt die KV Niedersachsen, Bezirksstelle Hildesheim, Kaiserstraße 25, Postfach 205, 3200 Hildesheim, Telefon 0 51 21/1 20 74 sowie wegen der belegärztlichen Tätigkeit das Johanniter-Krankenhaus Gronau, Johannerstraße 1, 3212 Gronau, Telefon 0 51 82/20 22.

**Pfalz**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Pfalz werden folgende Kassenarztsitze zur vordringlichen Besetzung ausgeschrieben:

**Lauterecken, Landkreis Kusel, Allgemein-/praktischer Arzt.** Einzugsgebiet ca. 9500 Einwohner. Derzeit sind in diesem Bereich drei Allgemeinärzte und ein Internist tätig. Ein weiterer Allgemeinarzt ist aufgrund der Bedarfsplanung erforderlich. Ein Gymnasium befindet sich am Ort.

**Weilerbach, Landkreis Kaiserslautern, Allgemein-/praktischer Arzt.** Einzugsgebiet ca. 6500 Einwohner. Weilerbach liegt ca. 12 km von der Universitätsstadt Kaiserslautern entfernt. Zur Zeit sind in Weilerbach zwei Allgemeinärzte tätig. Aufgrund der Bedarfsplanung ist ein dritter Allgemein-/praktischer Arzt erforderlich.

**Stadt Germersheim, Landkreis Germersheim, Hautarzt.** Einzugsgebiet ca. 50 000 Einwohner. In diesem Bereich ist noch kein Hautarzt tätig, jedoch aufgrund der Bedarfsplanung unbedingt erforderlich. Alle schulischen Möglichkeiten sind vorhanden. Bei der Beschaffung von entsprechenden Wohn- und Praxisräumen ist die Stadtverwaltung Germersheim behilflich.

**Stadt Pirmasens, Hautarzt.** Einzugsgebiet ca. 110 000 Einwohner. Derzeit praktizieren in Pirmasens zwei Hautärzte. Ein weiterer Hautarzt ist aufgrund der Bedarfsplanung erforderlich. Alle schulischen und kulturellen Möglichkeiten sind dort vorhanden.

**Stadt Rockenhausen, Donnersbergkreis, Kinderarzt.** Einzugsgebiet ca. 25 000 Einwohner. Die Stelle ist aufgrund der Bedarfsplanung zu besetzen. Bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen ist die Verbandsgemeindeverwaltung behilflich.

Nähere Auskünfte erteilt die Kassenärztliche Vereinigung Pfalz, Maximilianstraße 22, 6730 Neustadt, Telefon 0 63 21/ 89 31 13.