

Vertrag

zwischen

dem Vorstand der

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)

und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

über die

**ärztliche Versorgung der Mitglieder
der Beitragsklassen I, II und III
der Krankenkassenversorgung
der Bundesbahnbeamten^{*}**

vom 13. September 1983

Gültig ab: 4. Juli 2001

^{*} Zu recherchieren unter DARIS-Archivnr. **1003686263**

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 Beitragsklassen 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 und 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. An diesem Vertrag nehmen - abgesehen von Notfällen - die Ärzte teil, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind oder die diesen Vertrag gegenüber der für ihren Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als für sich verbindlich anerkennen.
2. Soweit sich die Vorschriften dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sich aus den nachfolgenden Vorschriften und den Anlagen zu diesem Vertrag nichts abweichendes ergibt.

3. 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.
4. 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 Verrichtungen 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 bilden.
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.
4. Arztrechnungen sind spätestens innerhalb von 6 Wochen zu begleichen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht möglich, ist der Arzt unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.

§ 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 beschränken, 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 Ordnungsweise ist gegebenenfalls auf Anfrage des beratenden Arztes der KBV 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. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Verordnungen von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln nicht vornehmen.
3. Bestehen zwischen einer Bezirksleitung der KVB und einem am Vertrag beteiligten Arzt Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Behandlungs- und Ordnungsweise, 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. Die Kosten für vom Prüfarzt erstellte Gutachten tragen die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung je zur Hälfte.

§ 8

Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern sowie die Maßnahmen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und die Anwendung von Psychotherapie (Anlage B) entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 9

Im Anhang zu diesem Vertrag werden den Ärzten die Anschriften und Kommunikationsverbindungen der Bezirksleitungen der KVB bekanntgegeben.

§ 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 Vertragschließenden 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.

Frankfurt / Köln, den 13. September 1983

Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

gez. Dr. Wüstefeld

Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

gez. Dr. Muschallik

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, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

II. Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlung

1. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen jeweils unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf* wie folgt vergütet:
Leistungen mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O mit dem 2,2fachen des Gebührensatzes
Leistungen der Abschnitte A, E und O mit dem 1,8fachen des Gebührensatzes
Leistungen des Abschnitts M sowie nach Nr. 437 mit dem 1,15fachen des Gebührensatzes.
2. Auf Leistungen, die nach den Bestimmungen der GOÄ nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind, ist der vereinbarte Multiplikator nicht anzuwenden.
3. Zu den Kosten für psychotherapeutische Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Zuschüsse nach den Bestimmungen der Tarifstelle 2 des Tarifs der KVB gezahlt.

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

1. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ stationär belegärztlich erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen nach Abschnitt II dieser Anlage vergütet.

Von dem Rechnungsbetrag für die stationär erbrachten ärztlichen Leistungen ist gemäß § 6 a GOÄ ein Abzug in Höhe von 15 % vorzunehmen und in der Rechnung auszuweisen.
2. Der von einem Belegarzt zur Assistenz oder Narkose/Anästhesie zugezogene Arzt kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nicht abrechnen, wenn

* Ab 1. Januar 2002 5,82873 Cent

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.
4. Die Vorschriften der Absätze 1 bis 3 finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung.

Protokollnotiz zur Vereinbarung vom 06. Februar 1996

zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB),
Frankfurt

und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Aufgrund der am 01.01.1996 in Kraft getretenen Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurde es notwendig, die Gebührenregelungen auf die geänderte Abrechnungsbasis umzustellen.

Als Grundlage für diese Umstellung wurde mangels eigener konkreter Daten von den Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit über die finanziellen Auswirkungen der Neufassung der GOÄ ausgegangen. Danach wird unter Berücksichtigung aller Änderungen eine Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leistungen um ca. 2,9 % (strukturelle Komponente) und durch die zum 01. Januar 1996 wirksam werdende Punktwertanhebung eine Erhöhung von 3,6 % erwartet. Unter Zugrundelegung dieser Daten unterstellen die Vertragspartner, daß sich für den Vertragsbereich der Mitgliedergruppe I - III der KVB eine Ausgabenerhöhung in dieser Größenordnung ergibt.

Die Vertragspartner sind sich dahingehend einig, daß eine Überprüfung der Berechnungsgrundlage für die Umstellung auf die neue GOÄ und entsprechende Korrekturmaßnahmen vorgenommen werden, wenn der unterstellte Prozentsatz von 6,5 % nach Vorliegen der Abrechnungen für den Abrechnungszeitraum 1996 erheblich überschritten wird.

Frankfurt / Köln, den 06. Februar 1996

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Anlage B zum Vertrag

Anwendung von Psychotherapie

§ 1

Für die psychotherapeutische Behandlung gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen entsprechend.

§ 2

Bei der Durchführung von Psychotherapie gemäß § 1 sind die Gebührenpositionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, anzusetzen. Für Leistungen, die dort nicht ausdrücklich verzeichnet sind, gelten folgende Regelungen:

1. Nach Nr. 860 GOÄ ist berechnungsfähig

Erhebung des psychodynamischen Status mittels der biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen oder verhaltensanalytischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen, ggf. einschl. ergänzender Testverfahren, einschl. Beratung des Kranken, ggf. in mehreren Sitzungen

2. Nach Nr. 801 GOÄ ist berechnungsfähig

Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung des Krankheitsbildes und psychotherapeutischer Indikationsstellung unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse des psychodynamischen Status

3. Nach Nr. 808 GOÄ ist berechnungsfähig

Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie.

4. Nach Nr. 861 bzw. 870 GOÄ - auch als probatorische Sitzungen - und nach Nr. 862 GOÄ bzw. 871 GOÄ als Gruppenbehandlung ist berechnungsfähig

Die Kurzzeittherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie

5. Nach Nr. 849 GOÄ ist berechnungsfähig

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschl. Beratung, einmal im Behandlungsfall

6. Nach Nr. 806 GOÄ ist berechnungsfähig

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 15 Minuten)

7. Nach Nr. 76 GOÄ ist berechnungsfähig

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

§ 3

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.

§ 4

1. Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie ist ein Gutachterverfahren eingerichtet.
2. Die KVB übersendet dem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der die Psychotherapie ausführen wird, nach Beantragung der Leistung durch das Mitglied der KVB (vgl. § 3 dieser Anlage) die entsprechenden Vordrucke. Die Vordrucke sind auszufüllen und an die Hauptverwaltung der KVB zu schicken. Bei Antrag auf Fortsetzung der Behandlung ist entsprechend zu verfahren.

§ 5

Die psychotherapeutischen Leistungen werden nach Anlage A vergütet.

§ 6

Für Gutachten und Obergutachten werden die Gebühren gesondert vereinbart.

Anhang zum Vertrag Krankenversorgung Bundesbahn

Anschriften und Kommunikationsverbindungen der Bezirksleitungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), an die sich die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Zweifelsfällen wenden können:

Website der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten: www.kvb.bund.de

Bezirksleitung der KVB
Südenstr. 44
76135 Karlsruhe
Fax (0721) 8243-181/182/183
Fax (0721) 8243-159

Bezirksleitung der KVB
Franz-Ulrich-Str. 12
34117 Kassel
Zentrale Tel. (05 61) 78 13-0
Allgemeine Auskunft Krankenversorgung Tel. (0561) 7813-181
Fax (0561) 7813-159

Bezirksleitung der KVB
Hafenstr. 62
48153 Münster
Tel (0251) 6271-0
Fax (0251) 6271-159

Bezirksleitung der KVB
Klepperstr. 1A
83026 Rosenheim
Tel (08031) 4076-0
Fax (08031) 4076-159

Bezirksleitung der KVB
Döppersberg 41
42103 Wuppertal
Tel (0202) 4966-0
Fax (0202) 4966-159

Hinweis für Ärzte im Beitrittsgebiet (Neue Bundesländer)

KVB - Versicherte sind regelmäßig Beamte oder Ruhestandsbeamte der Deutschen Bundesbahn (DB) oder Angehörige sowie Hinterbliebene der vorgenannten Beamten. Sie wohnen daher überwiegend in den sog. alten Bundesländern und nicht im Beitrittsgebiet.

Anfragen aller Art sollten an die für den jeweiligen Versicherten zuständige Bezirksleitung, ansonsten an die Bezirksleitung in 34117 Kassel, gerichtet werden.