



INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

Bundesmantelvertrag

September 2013

Neue Regeln für den Praxisalltag: Ab Oktober gibt es nur noch einen Bundesmantelvertrag

Zum 1. Oktober tritt der neue einheitliche Bundesmantelvertrag in Kraft. Er führt die bisherigen Bundesmantelverträge mit den Primär- und Ersatzkassen zusammen. Damit liegt der wichtigste Vorteil bereits auf der Hand: Es gibt künftig nur noch einen Vertrag, der die ambulante Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit regelt. Im Zuge der Zusammenführung haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen einige wenige Neuerungen vereinbart. Die wichtigsten Punkte möchten wir Ihnen erläutern.

KBV konnte Verschärfung vertragsärztlicher Regelungen abwenden

Eigentlich ändert sich nur wenig: Denn die grundsätzlichen Inhalte und Bestandteile bleiben erhalten, auch die Anlagen wurden unverändert übernommen. Durch die Zusammenführung wurden vor allem Formulierungen leicht angepasst und die Paragraphenstruktur vereinheitlicht. Zusätzlich wurden einige Regelungen neu aufgenommen oder geändert. Sie betreffen unter anderem die arztübergreifende Anstellung, formlose Anfragen von Krankenkassen, den Einzug ungültiger Versichertenkarten, Schadensersatzansprüche, Bescheinigungen in Bonusheften und die Anerkennung als Belegarzt. Der KBV ist es bei all dem gelungen, nachteilige Lösungen für die Vertragsärzte abzuwenden.

Grundsätzliche
Inhalte bleiben
erhalten

DIE WESENTLICHEN NEUERUNGEN IM ÜBERBLICK

ARZTÜBERGREIFENDE ANSTELLUNG – Paragraf 14a Abs. 2

Chirurgen dürfen Pathologen anstellen und umgekehrt

Die arztgruppenübergreifende Anstellung von Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden oder überweisungsgebundene Leistungen durchführen, ist nicht mehr verboten. Das bedeutet, dass sich Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik beziehungsweise Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin künftig in Praxen anstellen lassen können, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.

Regeln für die
Anstellung von
Ärzten in Praxen
werden gelockert

Damit kann zum Beispiel ein Pathologe als angestellter Arzt in einer chirurgischen Praxis arbeiten. Umgekehrt dürfen die genannten Arztgruppen Ärzte anstellen, die ohne Überweisung tätig werden, zum Beispiel ein Pathologe einen Chirurgen.



Thema: Bundesmantelvertrag

Arztpraxen werden Medizinischen Versorgungszentren gleich gestellt

Mit dieser Regelung werden Arztpraxen in Bezug auf die arztgruppenübergreifende Anstellung mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gleichgestellt. Dort ist die Anstellung bereits seit Langem erlaubt. Trotzdem wollten die Krankenkassen an dem Verbot für Vertragsärzte festhalten. Der Wegfall, so lautete eine Begründung, würde zur unwirtschaftlichen Veranlassung von Leistungen führen.

Anstellung: Praxen haben jetzt die gleichen Rechte wie MVZ

RAHMENFORMULAR FÜR FORMLOSEN ANFRAGEN – Paragraf 36

Keine formlosen Anfragen mehr

35 formlose Anfragen von Krankenkassen erhält ein Vertragsarzt im Durchschnitt im Quartal. Das bedeutet nicht nur viel Arbeit, sondern führt auch zu einer hohen Rechtsunsicherheit. Denn nicht immer ist klar, ob die Krankenkasse Anspruch auf die gewünschten Auskunft hat. Das soll sich jetzt ändern: Die KBV konnte erreichen, dass die Krankenkassen für diese Anfragen künftig ein Rahmenformular verwenden. Auf diese Weise soll erreicht werden, dass die Kassen nur noch das Nötigste erfragen und nur solche Daten einfordern, auf die sie rechtlich Anspruch haben. Ziel ist es, die Flut von Anfragen einzudämmen. Auf dem Formular sollen unter anderem die Rechtsgrundlage für die Kassenanfrage und ein Hinweis auf die Vergütung stehen.

Krankenkassen müssen für Anfragen Rahmenformular verwenden

Ärzte bekommen Gutachten für solche Anfragen vergütet

Darüber hinaus werden Vertragsärzte, die im Zusammenhang mit solchen Anfragen ein Gutachten oder eine Bescheinigung mit gutachterlicher Stellungnahme erstellen, künftig eine Vergütung erhalten. Über die Höhe werden KBV und Kassen noch verhandeln.

Ärzte bekommen Vergütung für Gutachten bei formlosen Anfragen

EINZUG UNGÜLTIGER VERSICHERTENKARTEN – Paragraf 19

Krankenkassen müssen ungültige Versichertenkarten einziehen

Es bleibt dabei: Die Krankenkassen sind auch weiterhin verpflichtet, ungültige Krankenversichertenkarten beziehungsweise elektronische Gesundheitskarten einzuziehen. Der GKV-Spitzenverband hatte ursprünglich auf eine Formulierung gedrängt, nach der die Krankenkassen ab Oktober lediglich verpflichtet gewesen wären, die Karten zu sperren. Dies hätte dazu geführt, dass der von der Ärzteschaft abgelehnte Datenabgleich in den Praxen (das sogenannte Online-Stammdatenmanagement) durch die Hintertür eingeführt worden wäre.

Krankenkassen müssen weiterhin ungültige Versichertenkarten einziehen

SCHADENSERSATZ BEI UNGÜLTIGER KARTE – Paragraf 48 Abs. 3

Vertragsärzte müssen bei ungültiger Versichertenkarte nicht zahlen

Vertragsärzte müssen für die Behandlung eines Patienten, der eine ungültige Versichertenkarte oder die Karte einer anderen Person vorgelegt hat, nicht die Kosten übernehmen. Dies ist jetzt im Bundesmantelvertrag klargestellt worden. Die Krankenkassen dürfen nur dann Schadensersatz verlangen, wenn der Arzt die unzulässige Verwendung der Karte, zum Beispiel aufgrund

Krankenkassen können keinen Schadensersatz fordern, wenn Ärzte Versicherte mit ungültiger Karte behandeln



Thema: Bundesmantelvertrag

des Alters oder Bildes, hätten erkennen können. Der GKV-Spitzenverband wollte die Ärzte ursprünglich stärker in die Verantwortung nehmen und den Regressdruck erhöhen. Damit konnte sich der Verband nicht durchsetzen.

Neu vertraglich verankert wurde hingegen, dass Kassenärztliche Vereinigungen einen Schadensersatzanspruch gegenüber den Krankenkassen haben: Sie können sich unter bestimmten Voraussetzungen das Honorar von einer Kasse zurückholen, das sie einem Arzt gezahlt haben, der Patienten mit einer ungültigen oder falschen Versicherungskarte behandelt hat.

LEICHTE ANHEBUNG DER BAGATELLGRENZE – Paragraph 51

Die so genannte Bagatellgrenze für Schadensersatzansprüche gegen Vertragsärzte wird leicht angehoben. Künftig haben Krankenkassen erst ab einem Schadenswert von 30 Euro Anspruch auf Schadensersatz durch den Arzt. Einen höheren Betrag hatten die Kassen in den Verhandlungen abgelehnt. Die Bagatellgrenze gilt unter anderem bei unzulässigen Verordnungen von Leistungen, die nicht zum GKV-Leistungskatalog zählen. Bisher betrug die Bagatellgrenze 25,60 Euro.

BESCHEINIGUNGEN IN BONUSHEFTEN – Paragraph 36 Abs. 7

Abstempeln gehört nicht generell zur vertragsärztlichen Tätigkeit

Das Abstempeln von Bonusheften gehört nicht generell zu den Aufgaben des Vertragsarztes. Nur wenn Durchführung und Dokumentation einer Leistung wie dem Check-up 35 im selben Quartal erfolgen, muss der Arzt den Eintrag ohne gesonderte Vergütung vornehmen. In allen anderen Fällen stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung dar, und der Arzt darf das Ausfüllen des Bonusheftes dem Patienten in Rechnung stellen.

ANERKENNUNG ALS BELEGARZT – Paragraphen 39 und 40

Die Anerkennung als Belegarzt wird in mehrfacher Hinsicht ausgeweitet. Zum einen kann die Anerkennung als Belegarzt künftig auch für mehrere Krankenhäuser ausgesprochen werden und nicht mehr nur für eins. Zudem können künftig auch vertragsärztliche Anästhesisten als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig sein.

UNTERSCHRIFT DURCH ANGESTELLTE ÄRZTE – Paragraph 35 Abs. 2

Bescheinigungen und Vordrucke wie Arzneimittelverordnungen können künftig auch von angestellten Ärzten unterschrieben werden. Bisher war dies dem Vertragsarzt vorbehalten.

ÜBERWEISUNG DURCH ERMÄCHTIGTE – Paragraph 24 Abs. 2

Ermächtigte Ärzte dürfen Überweisungsscheine ausstellen, soweit ihre Ermächtigung eine solche Überweisungsbefugnis enthält. In der Ermächtigung müssen alle Leistungen aufgeführt sein, für die eine Überweisungsbefugnis erteilt wird. Das betrifft auch ermächtigte Einrichtungen, die ärztlich geleitet werden.

KVen können sich unter Umständen Geld von den Kassen zurückholen

Bagatellgrenze höher: Ärzte haften erst ab Schadenswert von 30 Euro

Vertragsärzte müssen Bonushefte nur im laufenden Quartal kostenlos abstempeln

Belegärzte können für mehrere Kliniken tätig sein

Unterschrift auch durch angestellte Ärzte möglich

Befugnis zur Überweisung muss zur Ermächtigung gehören



Thema: Bundesmantelvertrag

Hinweis: Auch Patienten, die mit einer Überweisung in die Praxis kommen, müssen ihre Versichertenkarte vorlegen. Dabei ist es egal, ob ein ermächtigter Arzt oder ein Vertragsarzt die Überweisung ausgestellt hat. Die Überweisung reicht zum Nachweis der Anspruchsberechtigung nicht aus. Legt der Patient keine Karte vor, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangen. (siehe § 18 Abs. 8 Satz Bundesmantelvertrag)

SACHLEISTUNG HAT VORRANG – Paragraf 18 Abs. 8

Vertragsärzte dürfen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht dahingehend beeinflussen, dass diese privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen an Stelle der ihnen zustehenden GKV-Leistungen. Sie verstoßen sonst gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten. Die Regelung, dass Vertragsärzte Sachleistungen vor Kostenerstattung anbieten müssen, steht bereits im Fünften Sozialgesetzbuch (§ 128 Abs. 5a SGB V). Jetzt ist sie auch Bestandteil des Bundesmantelvertrages.

INGESCHRÄNKTER LEISTUNGSANSPRUCH – Paragraf 19 Abs. 4

Säumige Beitragszahler weisen sich mit speziellem Vordruck aus
Versicherte, die ihren Kassenbeitrag nicht zahlen, haben per Gesetz einen eingeschränkten Leistungsanspruch. Diese Regelung wurde in den Bundesmantelvertrag aufgenommen.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei ihren säumigen Beitragszahlern die Versichertenkarte einzuziehen. Diese erhalten stattdessen einen Schein zum Nachweis des eingeschränkten Leistungsanspruchs (Vordruckmuster 85), den sie beim Arztbesuch vorlegen. In diesen Fällen dürfen Vertragsärzte nur Leistungen zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Früherkennungsuntersuchungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft durchführen. Dabei bestimmen sie nach medizinischen Erfordernissen Art und Umfang der Leistung.

ÜBERWEISUNG VON LABORLEISTUNGEN – Paragraf 25 Abs. 4a

Einschränkende Regelung kommt nun doch nicht

Zum 1. Januar 2014 sollte eine Regelung in den Bundesmantelvertrag aufgenommen werden, wonach Laborleistungen nur an Fachärzte überwiesen werden dürfen, bei denen diese Leistungen zum Kern des Fachgebietes gehören. Nun kommt diese einschränkende Regelung, die als Absatz 4a in Paragraf 25 geplant war, doch nicht. Laborleistungen können also wie gehabt an Fachärzte überwiesen werden.

Bundesmantelvertrag im Deutschen Ärzteblatt sowie im Internet

Der Bundesmantelvertrag liegt dem Deutschen Ärzteblatt als CD-Rom bei (Ausgabe 39/2013). Sie finden ihn zudem auf der KBV-Internetseite unter Rechtsquellen: www.kbv.de/rechtsquellen/.

Auch bei Überweisung Versichertenkarte vorlegen lassen

Ärzte dürfen Patienten nicht zu Leistungen mit Kostenübernahme drängen

Eingeschränkter Leistungsanspruch bei Vorlage von Muster 85

Überweisungen im Laborbereich werden nicht eingeschränkt

CD-Rom im Deutschen Ärzteblatt



Was der Bundesmantelvertrag regelt

Der Bundesmantelvertrag regelt wesentliche Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung. Dabei geht es in erster Linie um Umfang und Inhalt: Wer darf die vertragsärztliche Versorgung übernehmen? Was gehört alles dazu? Welchen Leistungsanspruch haben die gesetzlich Versicherten? Aber auch Fragen zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, zu Überweisungen, zur Vertretung im Urlaub oder Krankheitsfall, zur Auskunftspflicht von Ärzten gegenüber Krankenkassen oder zur Vertretung oder Zuzahlungspflichten der Versicherten werden darin geregelt.

Der Bundesmantelvertrag präzisiert damit die Vorgaben des Gesetzgebers, die im Sozialgesetzbuch V festgeschrieben sind. Er wird auf Landesebene im Rahmen sogenannter Gesamtverträge näher ausgestaltet.

Bestandteile des Bundesmantelvertrags sind zudem der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (z.B. Mutterschafts-Richtlinien) sowie 25 Anlagen (z.B. Anlage 7 „Onkologie-Vereinbarung“ zur Versorgung krebskranker Patienten).

Informationen zum
Bundesmantel-
vertrag