

# Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Körperschaft des öffentlichen Rechts) und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. wird folgender Vertrag geschlossen:

## § 1

### Zweck, Träger und Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag regelt die ärztliche Versorgung, die den Versicherten seitens der Vertragskassen zusteht (vertragsärztliche Versorgung).

(2) Vertragspartner sind:

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R. (KBV)** einerseits, und **der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK)** sowie **der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. (AEV)** andererseits.

(3) Der Vertrag gilt für die folgenden Ersatzkassen (Vertragskassen):

Barmer Ersatzkasse (BEK), Wuppertal

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg

Hamburg-Münchener Ersatzkasse (HaMü), Hamburg

Handelskrankenkasse (HKK), Bremen

Hanseatische Ersatzkasse (HEK), Hamburg

Kaufmännische Krankenkasse (KKH), Hannover

Techniker-Krankenkasse (TK), Hamburg

Schwäbisch Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd

Gärtner-Krankenkasse (GKK), Hamburg

Hamburgische Zimmererkrankenkasse (HZK), Hamburg

Braunschweiger Kasse (BK), Hamburg

„Neptun“ Berufskrankenkasse f. d. Binnenschifffahrt (N-EK), Hamburg

Buchdrucker-Krankenkasse, Hannover

Krankenkasse „Eintracht“ (KEH), Heusenstamm.

(4) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches.

(5) Die Anlagen zum Vertrag sowie die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) sind Bestandteile des Vertrages.

## § 2

### Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt:

1. die ärztliche Behandlung,

2. die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,

3. die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,

4. Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zur nicht rechtswidrigen Sterilisation, zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (Sonstige Hilfen),

5. die ärztlichen Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit sowie die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,

6. die belegärztlichen Leistungen,

7. die ambulante ärztliche Behandlung als medizinische Vorsorgeleistung im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB V nach näherer Bestimmung dieses Vertrages,

8. die in Notfällen ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Krankenhäuser,

9. die ärztlichen Leistungen bei vorübergehender Erbringung von Dienstleistungen gemäß Artikel 60 des EWG-Vertrages (s. § 8),

10. die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten, Krankenhausbehandlung, ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskuren, Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (Verordnung von Arbeitsruhe),

11. die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Vertragskassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,

12. die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und von häuslicher Pflegehilfe,

13. die Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,

14. die vom Arzt angeordneten und unter seiner Verantwortung erbrachten Hilfeleistungen anderer Personen.

(2) Den Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung unterliegend vorbehaltlich abweichender gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen auch die ärztlichen Leistungen in ermächtigten poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen, in ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren.

(3) Die Anwendung von Leistungen der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung wird durch besondere Vereinbarung geregelt, die Bestandteil dieses Vertrages ist (Anlage 1).

(4) Die ärztliche Versorgung in Eigeneinrichtungen der Vertragskassen richtet sich nach den hierfür abgeschlossenen Verträgen.

(5) Zur vertragsärztlichen Versorgung gehören auch die als Bestandteil dieses Vertrages vereinbarten Maßnahmen zur Rehabilitation.

(6) Die vertragsärztliche Versorgung muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragsärzte nicht bewirken und die Vertragskassen nicht bewilligen.

Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und damit den medizinischen Fortschritt angemessen zu berücksichtigen.

(7) Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt keine Leistungen, für die die Vertragskassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. Dies gilt insbesondere für:

1. die Behandlung von Zahnkrankheiten,

2. Eignungsuntersuchungen für Schule, Beruf und Sport sowie Einstellungsuntersuchungen, auch wenn diese für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,

3. die ärztliche Versorgung von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung ha-

ben, ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden,

4. Leistungen, für die ein anderer Kostenträger dem Arzt einen Auftrag gegeben hat,

5. die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten,

6. Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, die auf deren Veranlassung durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte Einrichtungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Behandlung erbracht werden; dies gilt nicht für die von einem Belegarzt veranlaßten Leistungen nach § 121 SGB V,

7. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, diese ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt oder auf einer Belegabteilung von einem anderen Vertragsarzt erbracht,

8. Leistungen im Rahmen einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).

(8) Die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen einer ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskur ist Gegenstand einer besonderen Regelung der Vertragspartner (z. B. Badearztvertrag).

(9) Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind Bestandteil des Vertrages. Die Vertragskassen informieren ihre Versicherten, die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte über den durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelten Umfang des Versorgungsanspruchs.

(10) Die Vertragskassen informieren ihre Versicherten ferner in geeigneter Weise darüber, daß die in Anspruch genommenen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen und daß Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, vom Versicherten nicht beansprucht, vom Vertragsarzt nicht bewirkt oder verordnet, von der Vertragskasse nicht nachträglich bewilligt werden dürfen.

Wenn ein Vertragsarzt eine nicht notwendige oder unwirtschaftliche

Versorgung ablehnt, werden die Vertragskassen dieses ihren Versicherten gegenüber erläutern und vertreten.

### § 3

#### Hausärztliche und fachärztliche Versorgung

(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

(2) Das Nähere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung regeln die Partner in einer Anlage zu diesem Vertrag.

### § 4

#### Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt ausschließlich der KBV nach Maßgabe dieses Vertrages. Die Sicherstellung umfaßt auch einen ausreichenden Notdienst.

(2) Die KBV stellt die vertragsärztliche Behandlung der Versicherten der Vertragskassen vorrangig durch die den Kassenärztlichen Vereinigungen angehörenden, niedergelassenen Vertragsärzte sicher.

(3) Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen gegenüber den Vertragskassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

### § 5

#### Durchführung des Vertrages

(1) Der Vertrag wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Vertragskassen und den Gliederungen des VdAK/AEV durchgeführt, soweit im Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

(2) Bei Meinungsverschiedenheiten über die Durchführung des Vertrages soll vor Inanspruchnahme der Arbeitsgemeinschaft (§ 32) eine örtliche Verständigung angestrebt werden.

(3) Die Vordrucke zur Durchführung des Vertrages werden zwischen den Vertragspartnern vereinbart (Vordruckvereinbarung). Die Kosten für die Herstellung der Vordrucke werden von den Vertragskassen getragen.

### § 6

#### Anspruchsberechtigung und Arztwahl

(1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten der Vertragskassen.

(2) Kostenerstattungsberechtigte Versicherte der Vertragskassen, die von ihrer Anspruchsberechtigung nach

diesem Vertrag keinen Gebrauch machen, sind insoweit Privatpatienten.

(3) Den Versicherten steht die Wahl unter den Vertragsärzten, den ermächtigten Ärzten und den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen im Umfang der jeweiligen Ermächtigung frei. Andere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

(4) Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie sowie Strahlentherapie können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen den zuständigen Gliederungen des VdAK/AEV (im folgenden VdAK/AEV genannt) ein Verzeichnis der Vertragsärzte zur Verfügung und teilen ihnen Änderungen jeweils unverzüglich mit. Mindestens alle drei Jahre sind dem VdAK/AEV in ausreichender Anzahl dem neuesten Stand entsprechende Verzeichnisse zuzustellen.

(6) Die Vertragskassen geben ihren Mitgliedern die Vertragsärzte in geeigneter Weise bekannt.

### § 7

#### Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) An der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der Vertragskassen nehmen teil:

1. beteiligte Ärzte (Vertragsärzte),
2. ermächtigte Ärzte,
3. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen,
4. ärztlich geleitete Einrichtungen aufgrund besonderer Verträge gem. § 368 n Abs. 6 RVO.

Die für Vertragsärzte getroffenen Regelungen gelten auch für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

(2) Als Vertragsarzt kann nur beteiligt werden, wer als Kassenarzt an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt. In seiner Person oder seinem Verhalten dürfen keine Mängel vorhanden sein, die ihn für die vertragsärztliche Tätigkeit ungeeignet machen. Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte und die ärztlichen Leiter der ermächtigten Einrichtungen.

Die Beteiligung bewirkt, daß der Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist.

Ist ein Vertragsarzt für ein Gebiet oder Teilgebiet beteiligt, ist ein Wech-



sel der Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung nur mit vorheriger Zustimmung durch die Beteiligungskommission zulässig.

(3) Soweit die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten durch Vertragsärzte gem. Abs. 1 Nr. 1 nicht gewährleistet ist, kann die Beteiligungskommission, im Falle des Abs. 4 Nr. 4 die Kassenärztliche Vereinigung, andere Ärzte als Vertragsärzte sowie ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung vertragsärztlicher Leistungen ermächtigen, soweit und solange der Arzt oder die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt. Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu begrenzen. Abs. 2 Satz 4 und 5 gelten entsprechend.

(4) Ermächtigt werden können:

1. Krankenhausärzte, die zum Führen einer Gebietsbezeichnung berechtigt sind, mit Zustimmung des Krankenhausträgers, zur Durchführung in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage der E-GO; die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist,

2. andere Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage der E-GO, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist,

3. Ärzte zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises oder zur Abwendung einer bestehenden oder unmittelbar drohenden Unterversorgung,

4. Ärzte, die eine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften nicht besitzen, denen aber von der zuständigen deutschen Behörde eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt worden ist (Erlaubnis gem. § 10 BAO),

5. Ärzte zur vorübergehenden Erbringung von ärztlichen Leistungen im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages, die als Staatsangehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich dieser Verordnung ausüben dürfen. Die Ermächtigung berechtigt den Arzt zur Erbringung von Leistungen nach Maßgabe der für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen,

6. folgende ärztlich geleitete Einrichtungen:

- Krankenhäuser für deren selbständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen.

Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Krankenhauses nicht sichergestellt ist.

- Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten.

Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(5) Zu ermächtigen sind auf Verlangen ihrer Träger:

1. Die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken),

2. die psychiatrischen Krankenhäuser zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten.

(6) Die Beteiligung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt. In der Ermächtigung ist der Ort der Leistungserbringung festzulegen.

(7) Die Beteiligungskommission genehmigt den Antrag eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes auf Verlegung seines Arztsitzes, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

(8) Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einvernehmen mit den Verbänden der Ersatzkassen mit ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern, auf deren Antrag Verträge über die ambulante Erbringung der in § 200 f RVO aufgeführten ärztlichen Leistungen schließen. Die Ermächtigung erfolgt für in einem Leistungskatalog definierte ärztliche Leistungen auf der Grundlage der E-GO.

(9) Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nur unter beteiligten Vertragsärzten zulässig. Sie bedarf der vorherigen Zustimmung durch die Beteiligungskommission. Sie darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung bzw. Bestimmungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung entgegenstehen.

Die Beteiligungskommission stellt bei Gemeinschaftspraxen von Ärzten unterschiedlicher Gebiete durch geeignete Auflagen die Einhaltung berufrechtlicher und vertragsärztlicher Pflichten sicher.

Die Beteiligungskommission kann fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen die Auflage erteilen, ihre Abrechnung so zu kennzeichnen, daß daraus hervorgeht, welcher Arzt welche Leistungen erbracht hat. Erteilt die Beteiligungskommission eine solche Auflage nicht, so sind in begründeten Fällen Ärzte fachübergreifender Gemeinschaftspraxen dennoch verpflichtet, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung oder des VdAK/AEV für künftige Abrechnungsquartale entsprechend differenzierte Abrechnungen vorzulegen.

(10) Die Vertragskassen werden Nichtärzte, Nichtvertragsärzte, Anstalten und Institute weder vertraglich noch auf andere Weise an der Versorgung der Versicherten für selbständige untersuchende, beratende und behandelnde Tätigkeit beteiligen.

(11) Die Voraussetzung des Abs. 2 Satz 1 muß von denjenigen Ärzten nicht erfüllt werden, die ihren Antrag auf Beteiligung als Vertragsarzt vor dem 1. 1. 1977 gestellt haben. Dies gilt auch, sofern ein Vertragsarzt seine Praxis aus dem Ort, für den die Beteiligung gemäß Abs. 6 ausgesprochen war, verlegt und die für den neuen Sitz zuständige Beteiligungskommission dem Antrag des Vertragsarztes auf Praxisverlegung zugestimmt hat.

## § 8

### **Ermächtigung von Ärzten aus Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften (EG)**

#### **zur Erbringung von Dienstleistungen**

(1) Ärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der Artikel 16 und 17 der Richtlinien 75/362/EWG vom 16. Juni 1975 ärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag von der Beteiligungskommission, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn

1. der Antragsteller aufgrund einer Anzeige an die zuständige Behörde in der Bundesrepublik Deutschland oder des Landes Berlin berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vor-

übergehend den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich der Bundesärzterordnung auszuüben,

2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragsarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Bundesausschusses erfüllen muß, um die gleichen Leistungen zu erbringen,

3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragsarzt die Entziehung der Beteiligung zur Folge haben würden, und

4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung nach § 2 des Vertrages sind.

(2) Die Ermächtigung berechtigt den Arzt zur Erbringung der ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen.

(3) Der Versicherte hat entstehende Mehrkosten (insbesondere Reisekosten) zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ermächtigte Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften als Dienstleistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(4) Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

## § 9

### Verfahren bei Beteiligung und Ermächtigung

(1) Zur Durchführung des Verfahrens bei Beteiligung oder Ermächtigung und Widerruf der Beteiligung oder Ermächtigung sowie bei der Genehmigung von Gemeinschaftspraxen wird bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung mindestens eine Beteiligungskommission gebildet. Die Geschäfte der Beteiligungskommission werden bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführt. Die Beteiligungskommission besteht aus vier Mitgliedern, von denen zwei Mitglieder und deren Stellvertreter von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zwei Mitglieder und deren Stellvertreter von den Verbänden der Ersatzkassen benannt werden. Eine Abberufung der Mitglieder erfolgt jeweils durch denjenigen, welcher auch

zur Benennung berechtigt ist. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd ein Vertreter der Ärzte und der Vertragskassen. Die Beteiligungskommission beschließt mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(2) Bei jeder Kassenärztlichen Vereinigung wird eine Berufungskommission zur Entscheidung über Widersprüche gegen Entscheidungen der Beteiligungskommission gebildet. Die Berufungskommission besteht aus vier Mitgliedern, von denen zwei Mitglieder und deren Stellvertreter von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie zwei Mitglieder und deren Stellvertreter vom VdAK/AEV benannt und jeweils durch denjenigen abberufen werden, welcher auch zur Benennung berechtigt ist, sowie einem Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt haben muß und auf den sich die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und der VdAK/AEV einigen.

Die Berufungskommission beschließt mit Stimmenmehrheit.

(3) Die Mitglieder einer Beteiligungskommission können nicht zugleich Mitglieder einer Berufungskommission sein.

(4) Das Verfahren vor der Beteiligungs- und der Berufungskommission ist schriftlich. Im Verfahren vor der Beteiligungskommission kann, im Verfahren vor der Berufungskommission muß eine mündliche Verhandlung durchgeführt werden, wenn dies ein am Verfahren Beteiligter beantragt. Die am Verfahren Beteiligten sind zur mündlichen Verhandlung mit einer Frist von zwei Wochen zu laden, mit dem Hinweis, daß auch im Falle ihres Fernbleibens entschieden werden kann. Die Sitzungen sind nicht öffentlich.

Die Anwesenheit eines von der Kassenärztlichen Vereinigung gestellten Schriftführers für die Beteiligungskommission oder Berufungskommission ist zulässig.

(5) Der Antrag auf Beteiligung oder Ermächtigung oder Genehmigung als Gemeinschaftspraxis ist schriftlich an die zuständige Beteiligungskommission zu richten.

(6) Die Beteiligungskommission entscheidet innerhalb von 6 Monaten unter Prüfung der Voraussetzungen gemäß § 7 über Anträge nach Abs. 5.

(7) Die Entscheidung muß Angaben über den Ort, bei Ermächtigungen auch über den Inhalt und die Dauer, sowie Gebiet und/oder Teilgebiet enthalten, für welche die Beteiligung oder Ermächtigung gilt.

Die Entscheidung ist dem Arzt, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem VdAK/AEV innerhalb einer angemessenen Frist, die 3 Monate nicht überschreiten darf, schriftlich mitzuteilen.

(8) Im Verfahren über den Widerruf der Beteiligung oder Ermächtigung ist den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(9) Gegen die Entscheidungen der Beteiligungskommission können der am Verfahren beteiligte Arzt, die Kassenärztliche Vereinigung und der VdAK/AEV binnen eines Monats nach Zugang der Entscheidung Widerspruch bei der Berufungskommission einlegen.

(10) Der Widerspruch ist mit Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle der Berufungskommission einzulegen. Er muß den Beschluß bezeichnen, gegen den er sich richtet.

(11) Die Berufungskommission kann die sofortige Vollziehung ihrer Entscheidung über den Widerruf der Beteiligung oder Ermächtigung im öffentlichen Interesse anordnen.

(12) Das Verfahren vor der Berufungskommission gilt als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes.

(13) Die Entscheidung der Berufungskommission ist dem Arzt, der Kassenärztlichen Vereinigung und dem VdAK/AEV innerhalb einer angemessenen Frist, die 3 Monate nicht überschreiten darf, unter Beifügung einer Rechtsbehelfsbelehrung schriftlich mitzuteilen.

(14) Eine Ermächtigung kann ausnahmsweise rückwirkend für einen Zeitraum von höchstens sechs Monaten erteilt werden, wenn die Umstände, die zu der ihr vorangegangenen Ermächtigung geführt haben, fortbestehen.

(15) Im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV kann die Kassenärztliche Vereinigung die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes durch einen anderen Arzt bis zur Dauer eines weiteren Quartals genehmigen.

## § 10

### Beendigung und Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit

(1) Die Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung endet

1. mit dem Tod des Vertragsarztes,
2. mit dem Ende der Zulassung als Kassenarzt,

3. durch schriftliche Verzichtserklärung des Vertragsarztes gegenüber der Beteiligungskommission,

4. durch Wegzug von dem Ort, für den die Beteiligung ausgesprochen



worden ist, soweit nicht eine Praxisverlegung nach § 7 Abs. 7 genehmigt worden ist.

(2) Die Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung ruht

1. mit der Feststellung des Ruhens der Zulassung als Kassenarzt,

2. durch Beschluß der Beteiligungskommission, wenn der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufgenommen hat oder sie nicht ausgeübt wird, ihre Aufnahme aber innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist.

(3) Die Beteiligung ist zu widerrufen, wenn – unbeschadet der Gründe aus Abs. 1 – ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine Pflichten aus diesem Vertrag gröblich verletzt.

(4) Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung endet

1. mit Ablauf der Frist, für die sie erteilt wurde,

2. wenn der ermächtigte Arzt/die ermächtigte ärztliche Einrichtung nicht mehr an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt,

3. durch schriftliche Verzichtserklärung des Arztes/der ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung gegenüber der Beteiligungskommission,

4. mit der Beendigung der Tätigkeit in dem im Beschluß genannten Ort der Leistungserbringung.

(5) Die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist zu widerrufen, wenn

1. Umstände in der Person des ermächtigten Arztes eintreten oder solche Umstände nachträglich bekannt werden, die ihn für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ungeeignet erscheinen lassen,

2. der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb einer im Beschluß vorgegebenen Frist aufnimmt oder nicht mehr ausübt,

3. der Arzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt,

4. der Krankenträger seine Zustimmung als Voraussetzung für eine Ermächtigung endgültig widerruft.

(6) Abs. 5 gilt für ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen entsprechend.

(7) Abs. 1 Nr. 2 gilt nicht für Vertragsärzte, die vor dem 1. 1. 1977 am Vertrag beteiligt waren oder sich bis zu diesem Zeitpunkt um Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beworben haben. § 7 Abs. 11 gilt entsprechend.

## § 11

### Rechte und Pflichten der Vertragsärzte

(1) Jeder Vertragsarzt hat bei seiner ärztlichen Tätigkeit die Regeln der ärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzurichten. Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 92 SGB V zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten sind für den Vertragsarzt und die Vertragskasse verbindlich. Außerdem hat der Vertragsarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 27 zu beachten.

(2) Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten sowie Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt diese anordnet, fachlich überwacht und der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

(3) Verordnungen dürfen vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der Behandlung bekannt ist. Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.

Der Vertragsarzt darf für die Vertragskasse bestimmte Bescheinigungen über den mutmaßlichen Tag der Entbindung nur aufgrund einer Untersuchung der Schwangeren ausstellen.

Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann.

Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat der Vertragsarzt das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte zu berücksichtigen.

(4) Die Abgabe von Sehhilfen und anderen Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die Vertragskasse, soweit deren Bestimmungen nichts anderes vorsehen. Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes. Die Genehmigung von Arznei- und Heilmittelverordnungen durch die Vertragskasse ist unzulässig.

(5) Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung auf Muster 1 (Verordnung von Arbeitsruhe) darf nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen. Näheres bestimmen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(6) Der Vertragsarzt soll die Durchschrift der Bescheinigung (Muster 1c) 12 Monate lang aufbewahren. Sofern die Dokumentation durch EDV erfolgt, genügt die Speicherung der auf der Bescheinigung enthaltenen Angaben für denselben Zeitraum.

(7) Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Vertragsarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig. Dasselbe gilt für eine rückwirkende Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit.

(8) Zur Erlangung von Krankengeld soll die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit in der Regel nicht für einen mehr als 7 Tage zurückliegenden Zeitraum und nicht für mehr als 2 Tage im voraus bescheinigt werden. Diese Bescheinigung ist jedoch dann zu versagen, wenn der Kranke entgegen ärztlicher Anordnung ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und er bei der Untersuchung für arbeitsfähig befunden wird. In diesem Falle darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden; zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben.

(9) Dem Medizinischen Dienst sind, soweit es für seine Begutachtungsaufgaben notwendig ist, die erforderlichen Informationen, Befunde und Dokumente zu übermitteln. Gutachten des Medizinischen Dienstes sind vorbehaltlich der Bestimmung in Abs. 10 verbindlich.

(10) Bestehen zwischen dem Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst Meinungsverschiedenheiten, kann der Vertragsarzt unter Darlegung seiner Gründe die Vertragskasse unterrichten. Kann die Vertragskasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, hat sie auf Verlangen des Vertragsarztes die Entscheidung durch ein Obergutachten herbeizuführen.

(11) Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in be-

gründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Vertragskasse unter Mitteilug der Gründe zu informieren.

(12) Der Vertragsarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlaßten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die ärztlichen Aufzeichnungen sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren, soweit nicht andere Aufbewahrungsfristen vorgeschrieben sind.

(13) Die Bestellung von Vertretern und die Beschäftigung von Assistenten richtet sich nach den hierfür geltenden Bestimmungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung. Bei Ermächtigung von Krankenhausärzten hat die Beteiligungskommission festzulegen, ob und in welchem Umfang der ermächtigte Krankenhausarzt sich durch einen Arzt desselben Gebiets vertreten lassen darf.

Wird die vertragsärztliche Tätigkeit länger als eine Woche nicht ausgeübt, ist dies der Kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung des Vertreters anzuzeigen; auf Anfrage unterrichtet die Kassenärztliche Vereinigung den VdAK/AEV.

Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der Arzt innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten lassen.

(14) Werden Assistenten oder Vertreter tätig, so haftet der Vertragsarzt für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Das gleiche gilt bei der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter.

(15) Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung für ärztliche Leistungen außer in den Fällen nach § 12 Abs. 4 nur fordern, wenn und soweit der Versicherte trotz ordnungsgemäßen Ausweises als Versicherter ausdrücklich verlangt, anstelle der vertragsärztlichen Behandlung auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist zwischen dem Vertragsarzt und dem Versicherten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Zuzahlungen zu vertragsärztlichen Leistungen sind unzulässig.

Will der Vertragsarzt Leistungen erbringen oder veranlassen, die nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, so hat er die schriftliche Zustimmung des Patienten einzuholen und diesen auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hinzuweisen.

(16) Der Vertragsarzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den

bei ihr errichteten Gremien und den Prüfungseinrichtungen die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Einzelfall notwendigen Auskünfte – auch durch Vorlage der Behandlungsunterlagen – zu erteilen.

(17) Der Vertragsarzt ist verpflichtet und befugt, die zur Durchführung der Aufgaben der Vertragskasse oder des Medizinischen Dienstes erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Vertragskassen zu geben.

(18) Für schriftliche Informationen sollen Vordrucke vereinbart werden. Vereinbarte Vordrucke sowie nicht als Vordrucke vereinbarte kurze Bescheinigungen ohne gutachtliche Fragestellungen sind vom Vertragsarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, daß eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck selbst muß einen Hinweis darüber enthalten, ob und ggf. auf welche Weise die Abgabe der Information vergütet wird. Gutachten und kurze Bescheinigungen mit gutachterlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen der E-GO zu vergüten.

## § 12

### Behandlungsausweis

(1) Bis zur Einführung der Krankenversichertenkarte ist der Versicherte verpflichtet, dem Vertragsarzt für den Behandlungsfall bei der ersten Inanspruchnahme im Kalendervierteljahr einen Kranken- oder Überweisungsschein (Behandlungsausweis) nach vereinbartem Muster vorzulegen. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken jeweils ambulant oder stationär zu Lasten derselben Vertragskasse vorgenommene Behandlung. Stationäre belegärztliche Behandlung ist auch dann ein eigenständiger Behandlungsfall, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt.

(2) Der Versicherte weist seinen Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung durch Vorlage eines Krankenscheines nach, der neben der Bezeichnung der Vertragskasse

1. den Familiennamen,
2. den Vornamen,
3. das Geburtsdatum,
4. die Anschrift,
5. die Krankenversichertennummer/ Mitgliedsnummer und

6. den Status des Versicherten (M/F/R) enthält.

Auf den Vordruck, die der Vertragsarzt ausstellt, sind diese Angaben, soweit vorhanden und vorgesehen, zu übertragen. Dies gilt für die Krankenversichertennummer erst nach Einführung der Krankenversichertenkarte.

(3) Der Krankenschein ist gültig für das Quartal, für das er ausgestellt worden ist; es sei denn, die Vertragskasse hat die Gültigkeit befristet.

Durch den Krankenschein wird die Vertragskasse zur vertragsgemäßen Vergütung der Vertragsleistungen verpflichtet.

Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten im Laufe eines Behandlungsfalles, so verliert ein Behandlungsausweis seine Gültigkeit gegenüber dem Vertragsarzt mit dem Zeitpunkt, zu dem ihm eine dahingehende schriftliche Mitteilung der Kasse zugeht.

(4) Kann der Versicherte den Behandlungsausweis nicht sofort vorlegen, ist er verpflichtet, dem Vertragsarzt seine Zugehörigkeit zu einer Vertragskasse mitzuteilen.

Solange der Behandlungsausweis nicht beigebracht ist, darf der Vertragsarzt von dem Versicherten nach Ablauf von 10 Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Liegt dem Vertragsarzt bis zum Ende des Quartals der Behandlungsausweis vor, so muß die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(5) Die Vertragskassen werden den Vertragsarzt auf dessen Wunsch bei der Beibringung des trotz schriftlicher Anmahnung nicht beigebrachten Behandlungsausweises unterstützen.

(6) Solange ein Behandlungsausweis nicht vorliegt, ist der Vertragsarzt berechtigt, Verordnungen auf Privat Rezept ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ auszustellen.

## § 13

### Überweisungen

(1) Der Vertragsarzt kann die Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung durch Überweisung veranlassen.

(2) Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Behandlungsausweis oder



die Krankenversichertenkarte vorgelegt hat.

(3) Eine Überweisung an einen anderen Vertragsarzt kann erfolgen:

1. zur Auftragsleistung (Zielauftrag, Rahmenauftrag)
2. zur Konsiliaruntersuchung
3. zur Mitbehandlung
4. zur Weiterbehandlung
5. aus „anderen Gründen“.

Dabei ist in der Regel nur die Überweisung an einen Vertragsarzt einer anderen Arztgruppe zulässig.

(4) Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind nur zulässig zur

1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden,

2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken,

3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

(5) Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, ggf. Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

(6) Der Vertragsarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der aufgrund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist.

(7) Der überweisende Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose oder Verdachtsdiagnose mitteilen. Er ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt:

#### **1. Zielauftrag**

Die Überweisung zur Ausführung von Zielaufträgen erfordert die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Angabe der Gebührenordnungsnummer oder der präzisen Leistungs-

bezeichnung). Der ausführende Vertragsarzt ist an den Auftrag gebunden. Für die Wirtschaftlichkeit ist der auftraggebende Vertragsarzt verantwortlich.

#### **2. Rahmenauftrag**

Die Überweisung zur Ausführung eines Rahmenauftrages erfordert die Angabe einer Verdachtsdiagnose. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung beim auftraggebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen beim auftragnehmenden Vertragsarzt.

#### **3. Konsiliaruntersuchung**

Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen, über deren Art und Umfang der ausführende Vertragsarzt unter Beachtung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit nach dem medizinischen Erfordernis entscheidet.

#### **4. Mitbehandlung**

Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet.

#### **5. Weiterbehandlung**

Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

#### **6. „Andere Gründe“**

Wünscht der Versicherte in Ausnahmefällen die Ausstellung einer Überweisung, ohne daß der Arzt die Möglichkeit hat, die Notwendigkeit zu überprüfen, so liegen sogenannte „andere Gründe“ für die Ausstellung des Überweisungsscheines vor.

(8) Überweisungen an Zahnärzte sind nicht zulässig.

(9) Eine von einem Vertragszahnarzt ausgestellte formlose Überweisung gilt als Behandlungsausweis im Sinne dieses Vertrages. Der Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungs-

schein ab, dem die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes beigelegt wird.

### **§ 14**

#### **Vergütung der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit**

(1) Die Vergütung des Vertragsarztes erfolgt auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen nach Maßgabe der für die Ersatzkassenpraxis geltenden Gebührenordnung und den Bestimmungen des geltenden Honorarvertrages; dabei entrichten die Arbeiter-Ersatzkassen – mit Ausnahme der Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse – 88 % der Vergütung für ärztliche Leistungen.

(2) Die Vertragskassen entrichten die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung in einem Betrag – unbeschadet der Regelungen gemäß § 25 – an die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Maßgabe des geltenden Honorarvertrages.

(3) Unmittelbare Zahlungen der Vertragskassen für vertragliche Leistungen an Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind unzulässig. Dies gilt nicht für Einrichtungen nach § 7 Abs. 4 Nr. 6.

### **§ 15**

#### **Vergütung von Institutsleistungen und von Leistungen der Polikliniken**

(1) Leistungen ärztlich geleiteter Einrichtungen, die gem. § 7 Abs. 4 Nr. 2 Arzt/Ersatzkassenvertrag ermächtigt sind, werden mit 90% der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze vergütet.

(2) Von einem Krankenhaus oder von einer anderen ärztlich geleiteten Einrichtung erbrachte Notfalleistungen werden mit 90 % der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze vergütet. Dies gilt auch, wenn ermächtigte Krankenhausärzte in Notfällen persönlich in Anspruch genommen werden. Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Einvernehmen mit den Verbänden der Ersatzkassen mit dem Krankenhausträger anstelle einer Einzelabrechnung nach Satz 1 eine pauschale Abgeltung der Notfalleistungen vereinbaren.

(3) Die Leistungen der Polikliniken werden mit 70 % der für Vertragsärzte maßgeblichen Gebührensätze vergütet; es sei denn, daß in den Verträgen nach § 117 Satz 3 SGB V etwas anderes (Pauschale nach § 120 Abs. 3 SGB V) vereinbart wird. ▷

## § 16

### Stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Behandlung

Stationäre vertragsärztliche Behandlung (belegärztliche Behandlung) liegt vor,

1. wenn und soweit das Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist,

2. wenn die Vertragskasse Krankenhausbehandlung oder stationäre Entbindung gewährt,

3. wenn die stationäre ärztliche Behandlung nach dem zwischen der Vertragskasse und dem Krankenhaus bestehenden Rechtsverhältnis nicht aus dem Pflegesatz abzugelten ist und

4. wenn der Vertragsarzt gemäß § 18 als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist.

## § 17

### Belegärzte

(1) Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

(2) Der Belegarzt soll in der Regel nicht an mehr als einem Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V tätig sein.

(3) Als Belegarzt kann nicht tätig werden,

1. wer neben seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit eine anderweitige Nebentätigkeit ausübt, die eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung von Patienten nicht gewährleistet,

2. ein Vertragsarzt, bei dem wegen eines in seiner Person liegenden wichtigen Grundes die stationäre Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist,

3. ein Vertragsarzt, dessen Wohnung und dessen Praxis von dem Krankenhaus, in dem er belegärztlich tätig werden will, so weit entfernt liegt, daß die ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten nicht gewährleistet ist.

(4) Die Belegärzte sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten, für den von den Vertragskassen ein leistungsgerechtes Entgelt zu zahlen ist.

(5) Die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf nicht das Schergewicht seiner Gesamttätigkeit bilden. Er muß in erforderlichem Maß zur ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.

(6) Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zur Durchführung der stationären Behandlung ist nicht zulässig.

## § 18

### Verfahren zur Anerkennung als Belegarzt

(1) Über die Anerkennung als Belegarzt entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag.

(2) Dem Antrag ist eine Erklärung des Krankenhauses über die Gestattung belegärztlicher Tätigkeit und die Zahl der zur Verfügung gestellten Betten beizufügen.

(3) Die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet nach einer Stellungnahme des VdAK/AEV darüber, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung erfüllt sind.

(4) Verneint der VdAK/AEV dies und schließt sich die Kassenärztliche Vereinigung dieser Auffassung an, so ist der Antrag abzulehnen. Bestehen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem VdAK/AEV unterschiedliche Auffassungen, so sind diese in gemeinsamer Erörterung zu klären.

(5) Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dem Vertragsarzt und dem VdAK/AEV mitzuteilen.

(6) Die Anerkennung als Belegarzt endet mit der Beendigung seiner Beteiligung am Ersatzkassenvertrag oder mit der Beendigung der Tätigkeit als Belegarzt an dem Krankenhaus, für welches er anerkannt war. Der VdAK/AEV ist vom Ende der Anerkennung zu benachrichtigen.

(7) Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Anerkennung zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Sie kann die Anerkennung außerdem widerrufen, wenn entweder in der Person des Vertragsarztes ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vertragsarzt seine Pflichten gröblich verletzt hat, so daß er für die weitere belegärztliche Tätigkeit ungeeignet ist. Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dem Vertragsarzt und dem VdAK/AEV mitzuteilen.

(8) Der Widerruf der Anerkennung kann auch vom VdAK/AEV bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden.

## § 19

### Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit in Zusammenhang mit stationärer Behandlung

(1) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem

Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert (Anlage 1 E- GO), wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarzt) genommen wird.

Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhausweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet.

(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 Eingriffes 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) Von Krankenhausärzten ambulant ausgeführte Leistungen werden nicht vergütet, wenn der Kranke an demselben Tag wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird.

## § 20

### Abrechnung und Vergütung stationärer vertragsärztlicher Tätigkeit

(1) Abrechnungsfähig für den Belegarzt sind die

1. von ihm oder seinem Vertreter erbrachten Leistungen,

2. von einem durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen,

3. von ihm veranlaßten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegarztpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,

4. besonderen Entgelte für den vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst.

(2) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliarunters-



chung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist.

(3) Die hinzugezogenen Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten und mit dem Vermerk „stationär“ versehenen Überweisungsschein gemäß E-GO und deren Anlage 1 ab.

(4) Für die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Leistungen gelten die §§ 14 und 19, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt ist.

(5) Die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit im einzelnen ergibt sich aus der Anlage 1 der E-GO.

(6) Stationäre Leistungen werden kalendervierteljährlich, getrennt von der ambulanten Behandlung, auf einem Belegarztschein abgerechnet.

(7) Vereinbart der Versicherte mit dem Belegarzt Privatbehandlung, besteht für den Vertragsarzt kein Vergütungsanspruch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. § 11 Abs. 15 gilt entsprechend.

(8) Nimmt ein Versicherter als Wahlleistungen Unterbringung und/oder Verpflegung in Anspruch, ohne daß eine Vereinbarung nach Abs. 7 abgeschlossen wurde, verbleibt es beim Vergütungsanspruch aus vertragsärztlicher Tätigkeit.

## § 21

### Abrechnung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung

(1) Auf den vereinbarten Abrechnungsvordrucken sind vom abrechnenden Vertragsarzt einzutragen:

1. die Diagnose, Verdachtsdiagnose, ggf. differentialdiagnostische Erwägungen,

2. das Datum der Leistungserbringung und die Gebührenordnungs-Nrn. der erbrachten Leistungen (E-GO),

3. die Arztnummer (Kassenarztstempel).

(2) Der Vertragsarzt hat ergänzende Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung zu beachten.

(3) Der Vertragsarzt hat die Abrechnungunterlagen zu den festgesetzten Terminen der zuständigen KV-Abrechnungsstelle einzureichen. Verspätet eingereichte Abrechnungen kann die Kassenärztliche Vereinigung bis zur Abrechnung des nächsten Kalendervierteljahres zurückstellen. Im übrigen gelten für verspätet eingereichte Abrechnungen die Ordnungsvorschriften der Kassenärztlichen Vereinigung.

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

(4) Nicht ordnungsgemäß erstellte Abrechnungen können von der laufenden Abrechnung ausgeschlossen werden. Dies trifft insbesondere zu, wenn bei Überweisungsfällen der Versicherterstatus nicht eindeutig gekennzeichnet ist.

(5) Der Vertragsarzt bestätigt, daß die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind (§ 11 Abs. 2) und daß die Abrechnung sachlich richtig ist.

(6) Leistungen, deren Abrechnung aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen oder Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 135 Abs. 3 SGB V) an die Erfüllung besonderer Voraussetzungen geknüpft ist, werden nur vergütet, wenn der Vertragsarzt die Erfüllung dieser Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen hat.

(7) Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnungen der Vertragsärzte auf ihre rechnerische und sachliche Richtigkeit. Fehlerhafte Abrechnungen stellt sie richtig.

(8) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft in geeigneten Fällen die Richtigkeit der Abrechnung nach ihrer Plausibilität. Die Auswahl der Fälle – insbesondere nach einem Zufallsprinzip auf der Grundlage einer Stichprobe –, Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen legt sie im Einvernehmen, die Plausibilitätskriterien im Benehmen mit dem VdAK/AEV fest. Auf Antrag des VdAK/AEV sind weitere geeignete Fälle in die Plausibilitätsprüfung einzubeziehen.

Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung werden in einer gemeinsamen Kommission (Abs. 9) beraten. Die Kommission hat im übrigen folgende Aufgaben:

– Beratung zur Auswahl von Plausibilitätskriterien, die auch auf der Grundlage von statistischen Unterlagen eine Beurteilung von Art und Umfang der Leistungen zulassen,

– Beratung von Auffälligkeiten bei Abrechnungen, die von Vertragskassen oder Prüfungseinrichtungen mitgeteilt werden,

– Empfehlung von Maßnahmen, die sich als Folgerung aus einer Plausibilitätsprüfung im Einzelfall ergeben können.

(9) Die Kommission ist mit je zwei Vertretern der Kassenärztlichen Ver-

einigung und des VdAK/AEV zu besetzen.

(10) Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt dem Vertragsarzt für jedes Quartal einen Bescheid über seinen Honoraranspruch nach erfolgter Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 6 Abs. 4 der Prüfvereinbarung) ausschließlich unter Zugrundelegung der Bestimmungen dieses Vertrages.

(11) Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, diejenigen Abzüge vorzunehmen, die nach den bei ihr geltenden Vorschriften zulässig sind (z. B. Verwaltungskosten). Das gleiche gilt bei Minderungen durch Einrichtungen der Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung.

(12) Die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei Honorarverteilungsmaßstäben für andere Versicherungsträger ist unzulässig. Dies gilt nicht für die Berücksichtigung des vertragsärztlichen Leistungsbedarfs zur Beurteilung einer übermäßigen Ausdehnung der kassenärztlichen Tätigkeit.

(13) Forderungen eines Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähig und ggf. rückzahlungspflichtige Vor-schüsse.

(14) Bei Tod, Aufgabe der Praxis oder Wegzug aus dem KV-Bereich sowie bei Antrag auf Widerruf der Beteiligung ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise so lange auszusetzen, bis festgestellt wird, ob Prüfungen auf Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Plausibilität anhängig oder Schadenersatzforderungen gemäß § 31 geltend gemacht worden sind. Ist dies der Fall, so hat die Kassenärztliche Vereinigung den rechtswirksamen Abschluß der Prüfungen oder eine Feststellung einer Schadenersatzforderung abzuwarten und nach dem Ergebnis dieser Verfahren die Abrechnung mit dem Vertragsarzt bzw. dessen Erben durchzuführen.

## § 22

### Abrechnung mittels EDV

(1) Sofern die Abrechnung ärztlicher Leistungen durch den Vertragsarzt auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken mittels EDV erfolgt, stellt die Kas-

sen ärztliche Vereinigung gegenüber den Vertragskassen sicher, daß diesen nur solche Abrechnungen vorgelegt werden, welche die Bedingungen erfüllen, die grundsätzlich auch für die manuell erstellte Abrechnung gelten.

(2) Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragsarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfaßt, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

(3) Der antragstellende Vertragsarzt gibt der Kassenärztlichen Vereinigung das Fabrikat des Rechners und die Programmversion einschließlich der ggf. programmierten Abrechnungsregeln, die zum Einsatz gelangen sollen, bekannt, damit die Kassenärztliche Vereinigung feststellen kann, ob das programmierte Abrechnungsverfahren für die vertragsärztliche Abrechnung geeignet ist.

(4) Ein Programmsystem ist für die vertragsärztliche Abrechnung geeignet, wenn dies von der Prüfstelle bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung positiv begutachtet und von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt ist.

(5) Die Vertragspartner bilden einen gemeinsamen Ausschuß, dem je zwei Vertreter der KBV und der Verbände der Ersatzkassen angehören. Die Vertragspartner stimmen im Ausschuß die Kriterien der Begutachtung und die Maßnahmen der Gutachtertätigkeit miteinander ab. Sie werden von den Begutachtungsergebnissen der Prüfstelle unterrichtet.

(6) Der Vertragsarzt, der ein durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigtes EDV-Abrechnungssystem anwendet, hat bei jeder EDV-Abrechnung nach Ende eines Quartals der Kassenärztlichen Vereinigung zu bestätigen, daß durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt ist und daß nur die genehmigte Programmversion angewendet wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung kann ein bereits genehmigtes EDV-Abrechnungssystem erneut einer Prüfung unterziehen.

(7) Bei der Abrechnung mittels EDV werden die auch für die manuelle Abrechnung geltenden Bestimmungen erfüllt durch

1. zeilen- und spaltengerechte Beschriftung des Behandlungsausweises,

wobei geringfügige Abweichungen hinsichtlich der Zeilengenauigkeit toleriert werden, sowie zusätzliche Personenidentifikation oberhalb des Diagnosefeldes (Name, Vorname, Geburtsdatum) oder

2. das Aufkleben eines in der Gestaltung des Behandlungsausweises identischen EDV-Formulars mit zeilen- und spaltengerechtem Aufdruck und zusätzlicher Personenidentifikation oberhalb des Diagnosefeldes (Name, Vorname, Geburtsdatum).

(8) Bei Verwendung eines mit der Vordruckvereinbarung übereinstimmenden Teilaufklebers ist die Personenidentifikation am oberen Rand des Aufklebers vorzunehmen; das Aufkleben muß positionsgerecht erfolgen.

(9) Bei Teilaufklebern von Laborgemeinschaften kann ein zwischen Arzt und Laborgemeinschaft vereinbartes Identifikationsmerkmal verwendet werden, dessen Ausdruck auf dem Aufkleber von den Leistungen deutlich abgesetzt werden muß. Der organisatorische Ablauf muß ergänzend sicherstellen, daß Verwechslungen hinsichtlich der Patientenzuordnung ausgeschlossen sind.

(10) Die Abrechnung des Vertragsarztes auf Datenträgern wird zugelassen, wenn anstelle der Bestimmungen nach Abs. 7 folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Die für die Abrechnung relevanten Programme müssen den besonderen Vorgaben der KBV-Prüfstelle hinsichtlich der Datenqualität und -sicherheit entsprechen.

2. Die Abrechnung muß ein im gemeinsamen Ausschuß abgestimmtes formales Prüfprogramm für jeden einzelnen Behandlungsfall durchlaufen.

3. Aufbau, Format und Inhalt des Datenträgers müssen den KBV-Standards entsprechen.

4. Die mit dem Kassenarztstempel versehenen Abrechnungsscheine sind in der Reihenfolge der Abrechnung auf Datenträgern beizufügen.

5. Die Kassenärztliche Vereinigung muß in der Lage sein, mittels eines Fallaufbereitungsprogramms die übermittelten Daten einzeln und im Abrechnungszusammenhang zu kontrollieren und ggf. richtigzustellen.

(11) Die Weiterleitung der Abrechnungsdaten an die Kostenträger erfolgt auf EDV-Ausdrucken in der vom gemeinsamen Ausschuß abgestimmten Struktur und Reihenfolge zusammen mit den Behandlungsausweisen, die in derselben Sortierung beizufügen sind.

(12) Zwischen den EDV-Anlagen von Laborgemeinschaften und Arzt-

praxen dürfen mit zugelassenen Abrechnungsprogrammen dann patientenorientierte Leistungsdaten per Datenfernübertragung ausgetauscht werden, wenn die Empfängerseite durch ein geprüftes Programm automatisch abgleicht, ob die erbrachten mit den angeforderten Leistungen übereinstimmen. Nur in diesem Fall dürfen die Gebühren-Nrn. der E-GO in die Abrechnung übernommen werden. Stimmen die erbrachten Leistungen nicht mit den angeforderten überein, muß jede übermittelte Gebühren-Nr. der E-GO einzeln in die Abrechnung aufgenommen werden. Außerdem muß programmtechnisch gewährleistet sein, daß nur die angeforderten Laborparameter mit ihren entsprechenden Gebührenordnungs-Nrn. zur Abrechnung kommen.

(13) Die Kassenärztliche Vereinigung überwacht in geeigneter Weise die Einhaltung der vertraglichen Bestimmungen über die mit EDV erstellte Abrechnung.

## § 23

### **Abrechnungsverkehr zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Vertragskassen**

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen leiten den von den Vertragskassen bezeichneten Stellen bis zum Ende des dritten Monats nach Schluß des Kalendervierteljahres folgende Nachweise über die Leistungen der Vertragsärzte, getrennt nach Bezirks- bzw. Abrechnungsstellen, zu:

1. Die vereinbarten Abrechnungsbelege je Vertragsarzt;

2. die nach Behandlungsfällen untergliederten Einzelleistungsnachweise je Vertragsarzt mit den Nrn. der E-GO, den Kosten in DM sowie den Gesamtpunktzahlen und DM-Beträgen je Behandlungsfall;

3. die Gesamtleistungsnachweise mit den Endsummen der Einzelfallnachweise gegliedert nach Leistungsgruppen und Leistungsarten in DM je Arzt und Fachgruppe vor und nach Prüfung;

4. alle zusätzlichen Unterlagen, die Eintragungen im Formblatt 3 A begründet haben;

5. den Gesamtleistungsbedarf in einem Formblatt 3 A.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt jeder Vertragskasse neben den von den Kassenärztlichen Vereinigungen gelieferten Formblättern 3 A einen Gesamtleistungsnachweis nach Formblatt 3 je Bezirks- bzw. Abrechnungsstelle sowie in einer Gesamt-



zusammenfassung (Bundesgebiet) zur Verfügung. Diese Gesamtleistungsnachweise je Vertragskasse sowie das verbandsbezogene Formblatt 3 erhalten auch die Verbände der Ersatzkassen.

(3) Die Nachweise werden nach den Versichertengruppen M, F und R getrennt.

(4) Der Inhalt der Formblätter 3 und 3 A wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Verbänden der Ersatzkassen festgelegt.

(5) Berichtigungen von Rechenfehlern, von Fehlern bei der Anwendung der Gebührenordnung und sonstiger derartiger Fehler sind spätestens binnen fünf Monaten nach Rechnungslegung – jeweils nach Kalendervierteljahre getrennt – geltend zu machen.

Ist die Gebührenordnung in einer aus der Abrechnung nicht erkennbaren Weise falsch angewandt worden, so können nachträglich Berichtigungen binnen drei Monaten nach Kenntnis des Berichtigungsgrundes geltend gemacht werden, jedoch nicht länger als ein Jahr zurück.

Unberührt bleibt ein Anspruch auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung.

#### § 24

##### Abrechnung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Vertragskasse

Die Abwicklung der Abrechnung und des Zahlungsverkehrs erfolgt über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die die hierzu erforderlichen Regelungen mit den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart.

#### § 25

##### Zahlungen der Vertragskassen

(1) Die Vertragskassen leisten bis zum 1. eines jeden Monats eine Abschlagszahlung auf das Honorar für den vergangenen Monat. Die monatliche Abschlagszahlung beträgt 25% der Honorarsumme des zuletzt abgerechneten ersten Kalendervierteljahres.

(2) Die Restzahlung ist von den Vertragskassen zehn Tage nach Zugang des Gesamtleistungsnachweises zu bezahlen. Hierzu übermittelt die KBV den Vertragskassen den Gesamtleistungsnachweis, wobei die von den Vertragskassen bereits geleisteten Zahlungen zu berücksichtigen sind.

(3) Zu den bei der Durchführung des Vertrages einschließlich Prüfungs- und Sozialgerichtsverfahren entstehenden Kosten leisten die Vertragskassen einen Beitrag in Höhe von 1 % der Ho-

norarsumme mit Ausnahme der nachstehenden Leistungen:

Für die Leistungen nach der Anlage 1 (Psychotherapie) wird ein Beitrag von 0,4%, für die Leistungen nach Anlage 3 (Schutzimpfungen) ein Beitrag von 0,35% fällig.

Für die Leistungen ärztlich geleiteter Einrichtungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 3 und 4, für die Kosten nach der Anlage 2 (Dialysesachkosten), die Leistungen der Früherkennung von Krebserkrankungen und von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie für die Leistungen nach der Onkologievereinbarung und für die pauschalierten Vergütungen der Polikliniken kann der Beitrag nicht berechnet werden.

#### § 26

##### Information der Versicherten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erteilen Versicherten auf deren schriftliche Anfrage Auskünfte über in Anspruch genommene vertragsärztliche Leistungen und deren Kosten nach dem von der Kassenärztlichen Vereinigung näher geregelten Verfahren. Über die Art der Information verständigen sich der VdAK/AEV und die Kassenärztliche Vereinigung.

#### § 27

##### Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt werden, wenn der Vertragsarzt die vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen erfüllt. Diese werden jeweils in den Anlagen zu diesem Vertrag unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechts von den Vertragspartnern vereinbart. Die Regelungen können sich bei medizinisch-technischen Leistungen auch auf die Mindestanforderungen an die apparativ-technische Ausstattung erstrecken.

(2) Abs. 1 gilt auch für die Qualifikationsanforderungen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wobei die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 135 Abs. 1 SGB V abgegebenen Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die apparativen Anforderungen zu beachten sind.

(3) Für folgende Bereiche gelten bis zur Vereinbarung von Qualifikationsanforderungen die Richtlinien der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der am 1. 1. 1990 geltenden Fassung:

- Radiologie und Nuklearmedizin
- Ultraschalldiagnostik
- Kernspintomographie
- Laboratoriumsdiagnostik
- Langzeit - EKG
- zytologische Diagnostik

(4) Die Qualifikation ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen dem VdAK/AEV mit, welche Vertragsärzte die Qualifikation erfüllen.

#### § 28

##### Neue Untersuchungsmethoden und Behandlungsmethoden

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur angewendet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat.

(2) Zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden getroffene Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft der Partner dieses Vertrages bleiben bis zu einer Beschlußfassung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen unberührt.

#### § 29

##### Ausführung ärztlicher Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen, die mit medizinisch-technischen Großgeräten im Sinne der Großgeräte-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht werden, bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist nur zu erteilen, wenn der Arzt nach der für die Kassenärztliche Vereinigung verbindlichen Planung das Großgerät an dem gewählten Standort nutzen darf und die vorgeschriebenen Qualifikationsanforderungen nachgewiesen hat.

#### § 30

##### Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Die vertragsärztliche Versorgung wird auf der Grundlage der Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 Abs. 7 SGB V auf Wirtschaftlichkeit überwacht.

(2) Die Vertragspartner vereinbaren Richtgrößen nach § 84 SGB V. ▷

## § 31

### Ersatz- und Erstattungsansprüche der Vertragskassen

(1) Von den Prüfungseinrichtungen rechtswirksam festgesetzte Regreß- oder Schadenersatzforderungen der Vertragskassen dürfen gegen fällige Honorarforderungen des Vertragsarztes aufgerechnet werden; soweit eine aufrechnungsfähige Honorarforderung des Vertragsarztes nicht besteht, zieht die Kassenärztliche Vereinigung die Forderung aus dem Bescheid ein. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die Kassenärztliche Vereinigung die Forderung an die Vertragskasse ab.

(2) Macht eine Vertragskasse gegen einen Vertragsarzt einen Schadenersatzanspruch aus schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten geltend, für dessen Feststellung nicht die Prüfungseinrichtungen zuständig sind, ist zur Vermeidung gerichtlicher Auseinandersetzungen eine Schlichtungsverhandlung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Vertragskasse und dem Vertragsarzt vor dem Schlichtungsausschuß durchzuführen. Ziel der Schlichtungsverhandlung ist eine einvernehmliche Feststellung von Grund und Höhe des Schadens. Der Vertragsarzt ist verpflichtet, an der Schlichtungsverhandlung teilzunehmen.

(3) Wird der Anspruch nach Abs. 2 Satz 1 auf schuldhaft fehlerhafte Abrechnungen gestützt, durch die der Vertragskasse ein Schaden entstanden ist, und ist eine Schlichtungsverhandlung erfolglos geblieben, so setzt der Schlichtungsausschuß einen Schadenersatz auf der Grundlage einer Schätzung nach von der Vertragskasse begründet berechneten Schadensfällen fest. Die Festsetzung erfolgt durch Beschluß des Schlichtungsausschusses. Zur Durchführung des Beschlusses erläßt die Kassenärztliche Vereinigung einen Bescheid.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung errichtet einen Schlichtungsausschuß. Er besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Vertragskassen in gleicher Zahl. Den Vorsitz führt ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung. Festsetzungen nach Abs. 3 beschließt der Ausschuß mit Mehrheit; bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(5) Behandlungsfehler eines Vertragsarztes bei einem Versicherten und ein dadurch verursachter Mehraufwand der Vertragskasse sind keine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten und kein Schaden im Sinne des Abs. 2. Ansprüche der Versicherten und der

Vertragskassen richten sich ausschließlich nach bürgerlichem Recht (§ 76 Abs. 4, § 66 SGB V, § 116 SGB X).

(6) Sind aufgrund schuldhaft fehlerhafter Abrechnungen eines Vertragsarztes von den Vertragskassen Leistungen vergütet worden, auf deren Vergütung ein Anspruch nicht bestand, so gilt Abs. 1 entsprechend. Dasselbe gilt für den Fall der Honorarkürzung, wenn der Kürzungsbetrag entsprechend der Vergütungsregelung des Honorarvertrages der Vertragskasse zusteht. Eine Rückerstattung nach Satz 1 und 2 ist ausgeschlossen, soweit die Vergütung pauschaliert errechnet wurde.

## § 32

### Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen

(1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft (AG Ärzte/Ersatzkassen), die aus sechs Vertretern der KBV und aus fünf Vertretern des VdAK sowie einem Vertreter des AEV besteht. Jeder Partner ernennt Stellvertreter. Die Geschäfte werden bei der KBV geführt. Der Geschäftsführer nimmt an den Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft teil.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft wird von Amts wegen oder auf Antrag eines Vertragspartners tätig.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft kann zur Bearbeitung besonderer Fragen Kommissionen bilden.

(4) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe,

1. Bestimmungen des Vertrages verbindlich auszulegen sowie in grundsätzlichen Fragen zu entscheiden, die sich aus der Durchführung des Vertrages ergeben oder eine Änderung des Vertrages notwendig machen,

2. die Vertragsgebührenordnung (E-GO) verbindlich auszulegen und vertragliche Bestimmungen dazu zu treffen, auszulegen und zu ändern,

3. bis zur Beschlußfassung durch den Bewertungsausschuß über die Zuordnung von Leistungen zu einzelnen Gebühren-Nrn. der E-GO zu entscheiden.

(5) Die Arbeitsgemeinschaft entscheidet durch „Feststellungen“ oder „Beschlüsse“.

Feststellungen sind Interpretationen bestehender Regelungen und finden auch für die Vergangenheit Anwendung. Beschlüsse gelten für die Zukunft vom Zeitpunkt des Inkrafttretens an.

(6) Die Feststellungen und Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft werden in den Zeitschriften „Deutsches

Ärzteblatt“ und „Die Ersatzkasse“ bekanntgemacht.

## § 33

### Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten

(1) Bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten finden die Disziplinarbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 81 Abs. 5 SGB V) Anwendung.

Die Möglichkeit des Widerrufs der Beteiligung gem. § 10 Abs. 3 wegen gröblicher Vertragsverletzungen bleibt unberührt.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet in Fällen, in denen auf Anregung einer Ersatzkasse gegen einen Vertragsarzt wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, den VdAK/AEV über die Einleitung und das Ergebnis des Verfahrens unter Angabe der wesentlichen Gründe. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet den VdAK/AEV auch über Disziplinarmaßnahmen, die von ihr beantragt worden sind, soweit das Verhältnis des Vertragsarztes zu den Vertragskassen berührt wird.

## § 34

### Befragung von Versicherten

Die Befragung von Versicherten durch eine Vertragskasse in bezug auf die Behandlung durch einen Vertragsarzt darf nur vorgenommen werden, wenn die notwendige Aufklärung des Sachverhalts ohne eine Befragung nicht möglich ist. Sie darf nur im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen.

Bei der Befragung ist darauf zu achten, daß durch Form und Art der Befragung Ansehen und Ruf des Vertragsarztes nicht geschädigt werden. Eine fernmündliche oder formularmäßige Befragung ist unzulässig.

Die Kassenärztliche Vereinigung wird über das Ergebnis der Befragung unterrichtet. Diese unterrichtet in geeigneter Weise den Vertragsarzt.

## § 35

### Schiedsamt

(1) Kommt bis zum Ablauf des Honorarvertrages (§ 14) eine neue Honorarvereinbarung nicht zustande, so hat innerhalb einer Frist von einem Monat das Schiedsamt zusammenzutreten und eine Honorarregelung auf der Grundlage der in § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V genannten Berechnungsarten festzusetzen. Bis zur Verkündung dieser Honorarregelung, die von dem Tage ab in Kraft tritt, an dem die alte Honorarre-



gelung abgelaufen ist, wird vorläufig nach der alten Honorarregelung abgerechnet.

(2) Die Vertragspartner bilden ein Schiedsamt, das aus einem Vorsitzenden (Abs. 3), drei Vertretern der KBV sowie drei Vertretern der Verbände der Ersatzkassen besteht.

Jeder Partner benennt Stellvertreter. Die Geschäfte des Schiedsamtes werden jeweils für die Dauer von 4 Jahren wechselnd von den Verbänden der Ersatzkassen und von der KBV geführt.

(3) Das Schiedsamt wird von einem Vorsitzenden geleitet, auf den sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so wird der Präsident des Bundessozialgerichts gebeten, einen Vorsitzenden zu benennen.

(4) Die Entscheidungen des Schiedsamtes sind für die Vertragspartner verbindlich. Die aufgrund der Entscheidung des Schiedsamtes ergangene Regelung ist frühestens sechs Monate nach dem Inkrafttreten zum Ende eines Quartals – ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist – kündbar.

### § 36

#### **Inkrafttreten, Übergangsregelung, Kündigung**

(1) Diese Neufassung des Vertrages vom 20. 7. 1963 tritt am 1. 10. 1990 in Kraft.

(2) Die Anlagen 5, 14 und 17 der bisherigen Fassung des Vertrages sind Anlagen 1, 2 und 3 der Neufassung. Diese Anlagen sowie die Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des bisherigen Vertrages gelten in ihrer bisherigen Fassung bis auf weiteres fort. Soweit dort auf Bestimmungen der bisherigen Fassung des Vertrages verwiesen wird, treten an deren Stelle die entsprechenden oder vergleichbaren Bestimmungen der Neufassung des Vertrages.

(3) Nach § 5 Abs. 6 der bisherigen Fassung des Vertrages beteiligte Vertragsärzte sind mit Inkrafttreten der Neufassung ermächtigte Ärzte nach § 7 Abs. 4 Nr. 1. Dies gilt nicht für Vertragsärzte, die sich bis zum 1. 1. 1977 um die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beworben haben.

(4) Der Vertrag kann jeweils bis zum 30. 6. eines jeden Jahres zum Ende des folgenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.

(5) Unabhängig von der Kündigung des Vertrages kann jede Anlage mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. □

## **Anmerkungen**

zur KBV-Information über „Neue Aspekte in der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge“ vom 13. September 1990 (Deutsches Ärzteblatt, Heft 37)

Im Heft 37 des Deutschen Ärzteblatts vom 13. September 1990 wurde auf Seite A-2735 zur Applikation des Anti-D-Immunglobulins zur präpartalen Rhesus-Prophylaxe unter anderem folgendes ausgeführt:

„Dabei soll die Anti-D-Prophylaxe unmittelbar nach der Blutentnahme für den zweiten Antikörper-Suchtest erfolgen. Hierfür kann zur Erzielung eines hohen Anti-D-Immunglobulin-Spiegels im Serum die intravenöse Injektion des Immunglobulins über die für die Blutentnahme verwendete Kanüle erfolgen, sofern nicht eine intramuskuläre Injektion durchgeführt wird.“

Diese allgemein gehaltene Aussage ist Empfehlungen aus der internationalen Literatur entnommen. Sie gilt hinsichtlich der Möglichkeit der intravenösen Applikation selbstverständlich nicht für solche Präparationen von Anti-D-Immunglobulin, die ausschließlich intramuskulär appliziert werden dürfen. Da in der Bundesrepublik Deutschland derzeit im Gegensatz zu anderen Ländern (z. B. Schweiz, Kanada) offensichtlich ausschließlich intramuskulär applizierbare Anti-D-Immunglobulin-Präparate im Handel sind, hat die im Grundsatz beschriebene Alternative der intravenösen Applikation vor der Einführung intravenös applizierbarer Präparate für die Ver-

sorgung in der Bundesrepublik Deutschland praktisch keine Bedeutung. Aus diesem Grunde kommt vorläufig ausschließlich die intramuskuläre Durchführung der Anti-D-Prophylaxe in Frage, wobei allgemein eine Dosis von 300 µg – entsprechend 1500 I. E. – empfohlen wird. Eine versehentliche intravasale Injektion von Präparaten, die nur für eine intramuskuläre Injektion verwendet werden dürfen, kann – darauf weisen auch die jeweiligen Begleitinformationen hin – gegebenenfalls schwerwiegende Nebenwirkungen auslösen.

In derselben Information heißt es: „Aufgrund der Inzidenz der Spina bifida aperta in der Bundesrepublik von rund 1 Prozent aller Schwangerschaften . . .“ Hier muß es anstelle von „1 Prozent“ richtig heißen „1 Promille“. □

## **Kassenarztsitz**

### **Niedersachsen**

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen wird folgender Kassenarztsitz ausgeschrieben:

**Salzgitter, Augenarzt.** In der Stadt Salzgitter ist im Stadtteil Salzgitter-Bad (Einzugsgebiet ca. 40 000 Einwohner) die Kassenarztstelle eines Augenarztes dringend zu besetzen. Die Praxis kann von einem Nachfolger übernommen werden.

Nähere Auskünfte erteilt die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Bezirksstelle Braunschweig, An der Petrikirche 1, 3300 Braunschweig, Postfach 30 40, Tel.: 05 31/4 40 36. □

## **Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages**

aus der 160. Sitzung am 11./12. September 1990

### **609. Zu Nr. 915 E-GO**

Die Arbeitsgemeinschaft stellt fest: „Wird angefeuchtete Heißluft als vorbereitende Maßnahme zur Aknebehandlung angewandt, ist diese Maßnahme Bestandteil der Leistung nach Nr. 915.“

### **610. Zu Nr. 7120 E-GO**

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Die Legende der Pauschalerstattung nach Nr. 7120 wird geändert:

„7120 Versandpauschale, Standardbrief oder Telefax . . .“

(Gültig ab 1. Oktober 1990)

### **611. Zu Anlage 1 zur E-GO**

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Die Punkte 3e) und 3f) der Anlage 1 zur E-GO werden wie folgt geändert:

„e) die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der Nrn. 5200 bis 5221 (Computertomographie) mit 60% der Vergütungssätze“

„f) die Leistungen nach den Nrn. 5200 bis 5221 (Computertomographie) und nach den Nrn. 5500 bis 5512 (Kernspintomographie) mit 20% der Vergütungssätze“

(Gültig ab 1. Oktober 1990) □