

Der neue Bundesmantelvertrag

Nachdem sowohl Vorstand und Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch die Beschlußgremien der Bundesverbände der (Primär-)Krankenkassen zugestimmt haben, ist zum **1. Oktober 1990** – neben dem neuen **Arzt-/Ersatzkassenvertrag** (s. Dtsch. Ärztebl., Heft 39 v. 27. 9. 90) – auch der neue **Bundesmantelvertrag** in Kraft getreten. Die vorbereitenden Arbeiten haben sich – ebenso wie beim Arzt-/Ersatzkassenvertrag – über einen Zeitraum von mehr als eineinhalb Jahren erstreckt. Dabei haben auf Ärzteseite wiederum Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von regelmäßigen Abstimmungsgesprächen wesentlich an der inhaltlichen Gestaltung des Vertrages mitgewirkt.

Der Bundesmantelvertrag regelt die kassenärztliche Versorgung als allgemeiner Inhalt der zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen abzuschließenden Gesamtverträge. Der Vertrag gilt für fast alle Primärkassen (**Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen und See-Krankenkasse**). Ausgenommen ist nur die **Bundesknappschaft**, mit der die KBV einen eigenen Vertrag abgeschlossen hat, der sich allerdings weitgehend auf die inhaltlichen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages bezieht. Der Vertrag mit der Bundesknappschaft ist ebenfalls zum 1. Oktober 1990 in Kraft getreten und wird im nächsten Heft des Deutschen Ärzteblattes (Heft 43 vom 25. Oktober 1990) veröffentlicht werden.

Die nun vorliegende Neufassung des Bundesmantelvertrages war aufgrund des mit dem **Gesundheits-Reformgesetz** zum 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) notwendig geworden. Die Neufassung löst den bisherigen Bundesmantelvertrag vom 28. August 1978 ab. Die Mehrzahl der inhaltlichen Veränderungen gegenüber dem bisherigen Vertrag entspricht der erforderlichen Anpassung der vertraglichen Bestimmungen an das SGB V. Für den Kassenarzt bleibt es in den meisten Bereichen bei den bisher vertrauten Regelungen. Im Heft 39 des Deutschen Ärzteblattes vom 27. Sep-

tember 1990 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf einige der inhaltlich neuen Bestimmungen im neuen Arzt-/Ersatzkassenvertrag hingewiesen. Diese neuen Regelungen gelten ab dem 1. Oktober 1990 weitgehend entsprechend auch für die Primärkassen:

▷ So wird im § 29 Abs. 2 geregelt, daß für **schriftliche Informationen**, die durch die Krankenkasse angefordert werden, grundsätzlich nur vereinbarte Vordrucke Verwendung finden dürfen und daß auf dem Vordruck ein Hinweis darüber enthalten sein muß, ob und –

Die KBV informiert

wenn ja – in welcher Höhe die Abgabe der Information vergütet wird.

▷ Gleichlautend mit den Formulierungen im Arzt-/Ersatzkassenvertrag ist auch die Bestimmung, daß bei Überweisungen zur Durchführung bestimmter Leistungen (**Auftragsüberweisung**) künftig zwischen „Zielauftrag“ und „Rahmenauftrag“ unterschieden werden soll (§ 21 Abs. 7).

▷ Auch für den Bereich der Primärkassen gelten die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über **Qualifikationsvoraussetzungen** für bestimmte ärztliche Tätigkeiten (zum Beispiel Ultraschall-Richtlinien, Radiologie-Richtlinien) in der am 1. Januar 1990 geltenden Fassung vorläufig weiter (§ 10 Abs. 3). Dies gilt – soweit vorhanden – entsprechend für die bisherigen Richtlinien von Kassenärztlichen Vereinigungen über Qualifikationsanforderungen für andere ärztliche Leistungen (zum Beispiel EKG-Richtlinien in einigen KVn).

▷ Hinsichtlich der **Erstattungsansprüche** der Primärkassen konnte – wie auch im Arzt-/Ersatzkassenvertrag – vereinbart werden, daß mögliche Ansprüche von Versicherten und von Primärkassen aufgrund eventueller ärztlicher Behandlungsfehler keinen öffentlich-rechtlichen Schadensersatzanspruch auslösen, sondern vielmehr ausschließlich nach den privatrechtlichen

Regelungen abgewickelt werden. Damit bleibt den betreffenden Ärzten die Möglichkeit zur Schadensregelung über die private Haftpflichtversicherung.

▷ Entgegen der bisherigen Regelung wird nunmehr im § 5 Abs. 3 bestimmt, daß für **Ermächtigungen von Krankenhausärzten** zur Erbringung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und der Krankheitsfrüherkennung der Bedarf für die Versorgung der Versicherten zu prüfen ist. Bei dieser Bedarfsprüfung ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit durch die Ermächtigung eines Arztes, der in die Behandlung der Versicherten einbezogen ist, die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen gefördert werden kann.

▷ Hinsichtlich der **Dokumentationspflicht** bleibt es bei den bisher gültigen Regelungen, nach denen der Arzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlaßten Leistungen in geeigneter Weise zu dokumentieren hat (§ 47 Abs. 1). In einer Protokollnotiz gehen KBV und Krankenkassen davon aus, daß der Arzt dabei aus eigenem Interesse heraus auch die von ihm erbrachten Leistungen im erforderlichen Umfang aufzeichnet; diese Aufzeichnungen unterliegen aber nicht der von der Berufsordnung bestimmten zehnjährigen Aufbewahrungsfrist.

▷ Bei den Berechtigungsscheinen sieht der neue Bundesmantelvertrag – ebenso wie der neue Arzt-/Ersatzkassenvertrag – einen **Mutterschaftsvorsorgeschein** nicht mehr vor. Auf der Rückseite des Behandlungsausweises ist nunmehr das Datum des mutmaßlichen Tages der Entbindung einzutragen.

▷ Mit dem Inkrafttreten des Vertrages zum 1. Oktober 1990 sind die Verträge über das **kassenärztliche Unfallheilverfahren** und damit auch die Regelungen über die Anerkennung von Unfallärzten außer Kraft getreten. Damit entfällt auch die besondere Berichterstattung seitens des Arztes. Die darauf bezogenen Leistungen nach den Nrn. 78 und 79 BMÄ sind nicht mehr berechnungsfähig.

Die im § 1 Abs. 2 erwähnten Anlagen zum Bundesmantelvertrag werden – soweit sie die Psychotherapievereinbarung, die Vordruckvereinbarung und die Vereinbarung über die Einführung der Krankenversichertenkarte betreffen – in folgenden Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes veröffentlicht. □

Bundemantelvertrag – Ärzte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, einerseits, und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der IKK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bergisch Gladbach, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, andererseits, vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundemantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge:

1. Abschnitt

Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1

Vertragsgegenstand, Sondervereinbarungen

(1) Dieser Vertrag regelt als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge die kassenärztliche Versorgung. Sein Geltungsbereich erstreckt sich auf den Geltungsbereich des SGB V.

(2) Bestandteil dieses Vertrages sind die besonderen Vereinbarungen in den Anlagen:

Anlage 1: Psychotherapievereinbarung

Anlage 2: Vordruckvereinbarung

Anlage 3: Vereinbarung über Qualitätssicherung

Anlage 4: Vertrag über die badeärztliche Versorgung

Anlage 5: Vereinbarung über die Einführung der Krankenversichertenkarte

Anlage 6: Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen.

(3) Bestandteil dieses Vertrages sind auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 SGB V.

2. Abschnitt

Kassenärztliche Versorgung: Inhalt und Umfang

§ 2

Umfang der kassenärztlichen Versorgung

(1) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt:

1. die ärztliche Behandlung,
2. die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
3. die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. die ärztlichen Maßnahmen im Rahmen der „Sonstigen Hilfen“ (Maßnahmen zur Empfängnisregelung, zur nicht rechtswidrigen Sterilisation, zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch),

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

6. die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung und Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,

7. die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,

8. die Verordnung von ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskursen,

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

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

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

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

(2) Zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gehören auch

1. die belegärztlichen Leistungen im Sinne von § 121 SGB V,

2. die ambulante ärztliche Behandlung als medizinische Vorsorgeleistung im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB V,

3. ärztliche Leistungen im Rahmen einer ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskur nach den hierzu abgeschlossenen Verträgen (z. B. Badearztvertrag),

4. die in Notfällen ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen durch nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte,

5. die ärztlichen Leistungen bei vorübergehender Erbringung von Dienstleistungen gemäß Artikel 60 des EWG-Vertrages (§ 6).

(3) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören auch die ärztlichen Leistungen in ermächtigten poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen und, unbeschadet der besonderen Regelungen über die Vergütung, die ärztlichen Leistungen in ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren.

(4) Zur kassenärztlichen Versorgung gehören auch Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und zur Rehabilitation, soweit dies in den Gesamtverträgen vereinbart ist.

(5) Die Durchführung von Leistungen der Psychotherapie und der Psychosomatik in der kassenärztlichen Versorgung wird durch besondere Vereinbarung geregelt, die Bestandteil dieses Vertrages ist.

§ 3

Leistungen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung

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

1. die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, für Privatversicherungen, für andere Leistungsträger, Leichenschauschein),

2. die Behandlung von Zahnkrankheiten, die in der Regel durch Zahnärzte erfolgt, mit Ausnahme

a) der Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,

b) der Leistungen, die auch von an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten gelegentlich vorgenommen werden (z. B. Zahnextraktionen),

c) der Leistungen, die auf Veranlassung von Kassenzahnärzten durch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte ausgeführt werden,

3. Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchun-

gen (einschließlich Sporttauglichkeit), auch wenn sie für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,

4. Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z. B. Versorgungsbehörde) zuständig ist oder dem Arzt einen Auftrag gegeben hat,

5. die ärztliche Versorgung von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, 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,

6. die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten,

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 Kassenarzt erbracht, wenn das Krankenhaus die Leistungen nicht sicherstellen kann.

8. Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, die auf deren Veranlassung durch Kassenärzte, ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen im Rahmen der stationären Behandlung erbracht werden; dies gilt nicht für die von einem Belegarzt veranlaßten Leistungen nach § 121 Abs. 3 SGB V,

9. ärztliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Vertrages, sofern Gegenteiliges nicht ausdrücklich vereinbart wird,

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

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

3. Abschnitt Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung

§ 4

Grundsatz

An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte (Kas-

senärzte), ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Die in diesem Vertrag für Kassenärzte getroffenen Regelungen gelten auch für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.

§ 5

Ermächtigung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus gemäß § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des BMÄ ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung erforderlich ist.

(2) Die Zulassungsausschüsse können ohne Prüfung eines Bedürfnisses auf Antrag für folgende Leistungsbeirichte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung ermächtigen:

1. zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen, wenn der Arzt oder die Einrichtung mindestens 6000 Untersuchungen jährlich in der Exfoliativ-Zytologie durchführt und regelmäßig die zum Erwerb der Fachkunde in der zytologischen Diagnostik notwendigen eingehenden Kenntnisse und Erfahrungen vermittelt,

2. ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtshilfe im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(3) Bei der Prüfung des Bedürfnisses für die Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit durch eine Ermächtigung eines Arztes, der in die Behandlung der Versicherten einbezogen ist, die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen gefördert wird.

§ 6

Ermächtigung von Ärzten aus Mitgliedstaaten der 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 Richtlinie 75/362/EWG vom 16. Juni 1975 ärzt-

liche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Land Berlin (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Abs. 5 Ärzte-ZV von den Zulassungsausschüssen des Bereichs, in dem die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn

1. der Antragsteller berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich der Bundesärzteordnung auszuüben,

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

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

4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V sind.

(2) 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.

(3) 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 kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

§ 7

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.

4. Abschnitt Hausärztliche und fachärztliche Versorgung

§ 8

Grundsatz

Die kassenärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.

§ 9

Inhalt und Umfang

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

5. Abschnitt Qualität der kassenärztlichen Versorgung

§ 10

Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung

(1) Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, dürfen in der kassenärztlichen Versorgung nur ausgeführt werden, wenn der Arzt 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-Diagnostik
- Zytologische Diagnostik.

Entsprechendes gilt für die bisherigen Richtlinien von Kassenärztlichen Vereinigungen über Qualifikationsan-

forderungen für andere ärztliche Leistungen.

(4) Die Qualifikation ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Landesverbänden der Krankenkassen mit, welche Ärzte die Qualifikation erfüllen.

(5) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt durch Richtlinien Verfahren zur Qualitätssicherung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung.

§ 11

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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

6. Abschnitt

Allgemeine Grundsätze der kassenärztlichen Versorgung

§ 12

Arztwahl

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

(2) Der Kassenarzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

(3) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Kassenarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes.

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

§ 13

Persönliche Leistungserbringung

(1) Jeder an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die kassenärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten sowie Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, wenn der an der kassenärztli-

chen Versorgung teilnehmende Arzt diese anordnet, fachlich überwacht und der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

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

§ 14

Vertreter, Assistenten, nichtärztliche Mitarbeiter

Werden Assistenten oder Vertreter (§§ 32, 32a Ärzte-ZV) beschäftigt, so haftet der Kassenarzt für die Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Das gleiche gilt bei der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter.

§ 15

Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit

Jeder Kassenarzt hat die Regeln der ärztlichen Kunst und den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise 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 Kassenarzt und die Krankenkasse verbindlich. Außerdem hat der Kassenarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 10 zu beachten.

§ 16

Sprechstunden, Besuche

(1) Der Kassenarzt ist gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen kassenärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben. Die Sprechstunden sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben. Sprechstunden „nach Vereinbarung“ oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist **nur** für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig. ▷

(2) Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sollen die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) berücksichtigt werden.

(3) Ist der Kassenarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert, so hat er dies der kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung der vertretenden Ärzte mitzuteilen. Darüber hinaus soll der Kassenarzt – auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang) bekanntgeben. Die Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzusprechen.

(4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Kassenarzt ablehnen, es sei denn, daß es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Kassenarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

(5) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenärzte in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

(6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist, unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung, in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,

2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, daß sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

7. Abschnitt Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen durch den Versicherten

§ 17

Vergütungsanspruch gegen Versicherte

(1) Der Kassenarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,

1. solange ein gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,

2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Kassenarzt schriftlich bestätigt.

(2) Der Kassenarzt darf für kassenärztliche Leistungen von Versicherten keine Zuzahlungen fordern.

§ 18

Krankenversichertenkarte/ Krankenschein

(1) Über die Einführung der Krankenversichertenkarte (Versichertenkarte) treffen die Partner dieses Vertrages eine besondere Vereinbarung. Solange die Versichertenkarte noch nicht eingeführt worden ist, weist der Versicherte seinen Anspruch auf kassenärztliche Versorgung durch Vorlage eines Krankenscheins nach, der neben der Bezeichnung der Krankenkasse

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

enthält. Auf den Vordrucken, die der Kassenarzt ausstellt, sind diese Angaben, soweit vorhanden und vorgesehen, zu übertragen. Dies gilt für die Krankenversichertennummer nur dann, wenn sie vom Arzt nicht manuell übertragen werden muß.

Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden. Der Krankenschein ist gültig für das Quartal, für das er ausgestellt worden ist, es sei denn, daß die Krankenkasse die Gültigkeit befristet hat.

Der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter hat seinen Anspruch auf Leistungen durch Unterschrift auf dem Krankenschein mit Datumsangabe zu bestätigen. Entsprechendes gilt für den Nachweis des Anspruchs auf solche Leistungen, für die zwischen den Vertragsschließenden besondere Berechtigungsscheine vereinbart worden sind.

Für die Verpflichtung zur Vorlage der Krankenscheine oder Berechtigungsscheine (für Gesundheitsuntersuchungen, Krebsfrüherkennung, Früherkennung von Krankheiten bei Kindern), ihre Gültigkeit und ggf. für die Verwendung für die Abrechnung der Leistungen gelten die Abs. 2 bis 8 entsprechend.

(2) Die gesamte, von demselben Kassenarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken jeweils ambulant oder stationär zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Kranke, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit von demselben Kassenarzt behandelt wird. Stationäre belegärztliche Behandlung ist auch dann ein eigenständiger Behandlungsfall, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt.

(3) Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe eines Behandlungsfalles, ohne daß dies dem Kassenarzt bei der Behandlung bekannt wird, so hat die Krankenkasse die Vergütung für die bis zum Zeitpunkt der Unterrichtung des Kassenarztes erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels, solange der Versicherte dem Kassenarzt den Krankenschein der neuen Krankenkasse nicht vorgelegt oder keinen Überweisungsschein vorgelegt hat. Legt der Versicherte noch während des laufenden Kalendervierteljahres den neuen Krankenschein vor, gilt dieser rückwirkend zum Tage des Kassenwechsels; bereits bis dahin ausgestellte Verordnungen oder Überweisungen des Kassenarztes bleiben davon unberührt.

(4) Die Krankenkasse hat die Versicherten in geeigneter Weise anzuhalten, den Krankenschein, falls er dem Kassenarzt bei dessen Inanspruchnahme nicht vorgelegt werden konnte, innerhalb von zehn Tagen vorzulegen. Die Krankenkasse wird den Kassenarzt auf dessen Wunsch darin unterstützen, daß der Versicherte den Krankenschein dem Kassenarzt nachträglich vorlegt. Wird der Krankenschein trotz schriftlicher Anmahnung nicht vorgelegt, sendet die Krankenkasse dem Kassenarzt auf Verlangen einen Krankenschein zu.

(5) Falls dem Kassenarzt der Behandlungsausweis bei der ersten Inanspruchnahme nicht vorgelegt wird, kann er von dem Versicherten nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangen (§ 17 Abs. 1). Liegt dem Kassenarzt bis zum Ende des Quartals der Behandlungsausweis vor,

so muß die entrichtete Vergütung zu rückgezahlt werden.

(6) Die Krankenkasse hält die Versicherten dazu an, einen Kassenarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes zu wechseln.

(7) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel soll der Kassenarzt in den Fällen nach Abs. 5 Satz 1 ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ privat verordnen. Die Kosten für die auf Privatrezept ausgeschriebenen Verordnungen dürfen von den Krankenkassen nur übernommen werden, wenn das Privatrezept diesen Vermerk trägt.

(8) Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund eines zu Unrecht ausgestellten Krankenscheines erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 19

Inanspruchnahme der Früherkennungsmaßnahmen

(1) Versicherte mit Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungen, Krebsfrüherkennung, Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) weisen diesen durch Vorlage eines Berechtigungsscheines nach. Ein solcher Berechtigungsschein gilt jeweils für die bezeichnete Untersuchung und für den angegebenen Gültigkeitszeitraum.

(2) Früherkennungsuntersuchungen sollen grundsätzlich nur erbracht werden, nachdem ein Berechtigungsschein vorgelegt wurde. Dies gilt nicht für die erste und zweite Untersuchung im Rahmen der Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (U1 und U2). Die erste Untersuchung (U1) wird auf einem auf den Namen des Versicherten ausgestellten Überweisungsschein abgerechnet. Der Berechtigungsschein für die zweite Untersuchung (U2) ist nachzureichen.

§ 20

Information über Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenärztlichen Vereinigungen die Kassenärzte über den durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelten Umfang des Leistungsanspruches.

8. Abschnitt Kassenärztliche Leistungen

1. Unterabschnitt Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen, Überweisungen

§ 21

Überweisungen

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

(2) Eine Überweisung kann – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen – nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Arzt ein gültiger Behandlungsausweis oder die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat.

(3) Eine Überweisung an einen anderen Arzt 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 Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig.

(4) Überweisungen an einen Arzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur

1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden,
2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Arzt 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 Kassenarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte beziehungsweise ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

(6) Der Kassenarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Kassenarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/

oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der auf Grund der Überweisung tätig gewordene Kassenarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Kassenarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist.

(7) Der überweisende Kassenarzt 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 Leistungsnummer oder der präzisen Leistungsbezeichnung). Der ausführende Kassenarzt ist an den Auftrag gebunden. Für die Wirtschaftlichkeit ist der auftraggebende Kassenarzt 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 Kassenarzt 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 Kassenarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen beim auftragnehmenden Kassenarzt.

3. Konsiliaruntersuchung

Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen, über deren Art und Umfang der ausführende Kassenarzt 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 Kassenarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet.

5. Weiterbehandlung

Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Kassenarzt 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 Überweisungsscheins vor.

(8) Überweisungen an Zahnärzte sind nicht zulässig.

(9) Eine von einem Kassenzahnarzt ausgestellte formlose Überweisung gilt als Behandlungsausweis im Sinne dieses Vertrages. Der Kassenarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung des Kassenzahnarztes beigelegt ist.

2. Unterabschnitt Verordnungen

§ 22

Verordnung von Krankenhausbehandlung

(1) Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn sie erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus der Diagnose oder den Symptomen ergibt.

(2) In der Verordnung sind in geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Näheres über die Verordnung von Krankenhausbehandlung bestimmen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

§ 23

Verordnung häuslicher Krankenpflege

(1) Der Kassenarzt kann häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) verordnen, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

(2) Häusliche Krankenpflege kann auch verordnet werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung dient (Behandlungspflege).

(3) Die Erbringung der Leistung bedarf der Zustimmung der Krankenkasse. Über ihre Entscheidung hat die Krankenkasse den behandelnden Kassenarzt zu unterrichten, sofern die verordnete Leistung nicht oder nicht in vollem Umfang gewährt wird.

(4) Der Kassenarzt hat sich über die sachgerechte Durchführung und über den Erfolg der häuslichen Kran-

kenpflege zu vergewissern. Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, ist die Krankenkasse zu informieren. Die Krankenkassen verpflichten die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die ärztlichen Weisungen zu beachten.

(5) Sofern Krankenkassen nach Maßgabe ihrer Satzungen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gewähren, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, erfolgt deren Verordnung in gleicher Weise. Die Landesverbände der Krankenkassen informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen über den Inhalt der Satzungsbestimmungen.

§ 24

Häusliche Pflegehilfe

Hält der Kassenarzt bei einem Versicherten häusliche Pflegehilfe (§ 53 SGB V) für geboten, teilt er dies unter Angabe des Grundes der Krankenkasse schriftlich mit.

§ 25

Verordnung von Arzneimitteln

(1) Der Kassenarzt soll bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 SGB V beachten. Er soll auf dem Verordnungsblatt kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf.

(2) Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, hat er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen. Diese Verpflichtung entfällt für eine Arzneimittelverordnung nach Abs. 1 Satz 2.

(3) Der Kassenarzt darf Arzneimittel, deren Verordnung zu Lasten der Krankenkasse nach Maßgabe des § 34 Abs. 1 und 2 SGB V ausgeschlossen ist, dann verordnen, wenn er sie in seiner Sprechstunde im Rahmen kassenärztlicher Versorgung anwendet und die Anwendung zur Vorbereitung auf oder im zeitlich begrenzten Anschluß an diagnostische oder therapeutische Eingriffe notwendig ist. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 26

Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln

(1) Die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln ist auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken vorzunehmen.

(2) In der Verordnung ist das Heilmittel oder das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen. Das Nähere über die Verordnung bestimmen die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der kassenärztlichen Versorgung.

(3) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

(4) Der Kassenarzt darf Heilmittel und Hilfsmittel, deren Verordnung zu Lasten der Krankenkassen nach Maßgabe des § 34 Abs. 4 SGB V (Heilmittel und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen ist, nicht verordnen.

§ 27

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

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

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

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

(4) Hat der Versicherte einen Entgeltfortzahlungsanspruch, so ist eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit auszustellen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, wird eine neue ärztliche Bescheinigung ausgestellt; eine rückwirkende Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ist nur ausnahmsweise und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(5) Zur Erlangung von Krankengeld soll die Fortdauer der Arbeitsun-

fähigkeit in der Regel nicht für einen mehr als sieben Tage zurückliegenden Zeitraum und nicht für mehr als zwei 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. Abschnitt

Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Kassenarztstempel

§ 28

Vordrucke

(1) Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen werden als verbindliche Muster in der Vordruckvereinbarung festgelegt. Gegenstand der Vordruckvereinbarung sind auch die Erläuterungen zur Ausstellung der Vordrucke.

(2) Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen.

§ 29

Schriftliche Informationen

(1) Der Kassenarzt ist verpflichtet und befugt, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkasse oder des Medizinischen Dienstes erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkassen zu geben.

(2) Für schriftliche Informationen werden Vordrucke vereinbart. Vereinbarte Vordrucke, kurze Bescheinigungen und Auskünfte sind vom Kassenarzt ohne besonderes Honorar gegen Erstattung von Auslagen auszustellen, es sei denn, daß eine andere Vergütungsregelung vereinbart wurde. Der Vordruck enthält einen Hinweis darüber, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des BMÄ zu vergüten.

§ 30

Ausstellen von Bescheinigungen und Vordrucken

(1) Der Kassenarzt hat bei der Ausstellung von Vordrucken die dazu ge-

gebenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zu beachten. Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Kassenarztstempel zu versehen und vom Kassenarzt persönlich zu unterzeichnen.

Der persönlichen Unterschrift des abrechnenden Arztes auf jedem einzelnen Behandlungsausweis bedarf es nicht, wenn er statt dessen eine Sammelerklärung abgibt, deren Wortlaut zwischen den Partnern des Gesamtvertrages zu vereinbaren ist.

(2) Der Versichertenstatus (Mitglied, Familienangehörige, Rentner einschließlich deren Familienangehörige) ist – soweit vorgesehen – auf die Vordrucke zu übertragen.

§ 31

Kassenarztstempel

(1) Der Kassenarzt hat einen Kassenarztstempel zu verwenden. Das Nähere über den Kassenarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

(2) Bei den Vordrucken für die kassenärztliche Versorgung kann auf die Verwendung des Kassenarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt auf dem Vordruck an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle in Maschinendruck bereits enthalten ist. Das gleiche gilt bei der Abrechnung kassenärztlicher Leistungen auf den hierfür vorgesehenen Vordrucken, wenn diese mittels EDV erfolgt und der Inhalt des Kassenarztstempels an der dafür vorgesehenen Stelle ausgedruckt wird.

(3) Die zur Durchführung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind zur Verhütung mißbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

10. Abschnitt

Belegärztliche Versorgung

§ 32

Stationäre kassenärztliche (belegärztliche) Behandlung

(1) Stationäre kassenärztliche Behandlung (belegärztliche Behandlung) liegt vor,

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

2. wenn die Krankenkasse Krankenhausbehandlung oder stationäre Entbindung gewährt,

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

4. wenn der Kassenarzt gemäß § 33 als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist.

(2) Die Belegärzte sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten, für den ein leistungsgerechtes Entgelt zu zahlen ist (§ 121 Abs. 3 SGB V).

§ 33

Belegärzte

(1) Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, 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) Die stationäre Tätigkeit des Kassenarztes darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Kassenarztes bilden. Er muß im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.

(3) Die Anerkennung als Belegarzt kann grundsätzlich für nur ein Krankenhaus ausgesprochen werden.

(4) Als Belegarzt ist nicht geeignet,

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

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

3. ein Arzt, dessen Wohnung und Praxis nicht so nahe am Krankenhaus liegen, daß die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

§ 34

Verfahren zur Anerkennung als Belegarzt

(1) Die Anerkennung als Belegarzt setzt voraus, daß an dem betreffenden Krankenhaus eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag eingerichtet ist.

(2) Über die Anerkennung als Belegarzt entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen.

(3) Dem Antrag ist eine Erklärung des Krankenhauses über die Gestattung belegärztlicher Tätigkeit und die Zahl der zur Verfügung gestellten Bet-

ten beizufügen. Die Erklärung wird den Landesverbänden der Krankenkassen zur Kenntnis gegeben.

(4) Die Anerkennung als Belegarzt endet mit der Beendigung seiner kassenärztlichen Zulassung oder mit der Beendigung der Tätigkeit als Belegarzt an dem Krankenhaus, für welches er anerkannt war. Die Landesverbände der Krankenkassen sind vom Ende der Anerkennung zu benachrichtigen. Ist ein Ruhen der kassenärztlichen Zulassung angeordnet, ruht auch die belegärztliche Tätigkeit.

(5) Die Anerkennung als Belegarzt ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Anerkennung außerdem widerrufen, wenn entweder in der Person des Kassenarztes ein wichtiger Grund vorliegt oder der Kassenarzt seine Pflichten gröblich verletzt hat, so daß er für die weitere belegärztliche Tätigkeit ungeeignet ist. Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dem Kassenarzt und den Landesverbänden der Krankenkassen mitzuteilen.

(6) Der Widerruf der Anerkennung kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden.

§ 35

Abgrenzung, Vergütung und Abrechnung der stationären kassenärztlichen Tätigkeit

(1) Über die Abgrenzung, Berechnung, Abrechnung und Vergütung treffen die Partner des Gesamtvertrages nähere Bestimmungen.

(2) Der Belegarzt stellt sich für die Abrechnung stationärer kassenärztlicher Leistungen einen Belegarztschein nach vereinbartem Muster aus.

(3) Vereinbart der Versicherte mit dem Belegarzt Privatbehandlung gem. § 17, besteht für den Kassenarzt kein Vergütungsanspruch im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

(4) Nimmt ein Versicherter als Wahlleistungen Unterbringung und/oder Verpflegung in Anspruch, ohne daß eine Vereinbarung nach Abs. 3 abgeschlossen wurde, verbleibt es beim Vergütungsanspruch aus kassenärztlicher Tätigkeit.

(5) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Kassenarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist.

(6) Zugezogene Kassenärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten und mit dem Vermerk „stationär“ versehenen Überweisungsschein ab. Dies gilt auch für die Weiterbehandlung eines Versicherten durch einen Belegarzt.

(7) Die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie sonstiger Materialien für die stationäre Behandlung ist nicht zulässig.

11. Abschnitt

Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen durch den Kassenarzt

§ 36

EDV-Abrechnung

(1) Sofern die Abrechnung ärztlicher Leistungen durch den Kassenarzt auf den hierfür vorgesehenen Vordruck mittels EDV erfolgt, stellt die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber den Krankenkassen 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 Kassenarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfaßt, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

(3) Der antragstellende Kassenarzt 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 kassenärztliche Abrechnung geeignet ist.

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

(5) Die Vertragspartner bilden einen gemeinsamen Ausschuß, dem je ein Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in gleicher Zahl 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) Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterrichten auf Anforderung die Landesverbände der Krankenkassen über gemäß Nr. 2 erteilte Genehmigungen zur Verwendung eines Datenverarbeitungssystems und geben das Fabrikat des Rechners und die genehmigte Programmversion bekannt.

(7) Der Kassenarzt, 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.

(8) 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 Zeilengenaugigkeit toleriert werden, sowie zusätzliche Personentifikation 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 Personentifikation oberhalb des Diagnosefeldes (Name, Vorname, Geburtsdatum).

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

(10) 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 Verwechselungen hinsichtlich der Patientenzuordnung ausgeschlossen sind.

(11) Die Abrechnung des Kassenarztes auf Datenträgern wird zugelassen, wenn anstelle der Bestimmungen

nach Abs. 8 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 der Abrechnung 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.

(12) Die Weiterleitung der Abrechnungsdaten an die Kostenträger erfolgt – soweit im Gesamtvertrag nichts anderes bestimmt ist – auf EDV-Ausdrucken in der vom gemeinsamen Ausschuß abgestimmten Struktur und Reihenfolge zusammen mit den Behandlungsaussweisen.

(13) Zwischen den EDV-Anlagen von Laborgemeinschaften und Arztpraxen 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 Leistungsnummern des BMÄ in die Abrechnung übernommen werden. Stimmen die erbrachten Leistungen nicht mit den angeforderten überein, muß jede übermittelte Leistungsnummer des BMÄ einzeln in die Abrechnung aufgenommen werden. Außerdem muß programmtechnisch gewährleistet sein, daß nur die angeforderten Laborparameter mit ihren entsprechenden Leistungsnummern zur Abrechnung kommen.

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

§ 37

Sonstige Abrechnungsregelungen

(1) Nicht vollständig ausgefüllte Überweisungsscheine für ambulante

kassenärztliche Behandlung (Muster 6 der Vordruckvereinbarung) können von der Abrechnung ausgeschlossen werden, insbesondere wenn das freie Feld auf der Vorderseite dieses Vordrucks für die Angabe des Versichererstatus – Mitglied (M), Familienangehörige (F), Rentner und deren Familienangehörige (R) – keine eindeutige Eintragung enthält.

(2) Die Verwendung von Aufklebern, Stempeln und anderen Aufdrucken, mit denen katalogartig Diagnosen und/oder Leistungspositionen des BMÄ auf die Abrechnungsbelege (Krankenscheine, Überweisungsscheine etc.) aufgebracht werden, auch wenn im Einzelfall durch Kennzeichnung besondere Diagnosen und/oder Leistungspositionen ausgewählt werden, ist für die Abrechnung unzulässig.

(3) Die Abrechnung der Früherkennungsmaßnahmen durch den Arzt erfolgt auf dem Abrechnungsschein (Krankenschein, Überweisungsschein). Der Berechtigungsschein verbleibt bei dem die Früherkennungsuntersuchung durchführenden Arzt und ist von diesem mindestens zwei Jahre nach Durchführung der Untersuchung aufzubewahren.

12. Abschnitt

Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

§ 38

Prüfungseinrichtungen, Prüfverfahren

(1) Die kassenärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung durch Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse überwacht.

(2) Bei der Prüfung der kassenärztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise ist die Wirtschaftlichkeit der gesamten Tätigkeit des Kassenarztes zu berücksichtigen. Bei Verstößen gegen die Wirtschaftlichkeit sollen Honorarkürzungen oder Regressen gezielter Beratungen vorgehen.

(3) Die Prüfungseinrichtungen haben auch den sonstigen Schaden festzustellen, den ein Kassenarzt infolge schuldhafter Verletzung kassenärztlicher Pflichten einer Krankenkasse verursacht hat.

§ 39

Unterstützung der Krankenkassen bei der Verfolgung übergegangener Schadensersatzansprüche gegen Kassenärzte

Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen wegen eines Be-

handlungsfehlers des Kassenarztes richten sich ausschließlich nach bürgerlichem Recht (§§ 76 Abs. 4, 66 SGB V, § 116 SGB X). Macht eine Krankenkasse einen nach § 116 SGB X auf sie übergegangenen Schadensersatzanspruch gegen einen Kassenarzt geltend, kann sie – unbeschadet der Verfolgung ihres Anspruchs im Rechtsweg – die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bei der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen. Der Kassenarzt ist verpflichtet, sich an dem Schlichtungsverfahren zu beteiligen; mit seinem Einverständnis ist dem Haftpflichtversicherer Gelegenheit zur Teilnahme zu geben. Das Schlichtungsverfahren hat eine einvernehmliche Feststellung zur Schadenshöhe zum Ziel. Das Schlichtungsverfahren bei der Kassenärztlichen Vereinigung darf erst eingeleitet werden, wenn über den Behandlungsfehlervorwurf eine bestätigende Feststellung in einem Verfahren vor einer Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle bei einer Landesärztekammer oder eine andere rechtsverbindliche Feststellung vorliegt. Der Kassenarzt ist verpflichtet, in einem solchen Falle sich an dem Verfahren vor der Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle zu beteiligen.

§ 40

Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit

(1) Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt die Prüfung der von den Ärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer kassenärztlichen Leistungen hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt ggf. die Honorarforderung des Kassenarztes.

(2) Die Gesamtverträge regeln das Nähere über das Antragsrecht der Krankenkassen für nachgehende sachlich-rechnerische Berichtigungen, insbesondere die dazu vorgesehenen Fristen.

§ 41

Plausibilitätskontrollen

Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt auch die Prüfung der ärztlichen Abrechnung durch Plausibilitätskontrollen nach den in den Gesamtverträgen vereinbarten Verfahren (z. B. durch Stichproben). Darüber hinaus sollen gezielte Plausibilitätskontrollen insbesondere dann durchgeführt werden, wenn ein Prüfungsgremium, eine Krankenkasse oder eine Kassenärztliche Vereinigung begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Kassenarztes hat. In den

Gesamtverträgen ist auch zu regeln, wie die Landesverbände über die Ergebnisse der Plausibilitätskontrollen informiert werden.

§ 42

Begleichung von Schadenersatzansprüchen der Krankenkassen

(1) Läßt der Kassenarzt oder eine der Personen, für die er haftet, bei der Erfüllung der kassenärztlichen Pflichten, die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht, so hat die Kassenärztliche Vereinigung der betroffenen Krankenkasse den durch die Nichterfüllung der kassenärztlichen Pflichten entstandenen und durch die Prüfungseinrichtungen gemäß § 38 festgestellten Schaden zu ersetzen, soweit ihr ein Rückgriff gegen den Kassenarzt durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen möglich ist. Die Kassenärztliche Vereinigung behält den von den Prüfungseinrichtungen festgestellten Regreß-(Schadens-)Betrag an den Honorarforderungen des Kassenarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung ein und führt ihn – vorbehaltlich einer anderweitigen Entscheidung im Rechtswege – an die Krankenkasse ab; soweit dies nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Kassenarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf den Regreß-(Schadens-)Betrag an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

(2) Unberührt von der vorstehenden Regelung bleibt die Haftung der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung für Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen einer Überzahlung als Folge unberechtigter oder unwirtschaftlicher Honorarforderungen des Kassenarztes, soweit nicht die Zahlung einer Pauschale zur Abgeltung der im Quartal erbrachten kassenärztlichen Leistungen erfolgt.

13. Abschnitt

Allgemeine Regeln zur kassenärztlichen Gesamtvergütung und ihren Abrechnungsgrundlagen

§ 43

Kassenärztliche Gesamtvergütung

(1) Die für die kassenärztliche Versorgung von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung wird an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt.

(2) Die Krankenkassen gemäß § 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V entrichten die Ge-

samtvergütung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder an eine von ihr bevollmächtigte Kassenärztliche Vereinigung.

(3) Der vom Bewertungsausschuß nach § 87 SGB V vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sowie die ergänzenden vertraglichen Bestimmungen sind als „Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ)“ Bestandteil dieses Vertrages.

§ 44

Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Form und Inhalt sowie die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen sowie das Nähere über den Datenträgeraustausch regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung als Bestandteil dieses Vertrages.

§ 45

Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenärztliche Vereinigung

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Krankenkasse – auf Verlangen auf Datenträgern – alsbald nach Abschluß ihrer Abrechnungen – getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen sowie Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen –

1. für jeden Kassenarzt ihres Abrechnungsbezirks die Zahl der Behandlungs- bzw. Abrechnungsfälle, getrennt nach ambulanter und stationärer Behandlung, der Mutterschaftsvorsorgefälle, der Früherkennungsfälle und der Sonstigen Hilfen,

2. die Zusammenstellung über die Zahl der Behandlungs- bzw. Abrechnungsfälle und über die nach Leistungsarten aufgegliederten anerkannten Honorarforderungen und die Gesamtvergütung, getrennt nach kurativer Behandlung, Mutterschaftsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung und Sonstige Hilfen (Formblatt 3).

(2) Das Nähere wird im Gesamtvertrag geregelt. Dabei kann auch vereinbart werden, daß weitergehende Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

§ 46

Prüfung der Abrechnungsunterlagen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei den Krankenkassen

1. die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, insbesondere die Unterlagen für die Aus-

gangsgrundlohnsommen, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluß der letzten Honorarfeststellung zu prüfen,

2. die Abrechnung über die Gesamtvergütung und die dazu gehörenden Unterlagen bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu prüfen.

(2) Die Verbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der Kassenärztlichen Vereinigung

1. die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluß der letzten Vergütungsregelung sowie die Unterlagen, die Grundlage für die Ermittlung des Leistungsbedarfs werden, zu prüfen,

2. sich durch Einsicht in die Abrechnung und die dazugehörigen Unterlagen über die Verteilung der Gesamtvergütung zu unterrichten.

(3) Das Nähere zu Abs. 1 und 2 wird im Gesamtvertrag geregelt.

(4) Die Behandlungsausweise werden den Krankenkassen nach erfolgter Abrechnung zur Verfügung gestellt. Näheres wird im Gesamtvertrag vereinbart.

14. Abschnitt

Besondere Rechte und Pflichten des Kassenarztes, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen

§ 47

Dokumentation

(1) Der Kassenarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlaßten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.

(2) Die ärztlichen Aufzeichnungen sind vom Kassenarzt mindestens zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – zum Beispiel die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung – RöV) – eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

§ 48

Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung

Der Kassenarzt darf für die Krankenkasse bestimmte Bescheinigungen über den mutmaßlichen Tag der Entbindung nur auf Grund einer Untersuchung der Schwangeren ausstellen.

§ 49

Mitteilung über die Krankheitsursache

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, daß die Krankheit eine Berufskrank-

heit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge – Spätfolge – eines Arbeitsunfalles, eines sonstigen Unfalles, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Bundesseuchengesetzes ist, so hat der Kassenarzt das der Krankenkasse mitzuteilen.

Wenn Arbeitsunfähigkeit bescheinigt oder Krankenhauspflege verordnet wird, erfolgt die Mitteilung auf dem betreffenden Vordruck.

§ 50

Verzeichnis der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirkes und deren Landesverbänden regelmäßig ein Verzeichnis der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Verfügung.

Das Verzeichnis enthält die Namen der Ärzte (Institute) sowie Angaben über deren Gebietsbezeichnung (Gebietsbezeichnung des ärztlichen Leiters des Instituts), Praxisstelle, Sprechzeiten und Fernsprechnummer. Ärzte, die berechtigt sind, bestimmte Leistungen zu erbringen, können besonders gekennzeichnet werden. Näheres zu dem Verzeichnis vereinbaren die Partner des Gesamtvertrages.

(2) Die Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis den Versicherten zur Einsichtnahme zur Verfügung.

§ 51

Unterrichtung der Krankenkassen über Disziplinarverfahren

Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen gegen einen Kassenarzt wegen Verletzung kassenärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Landesverband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände auch über Disziplinarmaßnahmen, die von ihr beantragt worden sind, soweit das Verhältnis des Kassenarztes zu den Krankenkassen berührt wird.

§ 52

Statistische Auswertung der Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tauschen

die Ergebnisse der statistischen Auswertung bei den Früherkennungsmaßnahmen aus.

15. Abschnitt

§ 53

Medizinischer Dienst

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gibt auf Anforderung der Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, eine gutachtliche Stellungnahme ab. Er hat das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund der Krankenkasse und dem Kassenarzt mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an den Kassenarzt widersprechen.

(2) Der Kassenarzt ist verpflichtet, dem Medizinischen Dienst auf Anforderung die für die Beratung und Begutachtung im Einzelfall erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Gutachten des MDK zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist vorbehaltlich der Bestimmung in Abs. 4 verbindlich.

(4) Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat, das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, kann der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der MDK mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

16. Abschnitt

Inkrafttreten, Kündigung

§ 54

Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung

(1) Dieser Vertrag tritt am 1. Oktober 1990 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft
1. der Bundesmantelvertrag vom 28. August 1978 in der Fassung vom 22. Februar 1988,

2. der Belegarzt-Vertrag vom 16. August 1978 (Anlage 1 zum außer Kraft getretenen Bundesmantelvertrag),

3. der Vertrag über das Unfallheilverfahren in der kassenärztlichen Versorgung vom 1. Oktober 1974 in der Fassung vom 21. Mai 1976 (Anlage zum außer Kraft getretenen Bundesmantelvertrag),

4. die bis zum Außerkrafttreten des Bundesmantelvertrages vom 28. August 1978 geltenden Ziffern 2 bis 7 aus der Vereinbarung über die Einbeziehung der ärztlichen Sachleistungen in die kassenärztliche Gesamtvergütung vom 22. November 1944,

5. die Vereinbarung über die Anerkennung einer EDV-mäßig erstellten Kassenarzt-Abrechnung vom 1. Juni 1984 in der Fassung vom 7. November 1989.

(3) Als Anlage dieses Bundesmantelvertrages gelten bis auf weiteres

1. die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 20. September 1990,

2. die Vereinbarung über Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung vom 20. April 1979 in der Fassung der neunten Ergänzung vom 22. Februar 1988,

3. der Vertrag über badeärztliche Behandlung vom 31. Juli 1975 in der Fassung vom 26. April 1990,

4. die Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen vom 19. März 1975.

§ 55

Kündigung

(1) Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von jedem beteiligten Bundesverband der Krankenkassen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluß eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief an alle Partner dieses Vertrages zu erfolgen. Die Kündigung eines Bundesverbandes berührt die Weitergeltung des Vertrages für die übrigen Bundesverbände nicht.

(2) Für Anlagen dieses Vertrages können jeweils gesonderte Kündigungsmöglichkeiten mit besonderen Kündigungsfristen vereinbart werden.

(3) Der die Kündigung aussprechende Partner hat das Bundesschiedsamt über die Kündigung unverzüglich durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

Köln, Bonn, Essen,
Bergisch Gladbach, Kassel,
den 28. September 1990

□