



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

DER BUNDESMANTELVERTRAG

Autoren: RA Jürgen Schröder
Dipl.-Wirt. jur. Daniela Röhrig

5

Stand: Mai 2014

Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung der KBV

RA Jürgen Schröder

Stellvertretender Leiter der Rechtsabteilung
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Daniela Röhrig

Senior-Referentin
Rechtsabteilung
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kontakt über:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Referat KBV-Akademie
Postfach 12 02 64
10592 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungs- und Übersichtsverzeichnis	6
Lernziele	7
1 EINLEITUNG	8
2 RECHTSGRUNDLAGEN	15
2.1 Systematische Einordnung	15
2.2 Regelungsaufträge	18
2.2.1 Allgemeine Vorgaben	18
2.2.2 Spezielle Vorgaben	18
3 REGELUNGSINHALTE	20
3.1 Regelungs- und Geltungsbereich, §§ 1 und 1a BMV-Ä.	20
3.2 Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 2 und 3 BMV-Ä.	20
3.2.1 Vorgaben des SGB V	20
3.2.2 Interkurrente Erkrankungen	21
3.2.3 Ärztliche Leistungen in Notfällen	21
3.2.4 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	21
3.2.5 Psychotherapie (-Richtlinien und -Vereinbarung)	22
3.2.6 Besondere Versorgungsaufträge	23
3.2.6.1 Dialyse	23
3.2.6.2 Mammographie-Screening	24
3.2.7 Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.	24
3.3 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 4 – 8 BMV-Ä	25
3.3.1 Allgemeine Teilnahmeregelungen	25
3.3.2 Weiterführung der Praxis bei Tod des Zulassungsinhabers	25
3.3.3 Weitere Ermächtigungstatbestände	25
3.3.4 Ermächtigung bestimmter Ärztegruppen	26
3.3.5 Ermächtigungen von Ärzten aus Mitgliedstaaten der EU.	26
3.4 Hausärztliche und fachärztliche Versorgung, § 10 BMV-Ä	26
3.4.1 Gliederung der Versorgung	26
3.4.2 Hausärztliche Versorgung	27
3.5 Qualität der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 11 und 12 BMV-Ä	27
3.5.1 Vereinbarungen zur Qualitätssicherung gem. § 135 Abs. 2 SGB V	27
3.5.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	28
3.5.3 Richtlinien der KBV	28
3.5.4 Weitere Vereinbarungen zur Qualitätssicherung	29
3.5.5 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29
3.6 Allgemeine Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung und Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch Versicherte, §§ 13 – 23, 57, 58 BMV-Ä	30

3.6.1	Krankenversichertenkarte (KVK) und elektronische Gesundheitskarte (eGK)	30
3.6.2	Sachleistung/Vergütung durch Versicherte	30
3.6.3	Arztwahl	31
3.6.4	Persönliche Leistungserbringung.	32
3.6.5	Tätigkeiten an weiteren Orten und in gemeinschaftlicher Berufsausübung.	33
3.6.6	Vertreter, Assistenten und angestellte Ärzte	33
3.6.7	Zuzahlung (sog. Praxisgebühr).	34
3.6.8	Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall.	34
3.6.9	Dokumentation und Mitteilungen	35
3.7	Einschaltung Dritter in die Behandlung, §§ 24 – 37 BMV-Ä	35
3.7.1	Überweisungen	35
3.7.2	Verordnungen	36
3.7.3	Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Vertragsarztstempel, Kennzeichnungspflicht.	37
3.7.4	Bonushefte	38
3.8	Belegärztliche Versorgung, §§ 38 – 41 BMV-Ä.	38
3.8.1	Belegärzte.	38
3.8.2	Anerkennung als Belegarzt	38
3.8.3	Vergütung.	39
3.9	Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, §§ 35, 42 – 44, 54 – 56 BMV-Ä	39
3.9.1	Sachleistungsprinzip.	39
3.9.2	Blankoformularbedruckung	40
3.9.3	Sonstige Abrechnungsregeln	40
3.10	Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, §§ 45 – 53 BMV-Ä	40
3.10.1	Abrechnungsprüfung (sachlich-rechnerische Richtigstellung).	40
3.10.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung.	41
3.10.3	Schadensersatz	41
3.10.4	Zurückbehaltungsrecht	42
3.11	Sonstige Bestimmungen, §§ 60, 62 und 63 BMV-Ä	42
3.11.1	Disziplinarverfahren	42
3.11.2	Medizinischer Dienst	42
3.11.3	Vertragsausschuss	43
	Literaturverzeichnis	44
	Fragen zur Selbstkontrolle	44
	Schlagwortverzeichnis	45
	Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte	47

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz	i. V. m.	in Verbindung mit
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
AOP-Vertrag	Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus	KK	Krankenkassen
BA	Bewertungsausschuss	KK-Verbände	Krankenkassenverbände
BGBI.	Bundesgesetzblatt	KV	Kassenärztliche Vereinigung
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte	KVK	Krankenversichertenkarte
bzw.	beziehungsweise	KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
CT	Computertomographie	MBO	Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel
d. h.	das heißt	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MDS	Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes
eGK	elektronische Gesundheitskarte	MRT	Magnetresonanztomographie
EKV	Bundesmantelvertrag-Ärzte/ Ersatzkassen	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
etc.	et cetera	Nr.	Nummer
EU	Europäische Union	RL	Richtlinie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 SGB V	SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
gem.	gemäß	S.	Satz/siehe/Seite
ggf.	gegebenenfalls	SGB V	Sozialgesetzbuch, 5. Buch, Gesetzliche Krankenversicherung
GKV	gesetzliche Krankenversicherung	u. a.	unter anderem
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen	VÄndG	Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) vom 22.12.2006, BGBl. I S. 3439
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378	vgl.	vergleiche
GOÄ	Amtliche Gebührenordnung für Ärzte	z. B.	zum Beispiel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung		
IQWiG	Institut für die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen		

Abbildungs- und Übersichtsverzeichnis

Abbildung 1:	Mitgliedschafts- und Vertragsbeziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung	9
Übersicht 1:	Regelungsgegenstände des Bundesmantelvertrages	10
Übersicht 2:	Regelungsgegenstände der Anlagen zum Bundesmantelvertrag	11
Abbildung 2:	Rechtsquellen der vertragsärztlichen Versorgung	16
Übersicht 3:	Als Bestandteil des Bundesmantelvertrages gesetzlich vorgesehene Vereinbarungen	18

Lernziele

Wenn Sie dieses Fortbildungsbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie

- die Bedeutung des Bundesmantelvertrages für Vertragsärzte, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen und das Zusammenspiel dieser Verträge mit den gesetzlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts erklären können und
- einen Überblick über die Struktur und die wesentlichen Regelungsinhalte des Bundesmantelvertrages geben können.

Die Ausführungen insbesondere in Kapitel 3 beschränken sich darauf, die wesentlichen Regelungsgegenstände und -inhalte in diesem Kontext darzustellen.

1

EINLEITUNG

Ab dem 01.10.2013 gibt es nur noch einen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) vereinbarten Bundesmantelvertrag. Zu diesem Zeitpunkt sind der mit den früheren Spitzenverbänden der (Primär-) Krankenkassen¹ geschlossene Bundesmantelvertrag-Ärzte und der mit den Ersatzkassenverbänden geschlossene Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen außer Kraft getreten. Die Zusammenführung dieser früheren Bundesmantelverträge war geboten, als in Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes von 2007 (GKV-WSG) der GKV-SV zum 01.07.2008 die Aufgaben und die vertraglichen Vereinbarungen der bisherigen Spitzenverbände der Primär- und Ersatzkassen übernommen hat, so dass der Vertragspartner beider Bundesmantelverträge auch auf Kassenseite identisch war.

Mit der Zusammenführung der Bundesmantelverträge selbst ist die historisch bedingte parallele Ausgestaltung der Rechte und Pflichten in der vertragsärztlichen Versorgung und der Unterscheidung in einen Primär- und einen Ersatzkassenvertrag noch nicht endgültig aufgehoben. Die zahlreichen Anlagen zu den beiden früheren Bundesmantelverträgen gelten auch nach der Zusammenführung der Bundesmantelverträge fort². Es ist aber beabsichtigt, auch die Anlagen der Verträge zusammenzuführen.

Die vertraglichen Beziehungen der an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten zeigt die folgende Abbildung.

¹ AOK-Bundesverband, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, IKK-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, See-Krankenkasse, Knappschaft.

² Siehe Übergangsregelung in § 64 Abs. 2 BMV-Ä.

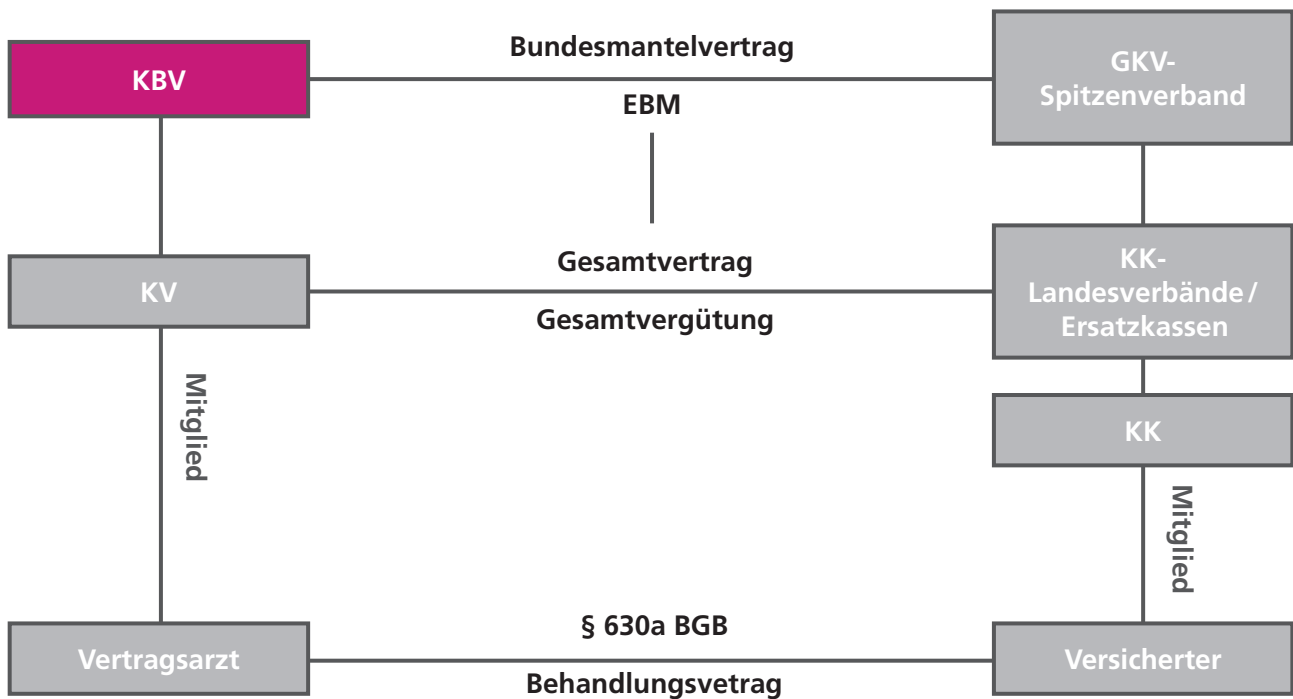


Abbildung 1: Mitgliedschafts- und Vertragsbeziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Aufgabe des Bundesmantelvertrages ist es, **bundesweit einheitliche Standards** für die vertragsärztliche Versorgung **zu gewährleisten**. Jeder gesetzlich Krankenversicherte hat nämlich nicht nur am Wohnort, sondern auch an jedem anderen Ort in Deutschland (Arbeitsplatz, Urlaubsort) und damit bundesweit die Auswahl unter rund 160.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten.³ Zudem sind die gesetzlich Versicherten Mitglied oder über ein Mitglied familienversichert in 132 gesetzlichen Krankenkassen⁴, deren Zahl Anfang der neunziger Jahre noch bei über 1.200 lag. Das bedeutet, dass der einzelne Vertragsarzt⁵ im Regelfall Versicherte zahlreicher

verschiedener Krankenkassen behandelt. Insoweit bedarf es einheitlicher Standards, um eine bundesweit möglichst einheitliche Versorgungsqualität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten und um die Arbeit aller an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten nicht durch für jede Krankenkasse individuelle Verfahrensregelungen, beispielsweise für die Abrechnung, zu erschweren. Einen Überblick über die Regelungsinhalte des Bundesmantelvertrages, der sich an der nach Abschnitten gegliederten Struktur des BMV-Ä orientiert, gibt die folgende Übersicht.

3 In dieser Zahl sind neben den Vertragsärztinnen und -ärzten und den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und -therapeuten die bei ihnen und in Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten berücksichtigt. Nähere Informationen siehe unter www.kbv.de.

4 Stand 01.01.2014, Quelle: GKV-Spitzenverband

5 Sofern nachfolgend von „Vertragsärzten“ die Rede ist, sind damit regelmäßig auch Vertragsärztinnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen und -therapeuten sowie Medizinische Versorgungszentren gemeint (vgl. § 1 Abs. 5 und 7 BMV-Ä).

Übersicht 1: Regelungsgegenstände des Bundesmantelvertrages (nach der nach Abschnitten gegliederten Struktur des BMV-Ä)

Leistungen, die die vertragsärztliche Versorgung umfasst bzw. nicht umfasst

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

Gliederung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung

Qualität der vertragsärztlichen Versorgung

Allgemeine Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung (u. a. Arztwahl, Vertretung, persönliche Leistungserbringung, Tätigkeit an weiteren Orten und in Berufsausübungsgemeinschaften, Sprechstunden)

Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch den Versicherten

Vertragsärztliche Leistungen (Überweisungen, Verordnungen)

Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Vertragsarztstempel

Belegärztliche Versorgung

Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen

Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, Sonstiger Schaden

Allgemeine Regeln zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den Abrechnungsgrundlagen, Zurückbehaltungsrecht

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

Medizinischer Dienst

Diese Übersicht zeigt, dass es sich bei dem Bundesmantelvertrag um ein **umfangreiches Regelungswerk** handelt, **das im Zusammenspiel mit anderen Regelungen wie Gesetzen (SGB V, Zulassungsverordnung für Ärzte) und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses** mit Vorschriften über Zulassung und Ermächtigung bis zur Abrechnung und Prüfung etc. **das gesamte Spektrum vertragsärztlicher Tätigkeit abdeckt**. Hinzu kommt, dass die bundesmantelvertraglichen Rege-

lungen durch einen umfangreichen Anlagenteil vertieft und ergänzt werden, wobei die Anlagen jeweils in sich geschlossene vertragliche Vereinbarungen zu unterschiedlichen Regelungsgegenständen enthalten. Die nachfolgende Übersicht zeigt die Regelungsgegenstände der Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteile des Bundesmantelvertrages und haben daher wie die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages Rechtsnormcharakter (siehe dazu unter 2.1).

Übersicht 2: Regelungsgegenstände der Anlagen zum Bundesmantelvertrag

	BMV-Ä	EKV ⁶
Anlage 1	Psychotherapie-Vereinbarung	
Anlage 2	Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung und Erläuterungen zur Vordruck-Vereinbarung	
Anlage 2a	Blankoformularbedruckung	
Anlage 3	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur) ■ zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) ■ zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) ■ zur Balneophototherapie (Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie) ■ zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) ■ zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacher-Kontrolle) ■ zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening) ■ zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids) ■ zur Hörgeräteversorgung (Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung) ■ zur Hörgeräteversorgung für Kinder (Qualitätssicherungsvereinbarung Kinder) ■ zur interventionellen Radiologie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie) ■ zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen (Vereinbarung zur invasiven Kardiologie) ■ zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) 	

⁶ Die Anlagen des EKV gelten bis zu deren Zusammenführung mit den Anlagen des BMV-Ä fort.

- zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie)
- zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen
- zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung)
- zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
- zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik)
- zur MR-Angiografie (Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiografie)
- zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)
- zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT)
- zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen
- zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)
- zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)
- zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)
- zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)
- zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)

Anlage 4 Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte

Anlage 4a Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte

Anlage 5 Vertrag über die hausärztliche Versorgung

Anlage 6 Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Anlage 7 Onkologie-Vereinbarung

Anlage 8	Delegations-Vereinbarung	
Anlage 9.1	Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten	
Anlage 9.2	Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening	
Anlage 10	unbesetzt	
Anlage 11	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Anlage 12	unbesetzt	
Anlage 13	unbesetzt	
Anlage 14	Vereinbarung zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips BKK	
Anlage 15	gekündigt	
Anlage 16	Vereinbarung zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips IKK	
Anlage 17	Vereinbarung zur bundesweiten Anerkennung von regionalen Sondervertragsregelungen	
Anlage 18	Umsetzung der Kostenerstattung	
Anlage 19	Vereinbarung zur Finanzierung des G-BA und des IQWiG	
Anlage 20	Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte	
Anlage 21	Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips	
Anlage 22	Verfahrensordnung zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 EBM	
Anlage 23	Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für Verordnungssoftware/Arzneimitteldatenbanken	
Anlage 24	Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal	
Anlage 25	Vertrag über die kurärztliche Behandlung	
Anlage 26	unbesetzt	
Anlage 27	Versorgung in Pflegeheimen	

Weitere, aufgrund gesetzlicher Anordnung vorgegebene Bestandteile des Bundesmantelvertrages sind der

- Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Die Vereinbarung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs ist durch § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband gebildeten Bewertungsausschuss (BA) übertragen, die Beschlussfassung über Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V dem mit Vertretern der KBV, KZBV, des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie unparteiischen Mitgliedern besetzten Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 SGB V). Nach den §§ 87 Abs. 1 Satz 1 und 92 Abs. 8 SGB V sind der **EBM** und die **Richtlinien des G-BA** Bestandteile des Bundesmantelvertrages und **nehmen daher an der normativen, d. h. wie ein Gesetz verbindlichen Wirkung des Bundesmantelvertrages teil**. Der EBM und die Richtlinien des G-BA sind im Übrigen aber eigenständige Regelungswerke und insoweit im Text des Bundesmantelvertrages nicht abgebildet. Daher sind sie auch nicht Gegenstand dieser Darstellung des Bundesmantelvertrages.⁷

Die Darstellung des Bundesmantelvertrages wird nach einer Einführung über die Einordnung des Bundesmantelvertrages in die Normenhierarchie des Vertragsarztrechts und die rechtlichen Vorgaben für deren Inhalte (siehe dazu unter 2) einen Überblick über die wichtigsten Regelungsinhalte des Bundesmantelvertrages geben (siehe dazu unter 3). Dabei werden die Regelungen jeweils im Kontext gesetzlicher und sonstiger diesbezüglicher Regelungen dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an der Gliederung des Bundesmantelvertrages.

⁷ Im Unterschied zum Bundesmantelvertrag sind der EBM und die Richtlinien des G-BA auch nicht nach § 89 SGB V schiedsfähig. Das Gesetz sieht für den EBM mit dem Erweiterten Bewertungsausschuss und der Ersatzvornahmefugnis für das BMG besondere Mechanismen zur Überwindung einer Nichteinigung vor. Das Entscheidungsgremium des G-BA ist u. a. mit einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern besetzt, so dass die notwendigen Stimmmehrheiten grundsätzlich immer vorliegen. Zudem hat das BMG eine Ersatzvornahmefugnis.

2

RECHTSGRUNDLAGEN

2.1 Systematische Einordnung

Die gemeinsame Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat ihre Grundlage in § 72 SGB V. Nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB V wirken Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen.⁸ Nach § 72 Abs. 2 SGB V haben die **Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Verbände der Krankenkassen** die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durch schriftliche Verträge so zu **regeln**, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche **Versorgung der Versicherten** gewährleistet ist. Diesen Regelungsauftrag erfüllen KVen und Krankenkassen(verbände) insbesondere **durch Abschluss der Gesamtverträge** gemäß § 83 Abs. 1 SGB V.⁹

Bestandteil dieser auf Landesebene abzuschließenden **Gesamtverträge sind** gemäß § 82 Abs. 1 SGB V als deren allgemeiner Inhalt der **Bundesmantelvertrag**, den die KBV mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart. **Bestandteile des Bundesmantelvertrages** und damit der Gesamtverträge **sind** gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V der durch den Bewertungsausschuss vereinbarte **EBM und** gemäß § 92 Abs. 8 SGB V die vom **G-BA** beschlossenen **Richtlinien**. Gemäß § 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V müssen die Satzungen der KVen u. a. Bestimmungen darüber enthalten, dass die von der KBV abzuschließenden Verträge und die dazu gefassten Beschlüsse für die KVen und ihre Mitglieder verbindlich sind.

Die verschiedenen gesetzlichen und vertraglichen Regelungswerke, ihr Zusammenspiel und ihre Verbindlichkeit für den Vertragsarzt zeigt die nachfolgende Abbildung.

⁸ Entsprechendes gilt für die vertragszahnärztliche Versorgung, die aber nicht Gegenstand dieser Darstellung ist. Dementsprechend bleibt nachfolgend unberücksichtigt, wenn das Gesetz mit „Kassenärztlichen Bundesvereinigungen“ auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und damit die vertragszahnärztliche Versorgung anspricht.

⁹ Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 6 „Gesamtverträge und Gesamtvergütung“.

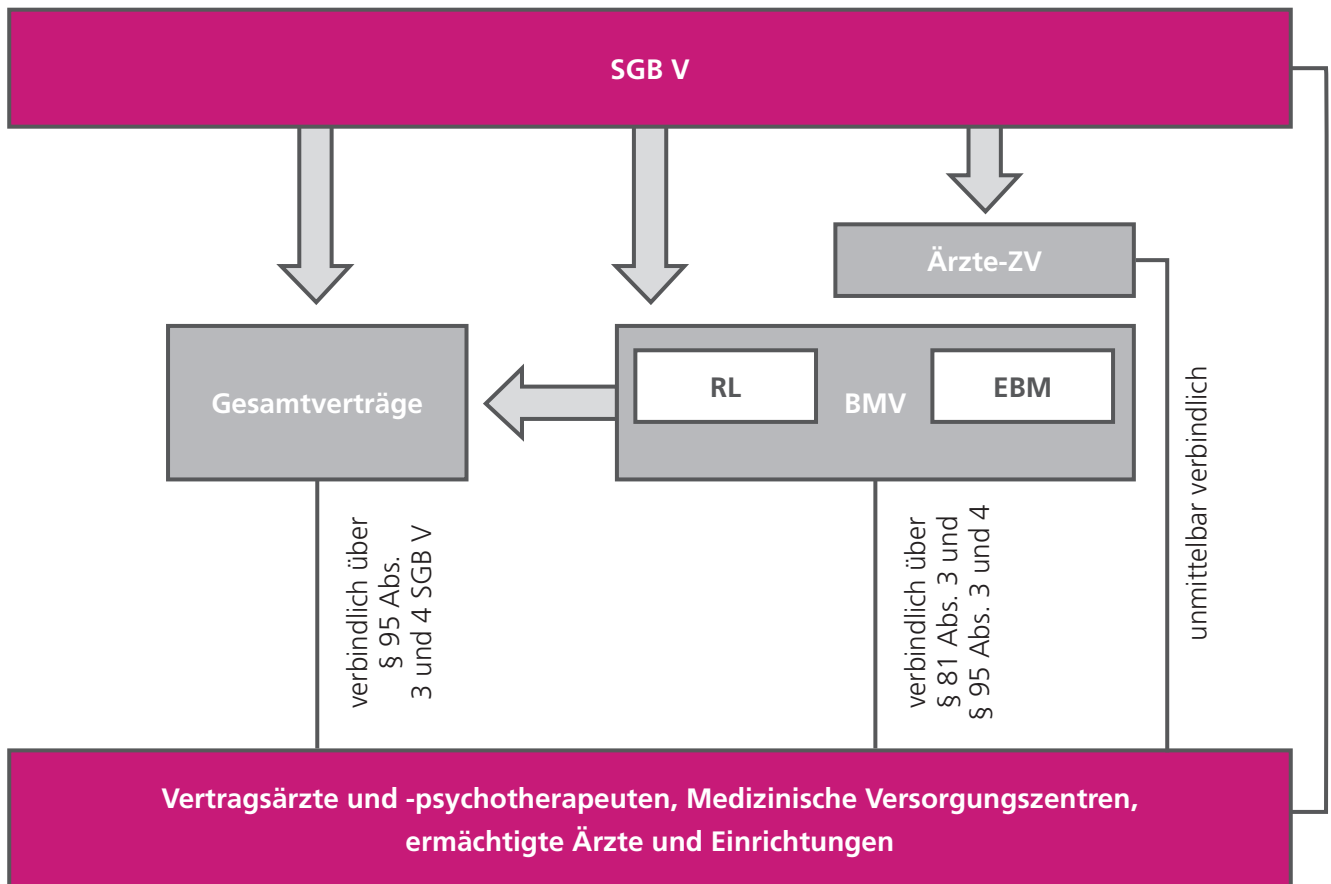


Abbildung 2: Rechtsquellen der vertragsärztlichen Versorgung

Die Abbildung soll dreierlei deutlich machen:

1. Vorgegebene Vertragsbestandteile der Gesamtverträge sind der Bundesmantelvertrag und als deren vorgegebene Vertragsbestandteile die **Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses **sowie der EBM**. Die **den Partnern der Gesamtverträge und des Bundesmantelvertrages vorgegebenen Regelungen** sind in sich geschlossene unabhängige Regelungswerke.
2. Die Übersicht bringt eine **Normenhierarchie** zum Ausdruck, nach der sich Regelungen auf einer Ebene jeweils im Rahmen der Regelungen auf den höheren Ebenen bewegen müssen bzw. nicht in Widerspruch zu diesen Regelungen stehen dürfen.
3. Die Regelungen im SGB V und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) sind als Gesetz bzw. Rechtsverordnung für die Vertragsärzte unmittelbar verbindlich. **Der Bundesmantelvertrag** und dessen Bestandteile sind für die Vertragsärzte **als Normenvertrag** sowohl über § 95 Abs. 3 und 4 SGB V als auch über § 81 Abs. 3 SGB V und die jeweilige Satzung der KV **verbindlich**.

Der Bundesmantelvertrag ist aber nicht nur für die Vertragsärzte verbindlich, sondern auch für die Vertragsschließenden – KBV und GKV-Spitzenverband. Für die KVen lässt sich die Verbindlichkeit daraus ableiten, dass der Bundesmantelvertrag Bestandteil der von ihnen mit den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen geschlossenen Gesamtverträge ist. Für die nach § 207 SGB V gebildeten Landesverbände der Krankenkassen

schreibt § 210 Abs. 2 SGB V vor, dass die Satzung des Landesverbandes Bestimmungen darüber zu enthalten hat, dass die von dem GKV-Spitzenverband abzuschließenden Verträge, zu denen auch der Bundesmantelvertrag zählt, für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind. Daneben ergibt sich die Verbindlichkeit des Bundesmantelvertrages auch über § 217e Abs. 2 SGB V, wonach die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge für die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten gelten. Durch die umfassende Anordnung der Verbindlichkeit sowohl für die Vertragsärzte als auch für die Versicherten ist gewährleistet, dass es keine Unterschiede zwischen dem Anspruch des Versicherten (Leistungsrecht) und dem Leistungserbringerrecht des Vertragsarztes gibt.

Der Bundesmantelvertrag einschließlich seiner Anlagen ist schiedsfähig. Das bedeutet nach § 89 SGB V, dass das **Bundesschiedsamt den Vertragsinhalt** innerhalb von drei Monaten **festsetzt, wenn ein Vertrag** ganz oder teilweise **nicht zustande kommt** und ein Vertragspartner dies beantragt oder wenn nach einer dem Bundesschiedsamt mitzuteilenden Kündigung bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande gekommen ist.¹⁰ Hiermit wird ein vertragsloser und damit unregelmäßiger Zustand verhindert. Soweit es sich um gesetzlich vorgeschriebene Regelungsgegenstände handelt, kann auch die zuständige Aufsichtsbehörde, hier das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesschiedsamt anrufen. In beiden Fällen kann die Aufsichtsbehörde den Vertragsinhalt selbst festsetzen, wenn nach Ablauf der 3-Monats-Frist und einer von ihr gesetzten weiteren Frist kein Schiedsspruch zustande gekommen ist.

Aufgrund ihres **Rechtsnormcharakters** können die Regelungen des Bundesmantelvertrages grundsätzlich nicht unmittelbar mit Rechtsmitteln angegriffen werden, da das Sozialrecht keine abstrakte Norm-

kontrollklage kennt. Setzt jedoch das Bundesschiedsamt bundesmantelvertragliche Regelungen fest, so haben die Beteiligten, also die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages, die Möglichkeit, gegen den Schiedsspruch zu klagen. Vertragsärzte und Versicherte, für die die bundesmantelvertraglichen Regelungen verbindlich sind, haben keine unmittelbare Klagemöglichkeit gegen die Regelung des Bundesmantelvertrages. Sofern sie aber die Rechtmäßigkeit der bundesmantelvertraglichen Regelungen gerichtlich überprüfen lassen möchten, so müssen sie gegen die betreffende Verwaltungsakte **Rechtsmittel** einlegen. Für Vertragsärzte besteht beispielsweise die Möglichkeit, gegen den Honorarbescheid der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzugehen, um im Rahmen der Anfechtung dieses Honorarbescheides auch die zugrundeliegende bundesmantelvertragliche Regelung durch das Gericht mitprüfen zu lassen. Nur dann, wenn es keinen derartigen Vollzugsakt gibt, sie aber durch die bundesmantelvertragliche Regelung unmittelbar und erheblich betroffen sind, können sie über eine Feststellungsklage ebenfalls eine gerichtliche Überprüfung der bundesmantelvertraglichen Regelungen erreichen.

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Dritte, wie beispielsweise Hilfsmittel- und Heilmittelerbringer oder Hersteller von Arzneimitteln oder Hilfsmitteln, die durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder durch bundesmantelvertragliche Regelungen in ihrer Rechtsposition unmittelbar betroffen sind, können mangels anderer Klagemöglichkeiten Rechtsschutz in Form einer Feststellungsklage auf Überprüfung der Rechtmäßigkeit der sie betreffenden Norm erreichen. Eine solche unmittelbare Betroffenheit kann beispielsweise dann angenommen werden, wenn durch die Richtlinien oder durch die bundesmantelvertragliche Regelung die Verordnungsmöglichkeiten der Vertragsärzte eingeschränkt werden. In diesen Fällen haben die genannten Dritten nicht die Möglichkeit,

¹⁰ Die Kündigungsfrist beträgt 6 Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. Für die Anlagen können gesonderte Kündigungsfristen vereinbart werden (§ 65 BMV-Ä).

über etwaige Verwaltungsakte eine gerichtliche Prüfung dieser Einschränkungen vornehmen zu lassen.

Den grundgesetzlich vorgesehenen Rechtsschutz erhalten sie in diesen Fällen über eine Feststellungsklage.

2.2 Regelungsaufträge

2.2.1 Allgemeine Vorgaben

Was die Partner des **Bundesmantelvertrages** in diesen Verträgen im Einzelnen regeln sollen bzw. dürfen, ergibt sich mittelbar aus § 72 Abs. 2 SGB V. Danach ist die vertragsärztliche Versorgung durch schriftliche Verträge zwischen KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen „so zu **regeln**, dass **eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten** unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden“. Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen erfüllen diesen Regelungsauftrag gemäß § 83 Abs. 1 SGB V insbesondere durch den Abschluss von Gesamtverträgen. Als deren „allgemeinen Inhalt“ vereinbaren

die KBV und der GKV-Spitzenverband gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den Bundesmantelvertrag.

Diese gesetzlichen Vorgaben bedeuten für den Abschluss des **Bundesmantelvertrages** eine Begrenzung in zweifacher Hinsicht: Zum einen muss sich der Bundesmantelvertrag auf Regelungen **beschränken**, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten erforderlich sind. Zum anderen muss sich der Bundesmantelvertrag als „allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge“ **auf Regelungen beschränken, die für eine bundeseinheitliche Ausgestaltung der Versorgung notwendig und zweckmäßig sind**. Dementsprechend darf die Regelung des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge nicht so weit gehen, dass sie die Gesamtverträge vollständig ersetzen.

2.2.2 Spezielle Vorgaben

Über die allgemeinen Vorgaben hinaus schreibt das Gesetz insbesondere den Abschluss folgender – teils

fakultativer, teils obligatorischer – Vereinbarungen als Bestandteile des Bundesmantelvertrages vor:

Übersicht 3: Als Bestandteile des Bundesmantelvertrages gesetzlich vorgesehene Vereinbarungen

Vereinbarungen über die Zulassung elektronischer **Arzneimittelverordnungsprogramme** gemäß § 73 Abs. 8 S. 8 SGB V (obligatorisch)

Vereinbarungen über das **Zurückbehaltungsrecht der Krankenkassen bei Verletzung des Sicherstellungsauftrages der KVen** gemäß § 75 Abs. 1 S. 6 SGB V (obligatorisch)

Vereinbarungen über die Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung sowie über Verfahren bei Disziplinarangelegenheiten bei **KV-Bezirksüberschreitenden überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften** gemäß § 75 Abs. 7 S. 3 SGB V (fakultativ)

Vereinbarungen zur Vermeidung einer unkoordinierten **Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten** gemäß § 76 Abs. 3a SGB V (obligatorisch)¹¹

Vereinbarungen über getrennte **Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen** und über die Bemessungsgrundlagen für diese Anteile gemäß § 85 Abs. 2c SGB V (fakultativ)¹²

Vereinbarungen zu einer angemessenen Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen **sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit** und für eine besonders qualifizierte **onkologische Versorgung** gemäß § 85 Abs. 2 S. 4 (obligatorisch)¹³

Vereinbarungen über **Vordrucke** und Nachweise, die für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, gemäß §§ 87 Abs. 1 Satz 2 bis 6, 295 Abs. 3 Nr. 2 SGB V (obligatorisch)

Vereinbarungen über die **Voraussetzungen** für die Ausführung und die Abrechnung ärztlicher **Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**, die besonderer Kenntnisse und Erfahrungen oder anderer Anforderungen bedürfen, gemäß § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V (fakultativ)

Vereinbarungen zu den **Kosten** der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte notwendigen **Telematikinfrastruktur** gemäß § 291a Abs. 7b S. 2 SGB V (obligatorisch)

Vereinbarungen über die **vertragsärztliche Abrechnung** (incl. Abrechnungsunterlagen, Vordrucke, Bescheinigungen, Abrechnungsverfahren, Datenträgeraustausch) gemäß § 295 Abs. 3 SGB V (obligatorisch)

Vereinbarungen über die bundesweite Einführung und Gestaltung der **Krankenversichertenkarte (KVK)** gemäß § 291 Abs. 3 SGB V (obligatorisch)

Soweit diese Vertragsbestandteile fakultativ, d. h. vom Gesetzgeber nicht zwingend vorgeschrieben sind, ist ihre Vereinbarung aber nicht ins Belieben der Vertragspartner gestellt. Die **Vereinbarungen** – beispielsweise über Qualifikationserfordernisse gemäß § 135 Abs. 2 SGB V – **müssen** vielmehr nach pflichtgemäßem Ermessen der Vertragspartner **getroffen werden, soweit ein Bedarf dafür gegeben ist.**

11 Der Regelungsauftrag ist wegen des durch § 291 SGB V vorgegebenen Inhalts der Krankenversichertenkarte (KVK) und der mit ihr verbundenen Rechte derzeit (außer in Modellvorhaben) nicht ausführbar.

12 Durch §§ 87a Abs. 1 und § 87b Abs. 4 SGB V überholt.

13 Siehe die Anlage 7 und 11 BMV-Ä.

3

REGELUNGSIHALTE

3.1 Regelungs- und Geltungsbereich, §§ 1 und 1a BMV-Ä

Als Einführungsvorschrift enthält § 1 BMV-Ä einige grundsätzliche Regelungen. Der bereits gesetzlich vorgegebene Grundsatz, dass der Bundesmantelvertrag als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge die vertragsärztliche Versorgung regelt, wird wiederholt. Im Übrigen gilt der Bundesmantelvertrag nur im Rahmen des normenhierarchisch höherstehenden SGB V. Absatz 2 der Vorschrift enthält die Definition der Verbände der Krankenkassen, um in dem nachfolgenden Text des Bundesmantelvertrages nicht die umfassende Formulierung verwenden zu müssen. § 1 Abs. 3 führt die Anlagen auf (s. oben Übersicht 2), die ebenfalls Bestandteil des Bundesmantelvertrages sind. Sie regeln – ergänzend zu den Regelungen des „Hauptvertrages“ – spezifische Teilbereiche der vertragsärztlichen Versorgung. Der Absatz 3 gibt zudem neben Absatz 4 mit der Feststellung, dass die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der EBM Bestandteil des

Vertrages sind, lediglich das Gesetz wieder¹⁴. Die Absätze 5 und 7 stellen entsprechend § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V die Geltung der bundesmantelvertraglichen Regelungen für Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren fest. Da psychologische Psychotherapeuten nicht die gleichen Befugnisse wie Ärzte haben, sind nach Absatz 6 bestimmte Vorschriften des Bundesmantelvertrages nicht für Psychotherapeuten gültig. Diese betreffen vor allem die **Veranlassung von Leistungen**, wie die **Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln** sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.

Das in § 1a enthaltene **Glossar** enthält Begriffsbestimmungen, die für die Anwendung und Auslegung des Bundesmantelvertrages wichtig sind. Auf diese Begriffsbestimmungen wird daher bei der Darstellung der Vertragsinhalte noch eingegangen.

¹⁴ Vgl. §§ 92 Abs. 8 und 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

3.2 Umfang und Inhalt der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 2 und 3 BMV-Ä**3.2.1 Vorgaben des SGB V**

§ 2 Absatz 1 BMV-Ä listet auf, welche Leistungen die vertragsärztliche Versorgung umfasst. Da der Bundesmantelvertrag den gesetzlich vorgegebenen Umfang der vertragsärztlichen Versorgung nicht

abändern kann, enthält dieser Absatz lediglich eine inhaltliche Wiederholung und Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben für ärztliche Leistungen der GKV, insbesondere im dritten Kapitel des SGB V.

Gleiches gilt für die Absätze 2 und 3, die besondere Arten von Leistungen (z. B. belegärztliche Behandlung) und Leistungserbringern (z. B. Hochschulambulanzen) ansprechen¹⁵. Hieraus wird deutlich, dass das **Leistungsrecht des SGB V und die Richtlinien des G-BA für das Vertragsarztrecht maßgeblich sind**. Gemäß § 28 Abs. 1 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung „**die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.**“ Fälle, die nicht zu diesem Kreis ärztlicher Tätigkeiten zählen oder in denen nach dem

15 S. §§ 73 Abs. 2, 23ff. und 117 ff. SGB V.

Gesetz vorrangige Ansprüche gegen andere Träger bestehen¹⁶, sind in § 3 Abs. 2 aufgeführt. Gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 13 BMV-Ä zählt insbesondere die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, so dass auch aus dieser Behandlung resultierende Arzneimittel und sonstige Verordnungen den vertragsärztlichen Versorgungsbereich nicht belasten, auch wenn die Behandlung durch Vertragsärzte erbracht wird. Dies gilt im Übrigen auch für selektivvertragliche Leistungen.

16 Vgl. z. B. § 11 Abs. 5 SGB V (z. B. infolge eines Arbeitsunfalls durch die Gesetzliche Unfallversicherung) und § 16 SGB V (z. B. Auslandsaufenthalt, Strafvollzug, Dienstzeit als Soldat).

3.2.2 Interkurrente Erkrankungen

Bei interkurrenten Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungen, die während der Dauer der Behandlung einer anderen Erkrankung auftreten. Die Behandlung solcher Erkrankungen gehört gemäß § 2 Absatz 2 Nr. 3 BMV-Ä/EKV nur dann zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn die Leistungen während ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten oder während einer stationären

Rehabilitation erforderlich werden und kein Zusammenhang mit dem Leiden besteht, das die Rehabilitation veranlasst. Demgegenüber gehört die Behandlung von interkurrenten Erkrankungen während des Krankenhausaufenthaltes nach § 39 SGB V zur Krankenhausbehandlung, und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung.

3.2.3 Ärztliche Leistungen in Notfällen

Ärztliche Leistungen in Notfällen zählen laut § 2 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä **auch** dann zur vertragsärztlichen Versorgung und sind dementsprechend gegenüber der KV abzurechnen, wenn sie **von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten** erbracht werden. In diesen Fällen gelten für die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, also privatärztlich tätige Ärzte

und Krankenhäuser, die bundesmantelvertraglichen Vorgaben, insbesondere die Abrechnungsbestimmungen und der EBM. Nicht erfasst werden nach der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung in § 75 Abs. 1 SGB V die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit im Landesrecht nicht anderes bestimmt ist.

3.2.4 Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Nach § 2 Abs. 3 bis 5 BMV-Ä gehören zur vertragsärztlichen Versorgung auch **ärztliche Leistungen** in bestimmten (ermächtigten) **Institutsambulanzen**,

ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und – soweit dies in Gesamtverträgen vereinbart ist – **Maßnahmen** zur Erhaltung und

Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten sowie **zur Rehabilitation**. Nach Absatz 3 werden auch die ärztlichen Leistungen in ermächtigten poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen und die ärztlichen Leistungen in ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren und Leistungen der Psychotherapie nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an poliklinischen Institutsambulanzen, psychologischer Universitätsinstitute und Ausbildungsstätten als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörend erfasst. Unbeachtlich ist hierbei, dass diese genannten ermächtigten Einrichtungen gemäß § 120 Abs. 2 SGB V unmittelbar gegenüber der Krankenkasse abrechnen.

Nach Absatz 4 gehören zur vertragsärztlichen Versorgung auch die ambulanten Vorsorgeleistungen

in anerkannten Kurorten. Maßgeblich hierfür ist der als Anlage 25 des Bundesmantelvertrages vereinbarte Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag). Der Kurarztvertrag regelt die aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V.

Weitere auf gesamtvertraglicher Ebene vereinbarte Maßnahmen zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und zur Rehabilitation sind nach Absatz 5 ebenfalls von der vertragsärztlichen Versorgung erfasst. Hintergrund ist, dass in § 73 Abs. 3 SGB V in den Gesamtverträgen zu vereinbaren ist, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V gehören, Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

3.2.5 Psychotherapie (-Richtlinien und -Vereinbarung)

Für Leistungen der Psychotherapie und der Psychosomatik verweist § 2 Abs. 6 BMV-Ä auf die Psychotherapie-Vereinbarung, die als Anlage 1 Bestandteil des Bundesmantelvertrages ist. Die **Psychotherapie-Vereinbarung verlangt** für die Leistungserbringung und -abrechnung eine **Abrechnungsgenehmigung** (§ 2), die die zuständige KV ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf deren Antrag (§ 4) erteilt, wenn sie die in den §§ 5 bis 7 geregelten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. § 11 **regelt den** vor jeder Behandlung bei der Krankenkasse des Patienten zu stellenden **Antrag auf Leistungsgewährung** und § 12 das Verfahren, nach dem die **Begutachtung der Anträge (sogenanntes Gutachter-Verfahren)** erfolgt. Die psychotherapeutische Behandlung bildet insofern eine Ausnahme; im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung obliegt nämlich grundsätzlich dem be-

handelnden Arzt die Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Patienten im Einzelfall. Er entscheidet, ob eine Behandlung oder weitere Leistungen erforderlich sind. Eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse ist regelmäßig nicht erforderlich. Etwas anderes gilt z. B. für die Verordnung von Hilfsmitteln.¹⁷

Die Anwendung von Psychotherapie wird zudem durch die **Psychotherapie-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Die Psychotherapie-Richtlinien **schreiben** die von der gesetzlichen Krankenversicherung **anerkannten Behandlungsverfahren, Indikationen, Anwendungsformen und -bereiche, den jeweiligen Leistungsumfang und weitere Einzelheiten zum Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren sowie Regelungen zur Qualifikation der Gutachter vor**.

¹⁷ § 30 Abs. 3 BMV-Ä.

3.2.6 Besondere Versorgungsaufträge

Nach § 2 Abs. 7 BMV-Ä können die Bundesmantelvertragspartner **zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung** Inhalt und Umfang der Versorgung von definierten Patientengruppen durch besondere Versorgungsaufträge für die ärztliche Behandlung und Betreuung festlegen, wobei das Erbringen der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen von einer Genehmigung abhängig gemacht werden kann. Gestützt auf diese Bestimmung haben die Bundesmantel-

vertragspartner besondere Versorgungsaufträge **für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten und zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening** vereinbart (Anlagen 9.1 und 9.2 BMV-Ä). Eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage gibt es für diese Versorgungsaufträge zwar nicht, gleichwohl können sie auf Grundlage der allgemeinen Regelungskompetenz der Bundesmantelvertragspartner kollektivvertraglich vereinbart werden.

3.2.6.1 Dialyse

Die Anlage 9.1 über die „Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten“ definiert in § 2 die erfassten Patientengruppen näher und **weist** deren umfassende **Behandlung und Betreuung** auf der Grundlage von genehmigungspflichtigen Versorgungsaufträgen (§ 4 f.) in erster Linie denjenigen **Internisten zu, die über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie verfügen** (§ 3). Andere Vertragsärzte, die bereits eine Genehmigung für Dialyseleistungen besitzen, können über eine Übergangsregelung (§ 8) Genehmigungen zur Übernahme von Versorgungsaufträgen erhalten. Daneben können ärztlich geleitete Einrichtungen und angestellte Krankenhausärzte zur Übernahme bestimmter, in den §§ 5, 9 und 11 differenziert geregelter Versorgungsaufträge ermächtigt werden; Übergangsregelungen für bereits Ermächtigte enthalten die §§ 10 und 12. **Genehmigungen zur Übernahme von Versorgungsaufträgen** werden **nur bei** Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgungsstruktur, d. h. bei **einem durch die Arzt-Patienten-Relation bestimmten Auslastungsgrad** der bestehenden Dialysepraxen bzw. zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung erteilt (§§ 4 und 6).

Das Zusammenwirken der verschiedenen Leistungserbringer regeln die §§ 13 bis 15.

Die **Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren**, die neben anderen Qualitätssicherungsvereinbarungen Bestandteil der Anlage 3 (Qualitätssicherung) des Bundesmantelvertrages ist, **regelt** als Grundlage für die Erbringung der Leistungen nach der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV **die Voraussetzungen für das Ausführen und Abrechnen von Dialyseleistungen**, insbesondere eine entsprechende fachliche Befähigung (§ 4), organisatorische Voraussetzungen (u. a. eine erforderliche Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Präsenz etc., § 5) und eine bestimmte apparative Ausstattung (§ 6). Die Leistungsvoraussetzungen sind in einem in § 7 ff. der Vereinbarung **beschriebenen Verfahren nachzuweisen**. Über § 37 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA wird sichergestellt, dass Versorgungsaufträge an entsprechend qualifizierte Ärzte ggf. über eine **Sonderbedarfszulassung** auch in bedarfsplanungsrechtlich gesperrten Bezirken erteilt werden können, **wenn der** nach § 6 Abs. 1 der Anlage 9.1 ermittelte **Auslastungsgrad dies erfordert**.

3.2.6.2 Mammographie-Screening

In der Anlage 9.2 BMV-Ä ist die Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening geregelt. Zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erfolgt die nach diesem Vertrag definierte Versorgung durch besondere Versorgungsaufträge im Sinne des § 2 Abs. 7 BMV-Ä. Die Durchführung des Versorgungsauftrages richtet sich nach den Regelungen im Früherkennungsprogramm gemäß Abschnitt B Nr. 4 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des G-BA. Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Der Vertragsarzt, dem die Genehmigung auf Übernahme des Versorgungsauftrages erteilt

worden ist, wird als programmverantwortlicher Arzt bezeichnet. Die Erfüllung des Versorgungsauftrages setzt voraus, dass die in der Anlage 9.2 (§§ 7 – 15) genannten Versorgungsschritte im konsiliarischen Zusammenwirken mit anderen Ärzten, die vom programmverantwortlichen Arzt veranlasste Leistungen erbringen, durchgeführt werden. Im Rahmen des Früherkennungs-Mammographie-Screenings werden die Mammographie-Aufnahmen unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes erstellt und durch zwei weitere Ärzte unabhängig voneinander befundet. Des Weiteren ist die Errichtung einer Kooperationsgemeinschaft mit Referenzzentren als regionale Untergliederungen vorgesehen, die die Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms organisieren, koordinieren und überwachen sollen.

3.2.7 Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

§ 3 BMV-Ä regelt die Leistungen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Dies sind Leistungen, für die die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Trägern obliegt. In jedem Fall nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören die Leistungen, die nach einer Entscheidung des G-BA ausdrücklich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen wurden. Diese Leistungen können von den Vertragsärzten nur im Rahmen einer privaten Behandlung erbracht werden. In Absatz 2 sind einzelne Leistungen aufgezählt, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Nicht von der vertragsärztlichen Versorgung werden danach beispielsweise die Ausstellung von Bescheinigungen, zahnärztliche Leistungen sowie Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen erfasst.

Ein weiterer Bereich der nichterfassten Leistungen gehört zur stationären Versorgung in Krankenhäusern, mit Ausnahme der belegärztlichen Leistungen, die ausdrücklich nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 BMV-Ä zur

vertragsärztlichen Versorgung zählen. Zu diesen nichterfassten Leistungen zählen Leistungen für Krankenhäuser, Leistungen in einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V sowie ambulant vom Krankenhaus durchgeführte Operationen und stationsersetzende Eingriffe. Dies gilt auch, wenn die Leistungen durch Vertragsärzte für das Krankenhaus erbracht werden.

Ebenfalls nicht von der vertragsärztlichen Versorgung erfasst sind Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V; auch hier gilt, dass es unbeachtlich ist, wenn sie durch Vertragsärzte erbracht werden. Leistungen auf der Grundlage von selektivvertraglichen Vereinbarungen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V sind ebenfalls nicht von der vertragsärztlichen Versorgung erfasst. Die in einer früheren Fassung des Bundesmantelvertrages noch enthaltene Regelung, dass die selektivvertraglichen Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung zählen, wenn dies in den Gesamtverträgen auf Landesebene vereinbart

worden ist, ist aus rechtssystematischen Gründen entfallen. Leistungen, die in Modellvorhaben gemäß §§ 63 und 64 SGB V erbracht werden und die

bereinigt werden, sind ebenfalls von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

3.3 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 4 – 8 BMV-Ä¹⁸

3.3.1 Allgemeine Teilnahmeregelungen

Der 3. Abschnitt des Bundesmantelvertrages enthält Regelungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, wobei die grundlegenden Vorschriften für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im SGB V und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geregelt sind. Auf Basis dieser Regelungen hat der G-BA eine Bedarfsplanungsrichtlinie erlassen, nach der sich die Zulassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte richten. § 4 BMV-Ä fasst die in anderen Vorschriften geregelten Teilnahmemöglichkeiten zusammen. Für angestellte Ärzte in Vertragsärztelepraxen und Medizinischen Versorgungszentren enthält § 4 den Hinweis, dass sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die Pflichten, die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergeben, zu beachten haben. Dies gilt

auch, wenn sie nicht Mitglied einer KV sind. Nach § 77 Abs. 3 SGB V sind angestellte Ärzte erst dann Mitglieder einer KV, wenn sie mindestens halbtags beschäftigt sind. Um für die angestellten Ärzte, die eine zeitlich geringere Beschäftigung ausüben, sicherzustellen, dass kein rechtsfreier Raum entsteht, wird vorgegeben, dass auch sie sich an die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu halten haben. Begleitet wird diese Regelung von § 14 Abs. 2 BMV-Ä, wonach der anstellende Vertragsarzt oder das anstellende Medizinische Versorgungszentrum für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten des angestellten Arztes haften, wie für die eigene Tätigkeit.

¹⁸ Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 2 „Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung“.

3.3.2 Weiterführung der Praxis bei Tod des Zulassungsinhabers

Nach § 4 Abs. 3 BMV-Ä kann die KV die **Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes** durch einen anderen Arzt **bis zur Dauer von zwei Quartalen** genehmigen. Da nach § 95 Abs. 7 SGB V die Zulassung mit dem Tod des Vertragsarztes endet, ist diese Regelung notwendig, um Versorgungsprobleme für Versicherte zu vermeiden und den Angehörigen des Verstorbenen für

eine begrenzte Übergangszeit zur Regelung der persönlichen Verhältnisse und der Praxisnachfolge die Einkünfte aus der Praxis zu erhalten. Hierbei handelt es sich um eine vertretungsähnliche Billigkeitsregelung, mit der Folge, dass der einspringende Arzt (so genannter Praxisverweser) nicht in eigenem Namen abrechnet.

3.3.3 Weitere Ermächtigungstatbestände

Grundsätzlich sind die Ermächtigungsmöglichkeiten im Gesetz und in der Ärzte-ZV geregelt. Über § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV wird den Partnern des Bundesmantelvertrages die Kompetenz eingeräumt, Regelungen zu treffen, die über die gesetzlichen Voraussetzungen

hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorsehen. In § 5 BMV-Ä wurde von dieser Regelungskompetenz Gebrauch gemacht. Danach können die Zulassungsausschüsse nach

Absatz 1 geeignete Ärzte und im Ausnahmefall auch ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, definierter Leistungen ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Im Gegensatz zu dieser bedarfsabhängigen Ermächtigung sieht § 5 Abs. 2 BMV-Ä auch eine bedarfsunabhängige Ermächtigungsmöglichkeit für Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen für die zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen und für ambulante Untersu-

chungen und Beratungen zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge vor. Absatz 3 enthält eine Bestandschutzregelung für Ärzte, die am 31.01.1994 zur Erbringung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten ermächtigt waren. Hintergrund dieser Regelung ist, dass Ermächtigungen grundsätzlich nur befristet ausgesprochen werden. Damit die ermächtigten Ärzte auch über die Befristung hinaus weiterhin tätig sein können, ist die Vorschrift erforderlich.

3.3.4 Ermächtigung bestimmter Ärztegruppen

Die §§ 6 – 7 BMV-Ä enthalten Spezialregelungen für die Ermächtigung bestimmter Ärztegruppen. Nach § 6 BMV-Ä können unter den dort geregelten Voraussetzungen Fachzahnärzte für Kieferchirurgie und Fachzahnärzte für theoretisch-experimentelle Fach-

richtungen der Medizin durch Zulassungsausschüsse ermächtigt werden. In § 7 BMV-Ä ist geregelt, dass Fachwissenschaftler der Medizin, u. a. auch der Fachrichtung klinische Chemie und Labordiagnostik, ermächtigt werden können.

3.3.5 Ermächtigungen von Ärzten aus Mitgliedstaaten der EU

Die Partner des Bundesmantelvertrages setzen mit § 8 BMV-Ä die sich ihnen aus § 31 Abs. 5 Ärzte-ZV ergebende Aufgabe um, Regelung zur Ermächtigung von Staatsangehörigen aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu treffen, denen über die Richtlinie 2005/36/EG vom 07.09.2005 ein Rechtsanspruch eingeräumt wurde, den ärztlichen Beruf in

Deutschland auszuüben. § 8 beschreibt im Einzelnen die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit Ärzte aus dem EU-Ausland in Deutschland tätig werden können. Auch bei dieser Ermächtigung müssen nach Absatz 3 die für die Vertragsärzte geltenden Bestimmungen eingehalten werden.

3.4 Hausärztliche und fachärztliche Versorgung, § 10 BMV-Ä

3.4.1 Gliederung der Versorgung

Die kurze Bestimmung des § 10 BMV-Ä gibt lediglich die gesetzliche Vorgabe wieder, nach der sich die vertragsärztliche Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung gliedert, und verweist im Übrigen auf den Vertrag über die hausärztliche Versorgung, der als Anlage 5 Bestandteil des Bundesmantelvertrages ist. Das **Gesetz schreibt** in § 73 Abs. 1 SGB V die **Gliederung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung vor** und weist dem Hausarzt dabei die allgemeine

und fortgesetzte Betreuung des Patienten in Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, das Koordinieren verschiedener Behandlungsmaßnahmen, die umfassende Dokumentation der ambulanten und der stationären Versorgung sowie das Einleiten oder Durchführen präventiver und rehabilitativer Maßnahmen zu.

Das **Gesetz regelt** des Weiteren in § 73 Abs. 1a SGB V, **wer an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt**, im Wesentlichen Allgemeinärzte,

Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Ausnahmen zugunsten einer Teilnahme

an der fachärztlichen Versorgung sind nach den Sätzen 3 bis 5 dieses Absatzes möglich.

3.4.2 Hausärztliche Versorgung

Der von den Partnern des Bundesmantelvertrages als Anlage 5 vereinbarte Vertrag über die hausärztliche Versorgung regelt in drei Stufen die Entwicklung der Struktur in der hausärztlichen Versorgung. In dem ersten Schritt wurde die grundsätzliche Struktur der hausärztlichen Versorgung festgelegt und die hausärztlichen Versorgungsfunktionen beschrieben. Hierzu gehört neben der ärztlichen Betreuung einschließlich der Notfallversorgung, die Veranlassung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, vor allem auch von Ärzten anderer Fachgebiete. Dies gilt auch für die Verordnung und Veranlassung von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen. Schließlich umfasst die hausärztliche Versorgung auch die Zusammenführung der Patientendokumentation. Der zweite – wesentliche – Schritt lag in der Bestimmung von Abgrenzungen

zur fachärztlichen Versorgung unter Beachtung des Weiterbildungsrechts. Die Abgrenzung der hausärztlichen von der fachärztlichen Versorgung erfolgte durch den sogenannten KO-Katalog, in dem Leistungen aufgezählt waren, die in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden. Als dritte Stufe ist in § 8 der Anlage vorgesehen, dass der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt eine behandlungsfallbezogene Grundvergütung (hausärztliche Grundvergütung) erhält. Die Vergütung erfolgt mittlerweile nach § 87 Abs. 2b SGB V in Form von Versichertenpauschalen. Ergänzt werden die Regelungen durch die in § 8a geregelte gemeinsame Berufsausübung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung, die es erforderlich gemacht hat, dass die einzelne Leistung von dem behandelnden Arzt gekennzeichnet wird.

3.5 Qualität der vertragsärztlichen Versorgung, §§ 11 und 12 BMV-Ä

Die Qualitätssicherung ist im Bundesmantelvertrag in den §§ 11 und 12 BMV-Ä geregelt. In den vergangenen Jahren hat die Qualitätssicherung eine

immer größere Bedeutung erhalten, flankiert durch zahlreiche gesetzliche Änderungen.

3.5.1 Vereinbarungen zur Qualitätssicherung gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Gemäß § 135 Abs. 2 SGB V können die Partner des Bundesmantelvertrages **Vereinbarungen für** ärztliche Leistungen, die wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besondere Kenntnisse und Erfahrungen (**Fachkundenachweise**) sowie eine **besondere Praxisausstattung oder weitere Strukturqualitätsmerkmale** erfordern; nach diesen Vereinbarungen kann die von ihnen erfassten Leistungen nur erbringen und abrechnen, wer die vereinbarten Voraussetzungen erfüllt. Auf dieser Rechtsgrundlage hat die KBV mit den Krankenkas-

sen als Bestandteil der Anlage 3 Vereinbarungen getroffen. Zusätzlich wurde eine Rahmenvereinbarung geschlossen, die das arzt- und betriebsstättenbezogene Genehmigungsverfahren (auch bei KV-bereichsübergreifender Tätigkeit), Anforderungen an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung und Qualitätsprüfungen einheitlich regelt. Die einzelnen Vereinbarungen sind in der Übersicht 2 unter Anlage 3 aufgeführt. Bezüglich dieser Vereinbarungen stellt § 11 Abs. 1 und 2a BMV-Ä klar, dass die dort aufgeführten Leistungen nur ausgeführt und abgerechnet werden können,

wenn der die Leistung erbringende Arzt, ggf. ein Vertreter und die betroffene Betriebsstätte die vereinbarten fachlichen und räumlichen Voraussetzungen erfüllen und die KV dementsprechend eine Abrechnungsgenehmigung erteilt hat. Die Bezugnahmen auf den die Leistung erbringenden, ggf. angestellten Arzt und auf die Betriebsstätte¹⁹ sind erforderlich geworden, nachdem durch die Einführung des Medizinischen Versorgungszentrums und infolge des VÄndG die Zahl der in der ambulanten Versorgung angestellten Ärzte zugenommen hat und der Vertragsarzt seine Tätigkeit inzwischen an mehreren Orten ausüben kann. Seine fachliche Qualifikation muss er nach § 11 Abs. 2 BMV-Ä durch ein **Kollo-**

¹⁹ Siehe die Definitionen im Glossar in § 1a Nr. 21 und 22 BMV-Ä.

quium der KV nachweisen, **wenn** er die entsprechende **Qualifikation nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben** hat und ihm dies durch eine Ärztekammerprüfung bestätigt worden ist. Die Erfüllung aller Voraussetzungen einschließlich der Prüfung durch die Ärztekammern ist nach § 11 Abs. 5 BMV-Ä der KV nachzuweisen. Nach erfolgter Genehmigung teilt die KV den Verbänden der Krankenkassen mit, welche Ärzte die Voraussetzungen erfüllen. Nach Absatz 6 muss im Falle eines Wechsels in einen anderen KV-Bereich grundsätzlich eine erneute Genehmigung durch die dann zuständige KV erteilt werden. Die Genehmigung gilt nur für die persönlichen Voraussetzungen beim Wechsel in eine andere Betriebsstätte innerhalb desselben KV-Bezirks fort.

3.5.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach § 11 Abs. 3 BMV-Ä bestimmt der **Gemeinsame Bundesausschuss** durch Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und -prüfung, die als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung verbindlich sind. Derartige **Richtlinien über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung** hat der Gemeinsame Bundesausschuss zur

- Arthroskopie,
- Kernspintomographie und
- Radiologie

beschlossen. Zudem hat er eine „Qualitätsprüfungs-Richtlinie“ beschlossen. Anhand dieser Richtlinien überprüfen die KVen durch Qualitätssicherungskommissionen mittels Stichproben die Qualität

in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachter Leistungen einschließlich Indikationsstellung und Wirtschaftlichkeit.

§ 11 Abs. 4 BMV-Ä verweist auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 SGB V. Danach bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie die verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Wie für alle Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt über § 92 Abs. 8 SGB V, dass diese Bestandteile des Bundesmantelvertrages und damit verbindlich sind.

3.5.3 Richtlinien der KBV

Auch die **Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Richtlinien** nach § 75 Abs. 7 SGB V für **Verfahren zur Qualitätssicherung erlassen**. Diese Richtlinien regeln insbesondere die Bildung von Qualitätszirkeln, Ringversuche sowie stichprobenartige Qualitätsprüfungen und das Abhalten von Kolloquien durch

die KVen, die dazu Qualitätssicherungsbeauftragte, -kommissionen und -geschäftsstellen einrichten sollen. § 11 Abs. 7a bestimmt diesbezüglich, dass diese Richtlinien bis zur Ablösung durch Beschlüsse des G-BA weiter gelten.

3.5.4 Weitere Vereinbarungen zur Qualitätssicherung

§ 11 Abs. 8 BMV-Ä verweist auf die Vereinbarung nach § 137d Abs. 3 SGB V zu den grundsätzlichen Anforderungen an ein (einrichtungs-)internes Qualitätsmanagement für die Erbringung von ambulanten Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V. Vertragspartner dieser Vereinbarung sind neben der KBV und dem GKV-Spitzenverband die maßgeblichen Bundesverbände der Leistungserbringer, die ambulante Vorsorgeleistungen durchführen. Obwohl § 11 Abs. 8 BMV-Ä darauf verweist, dass diese Vereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich ist, ist in der Präambel der genannten Vereinbarung ausdrücklich festgestellt, dass die Vereinbarung für nach § 9 und 10 des Kurarztvertrages teilnehmende Vertragsärzte nicht gilt. Für diese ist die Umsetzung von Qualitätsmanagementmaßnahmen in der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. § 11 Abs. 9 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband,

die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115b SGB V vereinbart. Eine solche Vereinbarung ist auf Grundlage des § 135 Abs. 2 SGB V zwischen KBV und GKV-Spitzenverband für die vertragsärztliche Versorgung vereinbart worden. Über § 15 des AOP-Vertrages gelten die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V auch für den stationären Bereich. Des Weiteren sind in Bezug auf das ambulante Operieren auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen.

Nach § 11 Abs. 10 müssen die Erbringer psychotherapeutischer Leistungen die in der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 Bundesmantelvertrag, s. o. unter 3.2.5) vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllen. Die Absätze 1 Satz 2a, 3, 6 und 7a des § 11 BMV-Ä gelten für psychotherapeutische Leistungen entsprechend.

3.5.5 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (d. h. nicht lediglich neue Leistungen) in der vertragsärztlichen Versorgung können nach § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V nur erbracht werden, **wenn** der **Gemeinsame Bundesausschuss** in Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V **Empfehlungen abgegeben hat**, insbesondere **über Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der neuen Methoden** sowie über die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen und über Maßnahmen der Qualitätssicherung. Derartige Empfehlungen gibt der Gemeinsame Bundesausschuss mit der **Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung**. In Anlage I der Richtlinie sind die anerkannten ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden benannt und in Anlage II diejenigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die

aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wurden.

§ 12 Abs. 1 BMV-Ä sieht anknüpfend an § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V vor, dass das **Abrechnen neuer Methoden** zu Lasten der GKV eine **Aufnahme** der entsprechenden Leistungen in den EBM einschließlich weiterer Bestimmungen zur Qualitätssicherung voraussetzt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Anspruch des Versicherten auf eine durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als zur vertragsärztlichen Versorgung gehörende Leistung eingeschränkt wird. Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, ob eine Bewertung im EBM durch den Bewertungsausschuss erfolgt ist. Die Regelung in § 12 Abs. 1 BMV-Ä bezieht sich in erster Linie auf die Abrechnung neuer Leistungen, die erst nach Aufnahme im EBM erfolgen kann. Bis dahin kann der Vertragsarzt diese Leistungen aber für den Versicherten erbringen

und sie diesem privat in Rechnung stellen. Absatz 2 Satz 1 schreibt zudem vor, dass eine Genehmigung der KV erforderlich ist, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Ärzte oder über apparative Anforderungen abgegeben hat. Nach Satz 2 muss die KV die Genehmigung erteilen, wenn die vertraglich vereinbarten Voraussetzungen erfüllt sind. Absatz

3 stellt klar, dass auch neue Behandlungsverfahren der Psychotherapie der Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedürfen, die aber in diesem Falle nicht im Rahmen der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, sondern über die Psychotherapie-Richtlinien gemäß § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und Abs. 6a SGB V erfolgt.

3.6 Allgemeine Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung und Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch Versicherte, §§ 13 – 23, 57, 58 BMV-Ä

3.6.1 Krankenversichertenkarte (KVK) und elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Den Nachweis der Anspruchsberechtigung führt der Versicherte nach § 19 Abs. 1 BMV-Ä durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Solange die eGK noch nicht an den Versicherten ausgegeben worden ist, ist der Versicherte verpflichtet zum Nachweis der Anspruchsberechtigung die Krankenversichertenkarte (KVK) vorzulegen (§ 19 Abs. 2 BMV-Ä). Beide Versichertenkarten enthalten für die Übertragung auf Abrechnungsunterlagen und sonstigen Vordrucken die Stammdaten des Versicherten, wie Name des Versicherten und der ausstellenden Krankenkasse, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer und -status sowie Versicherungsbeginn und ggf. das Ende der Gültigkeit der Karte. Dementsprechend beschreibt § 13 Abs. 1 BMV-Ä die Versicherten als anspruchsberechtigt, Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen, die eine eGK oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis vorlegen. Einzelheiten zur Ausgestaltung und Verwendung der eGK regelt § 19 BMV-Ä i. V. m. der Vereinbarung

zum Inhalt und zur Anwendung der eGK, die als Anlage 4a Bestandteil des Bundesmantelvertrages ist²⁰.

Für den Fall, dass die KVK nicht vorgelegt bzw. verwendet werden kann, im Quartal aber bereits vorgelegen hat, regelt der Anhang 1 zur Anlage 4a ein **Ersatzverfahren** zur Erstellung von Vordrucken.

Legt der Patient die eGK/KVK oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis bei der Inanspruchnahme des Vertragsarztes nicht vor, erfolgt eine **privatärztliche Behandlung**, die nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen ist. Die Vergütung darf der Arzt allerdings erst fordern, wenn der Versicherte nicht innerhalb von zehn Tagen eine gültige eGK/KVK vorlegt.²¹ Eine bereits erhaltene Vergütung muss der Arzt zudem zurückzahlen, wenn der Versicherte bis zum Quartalsende eine gültige eGK/KVK nachreicht.²²

²⁰ Für die KVK gilt die Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte (Anlage 4).

²¹ § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 1 BMV-Ä.

²² § 18 Abs. 9 BMV-Ä.

3.6.2 Sachleistung/Vergütung durch Versicherte

§ 18 Abs. 8 BMV-Ä regelt klarstellend, dass der Versicherte Anspruch auf Sachleistung hat, wenn er nicht Kostenerstattung gewählt hat. In diesem Zusammenhang wiederholt Satz 2 die Regelung aus § 128 Abs. 5a SGB V, dass Vertragsärzte, die

Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung anstelle der ihnen zustehenden GKV-Leistung beeinflussen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten verstoßen. Die Folge eines solchen Verstoßes sind disziplinarische Maßnahmen der KV.

In Absatz 8 ist des Weiteren abschließend geregelt, in welchen Fällen der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung verlangen darf. Neben der bereits beschriebenen Variante bei Nichtvorlage der eGK/KVK kann eine Vergütung dann gefordert werden, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Verhandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Vertrags-

arzt schriftlich bestätigt oder wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde. Der letzte Fall ist auch als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) bekannt.

3.6.3 Arztwahl

Gesetzlich **Krankenversicherte können alle zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung Berechtigten in Anspruch nehmen.**²³ Die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Ärzte und Einrichtungen können dabei grundsätzlich **nur im Rahmen ihrer jeweiligen Ermächtigung** in Anspruch genommen werden, bestimmte Fachärzte nur auf Überweisung.²⁴ Ein Überweisungsvorbehalt kann durch den EBM auch für hochspezialisierte Leistungen bestimmt werden.²⁵ Nach § 76 Abs. 1 Satz 2 dürfen die Versicherten andere Ärzte nur in Notfällen in Anspruch nehmen. Dies betrifft hauptsächlich Ärzte in Krankenhausambulanzen, die von Versicherten aufgesucht werden. Werden solche nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte in Anspruch genommen, sind sie berechtigt, gegenüber der KV abzurechnen. Dabei haben sie die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages, insbesondere den EBM, zu beachten.

Um seine Erreichbarkeit für die Versicherten sicherzustellen, muss der Vertragsarzt seine Sprechstunden im Umfang von mindestens 20 Wochenstunden²⁶ anbieten. Diese sind als **feste Sprechstunden auf dem Praxisschild** bekannt zu geben. Bei der

Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sind die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten, z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen, zu berücksichtigen.

Im Falle seiner Verhinderung muss der Vertragsarzt für Vertretung sorgen, dies möglichst durch Aushang bekannt machen und bei einer über eine Woche andauernden Verhinderung die KV unterrichten.²⁷ Innerhalb von zwölf Monaten darf sich der Vertragsarzt insgesamt maximal drei Monate vertreten lassen.²⁸ Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Allerdings kann auch ein Facharzt dazu verpflichtet sein, wenn er mit der Erkrankung des Patienten bereits befasst ist. Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereichs kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn es handelt sich um einen dringenden Fall und kein anderer in diesem Praxisbereich tätiger Vertragsarzt ist erreichbar.²⁹

Sofern kein Notfall vorliegt, **können** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende **Leistungserbringer die Behandlung bei volljährigen Patienten mangels Vorlage der Krankenversicherungskarte oder in anderen begründeten Fällen** (z. B. wegen Überlastung oder fehlenden Vertrauensverhältnisses) **ablehnen.**³⁰

23 §§ 76 Abs. 1 SGB V, 13 Abs. 3 BMV-Ä.

24 § 13 Abs. 4 BMV-Ä.

25 § 13 Abs. 5 BMV-Ä.

26 § 17 Abs. 1a BVM-Ä.

Im Falle eines hälftigen Versorgungsauftrages, der nach dem durch das VÄndG geänderten § 95 Abs. 3 SGB V möglich ist, reduziert sich die Mindeststundenzahl auf zehn. Die Mindeststundenzahlen bezwecken, im Fall einer Tätigkeit an mehreren Orten eine Mindestpräsenz des Vertragsarztes sicherzustellen. Die Tätigkeit am Vertragsarztsitz muss Tätigkeiten an anderen Orten zeitlich insgesamt überwiegen.

27 § 17 Abs. 1 – 3 BMV-Ä.

28 § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV; eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung gem. § 32 Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen.

29 § 17 Abs. 4 – 6 BMV-Ä.

30 § 13 Abs. 7 BMV-Ä.

3.6.4 Persönliche Leistungserbringung

Mit der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung regelt § 15 BMV-Ä ein wesentliches Merkmal freiberuflicher Tätigkeit, das bereits durch zahlreiche gesetzliche Bestimmungen vorgegeben ist. Übereinstimmend mit den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs³¹ stellt Absatz 1 klar, dass dies allerdings nicht bedeutet, dass der **Vertragsarzt** sämtliche Untersuchungs- und Behandlungsleistungen höchstpersönlich erbringen muss. Vielmehr **kann er Leistungen an ärztliche Mitarbeiter oder Vertreter delegieren und sich darüber hinaus auf Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter stützen**, wenn diese für die jeweilige Hilfeleistung (z. B. Injektion, Röntgenaufnahme etc.) qualifiziert sind und ein Arzt die Hilfeleistung angeordnet hat und fachlich überwacht. Da der Vertragsarzt an mehreren Orten ärztlich tätig sein und Ärzte mit einer von der des Praxisinhabers abweichenden Fachgebietszugehörigkeit anstellen kann, bestimmt der Absatz 1, dass dem Praxisinhaber Leistungen angestellter Ärzte auch dann zugerechnet werden, wenn sie in seiner Abwesenheit erbracht werden oder wenn er für ihn fachgebietsfremde Leistungen nicht mit erbracht und beaufsichtigt hat. Für ärztliche **Verordnungen** bedeutet der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung gemäß Absatz 2, dass sie nur ausgestellt werden dürfen, **wenn** sich der Vertragsarzt zuvor **vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt** hat oder wenn ihm dessen Zustand bekannt ist.³²

Zur Umsetzung des § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V ist dem § 15 Abs. 1 BMV-Ä ein Satz angefügt worden, der auf die gleichzeitig in den BMV-Ä eingefügte Anlage 8 verweist (Delegations-Vereinbarung). In dieser Vereinbarung regeln die Vertragspartner gemäß der gesetzlichen Vorgabe, unter welchen Voraussetzungen **nicht-ärztliche Praxisassistentinnen** auf Anordnung von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten **Hilfeleistungen**

gen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen in Abwesenheit des Vertragsarztes erbringen können. Diese Form der Leistungserbringung ist danach möglich bei einer (drohenden) Unterversorgung oder einem lokalen Versorgungsbedarf (§ 2 Abs. 2 der Vereinbarung), schwerwiegenden chronischen Erkrankungen von Patienten (§ 3), einer Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin (§ 7) und einer entsprechenden KV-Genehmigung (§§ 6 und 8). Parallel hierzu wurde in Umsetzung des § 28 Abs. 1 Satz 3 SGB V die **Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal** in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag geschlossen. Diese Vereinbarung regelt in allgemeiner Form die Voraussetzung an die Delegation ärztlicher Leistungen und listet in einem **Beispielkatalog** einige delegationsfähige Leistungen einschließlich typischer Mindestqualifikationen des nichtärztlichen Personals auf.

Für gerätebezogene Untersuchungsleistungen, d. h. für Leistungen, die im Wesentlichen durch den Einsatz von z. B. CT, MRT oder Röntgenapparaten erbracht werden, können sich Vertragsärzte in der Weise zusammenschließen (

), dass jeder Vertragsarzt solche Leistungen auch dann als persönliche Leistungen abrechnen kann, wenn sie nach seiner fachlichen Weisung in der gemeinsamen Einrichtung durch einen der beteiligten Ärzte oder durch einen gemeinsam beschäftigten Arzt erbracht werden.³³ Die Gemeinschaftspartner bzw. der angestellte Arzt müssen ggf. die Qualifikationsanforderungen gemäß § 11 BMV-Ä erfüllen. Ein Zusammenschluss von Vertragsärzten zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung von Laboratoriumsleistungen des Abschnitts 32.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Leistungserbringergemeinschaft) ist seit dem 01.01.2009, für Neufälle ab dem 01.01.2010 ausgeschlossen.

³¹ Vgl. §§ 15 Abs. 1 S. 2, 28 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie § 32 Ärzte-ZV.

³² Vgl. dazu das Fernbehandlungsverbot gemäß § 7 Abs. 3 der Muster-Berufsordnung.

³³ § 15 Abs. 3 BMV-Ä.

3.6.5 Tätigkeiten an weiteren Orten und in gemeinschaftlicher Berufsausübung

Der Vertragsarzt hat nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV die Möglichkeit, seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht nur an seinem Praxissitz, sondern darüber hinaus auch an weiteren Orten auszuüben. Diese weiteren Orte können innerhalb desselben KV-Bezirks, aber auch in den Bezirken anderer Kassenärztlicher Vereinigungen liegen. Für den Fall, dass der weitere Tätigkeitsort innerhalb desselben KV-Bezirks liegt, hat die KV die weiteren Tätigkeitsorte zu genehmigen, wenn die Versorgung der Versicherten an diesen weiteren Orten verbessert und die Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Liegen die Tätigkeitsorte außerhalb desselben KV-Bezirks in den Bezirken anderer Kassenärztlicher Vereinigungen, so ist der dortige Zulassungsausschuss zuständig, den Vertragsarzt für die Tätigkeit an den weiteren Tätigkeitsorten bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen zu ermächtigen. Daran anknüpfend sind in §§ 1a Nr. 21 und 22 und in § 15a BMV-Ä für den Vertragsarztsitz der Begriff der Betriebsstätte und für die weiteren Tätigkeitsorte der Begriff der Nebenbetriebsstätte eingeführt worden, an die weitere Abrechnungsvorschriften anknüpfen. Nach § 33 Ärzte-ZV können Vertragsärzte überörtliche und KV-bezirksübergrei-

fende Berufsausübungsgemeinschaften bilden. Um eine Zuordnung der KV-bezirksübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft zu einer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu ermöglichen, muss die Berufsausübungsgemeinschaft ihren Vertragsarztsitz für zwei Jahre verbindlich und unwiderruflich bestimmen. Einzelheiten dazu regeln § 15a Abs. 4 und § 15b BMV-Ä sowie die Richtlinie der KBV über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung übergreifenden Berufsausübung. Nach § 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV ist auch eine gemeinsame Berufsausübung in Bezug auf einzelne Leistungen möglich (sogenannte Teilberufsausübungsgemeinschaft).

Damit eine Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt verhindert wird, ist eine Teilberufsausübungsgemeinschaft nicht zulässig, soweit sie zur Erbringung überweisungsgebundener medizinisch-technischer Leistungen gebildet wird. Weitere Voraussetzung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft ist nach § 15a Abs. 5 BMV-Ä, dass das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um den Versicherten zu behandeln.

3.6.6 Vertreter, Assistenten und angestellte Ärzte

Der Vertragsarzt³⁴ kann sich bei Krankheit, Urlaub oder bei Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung **insgesamt drei Monate innerhalb von 12 Monaten** nach § 17 Abs. 3 BMV-Ä vertreten lassen, eine Vertragsärztin darüber hinaus in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu 12 Monate.³⁵ Der Vertreter muss Vertragsarzt sein oder die Voraussetzungen für eine Eintragung ins Arztregister erfüllen. Eine länger als eine Woche dauernde Vertretung muss der KV angezeigt werden. Eine über die genannten Zeiträume hinausgehende Beschäftigung von Vertretern oder

Assistenten ist nur möglich im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung, der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, der Erziehung von Kindern und der Pflege eines nahen Angehörigen und bedarf der Genehmigung durch die KV. Die Beschäftigung darf nicht der Vergrößerung der Praxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen. Mit **Genehmigung des Zulassungsausschusses** kann der Vertragsarzt gem. § 32b Ärzte-ZV **Ärzte anstellen**. Daran anschließend schreibt § 14 Abs. 1 BMV-Ä vor, dass sich der vertretene Arzt vom Vorhandensein einer ggf. gem. **§ 11 BMV-Ä erforderlichen Qualifikation**

³⁴ Gleiches gilt gem. § 32a Ärzte-ZV für den ermächtigten Arzt.

³⁵ S. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV; der BMV-Ä muss noch angepasst werden.

seines Vertreters oder eines angestellten Arztes, den er mit der selbständigen Ausführung von Leistungen betrauen will, überzeugen muss. Absatz 2 stellt zudem klar, dass der **Vertragsarzt** für die Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten durch Assistenten, angestellte Ärzte, Vertreter oder nichtärztliche Mitarbeiter wie für eigenes Tätigwerden **haftet**. **Absatz 3 schließt** genehmigungspflichtige **psychotherapeutische Leistungen** einschließlich der probatorischen Sitzungen grundsätzlich **von einer Vertretung aus**. § 14a BMV-Ä regelt bis zu welcher Zahl von Anstellungsverhältnissen von der notwendigen persönlichen Leitung der Arztpraxis durch den Vertragsarzt ausgegangen werden kann. Das sind drei vollzeitbeschäftigte Ärzte oder teilzeitbeschäftigte

Ärzte, deren Tätigkeitsumfang dem drei vollzeitbeschäftigter Ärzte entspricht. Bei Erbringung medizinisch-technischer Leistungen liegt die Obergrenze bei vier Vollzeitbeschäftigungsverhältnissen. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag vermindert sich die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse auf einen ganztags- oder zwei halbtagsbeschäftigte Ärzte. In allen Fällen kann der Zulassungsausschuss darüber hinaus gehende Anstellungen genehmigen, wenn hierdurch die persönliche Leistung der Praxis nicht beeinträchtigt wird. Nach § 14a Abs. 2 BMV-Ä ist auch die Anstellung eines fachfremden Arztes zulässig. Eine gleichzeitige Teilnahme dieser Arztpraxis an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ist zulässig.

3.6.7 Zuzahlung (sogenannte Praxisgebühr)

Seit dem 01.01.2013 ist die als „Praxisgebühr“ bezeichnete Zuzahlung bei ambulanter Behandlung wieder abgeschafft worden. In der Folge sind die zur Praxisgebühr vereinbarten Regelungen in § 18 BMV-Ä gestrichen worden. Dies gilt nicht für einige Vorgaben, die für die Abwicklung des Einzugs von Praxisgebühren, welche bis zum 31.12.2012 hätten

eingezogen werden müssen, anfallen. Zuzahlungen sind zum derzeitigen Zeitpunkt nur noch für veranlasste Leistungen zu zahlen. Nach § 23a BMV-Ä haben die Krankenkassen ihre Versicherten und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte über gesetzliche Zuzahlungsverpflichtungen zu informieren.

3.6.8 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall

§ 21 Abs. 1 BMV-Ä (vgl. auch § 1a Nr. 28 BMV-Ä) regelt den Behandlungsfall als die gesamte **von derselben Arztpraxis** (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ) **innerhalb desselben Quartals an demselben Versicherten ambulant** zu Lasten derselben Krankenkasse **vorgenommene Behandlung** einschließlich der Behandlung von Folgeerkrankungen oder von erneut auftretenden Erkrankungen. Grundsätzlich liegen jeweils eigenständige Behandlungsfälle für eine stationäre belegärztliche Behandlung und für die ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt vor. Soweit allerdings die Häufigkeit der Abrechnung von einzelnen Leistungen im EBM beschränkt ist, so werden die Leistungen zu-

sammengezählt. Der letzte Satz des Absatz 1 regelt den Krankheitsfall (aktuelles und drei nachfolgende Quartale). In gleicher Weise regeln die Absätze 1a und 1b für Zwecke der Abrechnung den Betriebsstätten- und den Arztfall (vgl. auch § 1a Nr. 29 und 30 sowie 21 und 22). Absatz 2 schreibt vor, dass allein durch das Abrechnen von Befundberichten und schriftlichen Mitteilungen im Folgequartal kein neuer Behandlungsfall begründet wird. Absatz 3 stellt klar, dass das Ende der Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe eines Behandlungsfalles den Vergütungsanspruch für die bis zur Unterrichtung des Vertragsarztes erbrachten Leistungen unberührt lässt.

3.6.9 Dokumentation und Mitteilungen

§ 57 BMV-Ä verpflichtet den Vertragsarzt – auch mit Blick auf die von ihm mit der Abrechnung einzureichenden Daten (s. dazu unter 3.9.1), **Befunde, Behandlungsmaßnahmen und veranlasste Leistungen** einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise **zu dokumentieren**. Als Aufbewahrungsfrist ist in Übereinstimmung mit § 10 Abs. 3 MBO ein Zeitraum von 10 Jahren vorgesehen, wenn nicht andere Vorschriften eine abweichende Aufbewahrungsfrist vorsehen.

§ 58 verpflichtet den Vertragsarzt zu Mitteilungen an die jeweilige Krankenkasse, wenn Anhaltspunkte

dafür vorliegen, dass die Behandlungskosten von einem anderen Versicherungsträger oder Schädiger zu tragen sind. Darüber hinaus werden die Vertragsärzte verpflichtet, die erforderlichen Daten den Krankenkassen mitzuteilen, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben. Anhaltspunkte in diesem Sinne liegen nur dann vor, wenn sie auf konkreten Tatsachen beruhen, die z. B. durch eindeutige Befunde oder Berichte gestützt werden können. § 58 geht auf die gesetzliche Regelung in § 294a SGB V zurück.

3.7 Einschaltung Dritter in die Behandlung, §§ 24 – 37 BMV-Ä

Kann der vom Patienten aufgesuchte Vertragsarzt die Diagnose nur mit Hilfe anderer Vertragsärzte stellen oder die erforderliche Behandlung nicht selbst bewirken, **kann er durch eine Überwei-**

sung – z. B. zur Abklärung des radiologischen Befundes – **oder durch eine Verordnung** – z. B. von Krankenhausbehandlung oder von Arzneimitteln – **Dritte** in die Leistungserbringung **einschalten**.

3.7.1 Überweisungen

Ein Vertragsarzt kann an einen anderen zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder an eine ermächtigte Einrichtung **überweisen zur**

- **Auftragsleistung**, d. h. zum Beispiel zur Durchführung einer radiologischen Leistung oder einer Laborleistung,
- **Konsiliaruntersuchung**, d. h. zur Untersuchung zum Zwecke der nachfolgenden Beratung mit dem anderen Arzt,
- **Mitbehandlung**, d. h. für das Erbringen begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Leistungen oder
- **Weiterbehandlung**, z.B. durch einen Facharzt oder als ambulante **Operation im Krankenhaus**.³⁶

An einen Arzt derselben Arztgruppe kann der Vertragsarzt grundsätzlich nur überweisen, wenn er selbst eine vom Patienten benötigte besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht erbringt, der Patient den Aufenthaltsort wechselt oder eine abgebrochene Behandlung fortgesetzt werden soll.³⁷ Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM und entsprechende Leistungen des Kapitels 1.7 EBM dürfen nach § 25 Abs. 4a BMV-Ä voraussichtlich ab dem 01.01. 2015 nur noch an Fachärzte überwiesen werden, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören; die Regelung stützt sich auf § 135 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

Die **Überweisung** soll im Regelfall **nicht auf den Namen eines Arztes**, sondern nur auf eine Gebietsbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung (frü-

³⁶ §§ 24 Abs. 3, 7 und 8 BMV-Ä, Laborleistungen können gem. Abs. 8 nur als Auftragsleistungen erbracht werden (siehe zur Überweisung und zum Beziehen von Laborleistungen auch §§ 25 BMV-Ä, sowie oben unter 3.6.3).

³⁷ §§ 24 Abs. 4 BMV-Ä.

her: Teilgebietsbezeichnung) oder Zusatzbezeichnung lauten. Damit soll gewährleistet werden, dass die freie Arztwahl des Patienten auch im Falle der Überweisung erhalten bleibt.³⁸ Ausnahmsweise kann etwa bei ermächtigten Krankenhausärzten oder bei der Überweisung zu besonderen Spezialisten, bei denen der Patient praktisch keine Auswahl hat, der Name des Arztes angegeben werden.³⁹ Eine

38 § 76 SGB V.

39 §§ 24 Abs. 5 BMV-Ä.

Überweisung kann im Regelfall nur erfolgen, wenn eine elektronische Gesundheitskarte/KVK vorgelegen hat. Die Überweisung ist auf einem speziellen Überweisungsschein⁴⁰ auszustellen und mit den für die Durchführung der Überweisung erforderlichen Informationen über bisher erhobene Befunde oder getroffene Maßnahmen zu versehen.⁴¹

40 Siehe zu Mustern und Vordrucken unten unter 3.7.3.

41 §§ 24 Abs. 2 und 6 BMV-Ä.

3.7.2 Verordnungen

Soweit der Versicherte nicht die Behandlung anderer Ärzte, sondern die Versorgung durch **Angehörige weiterer Gesundheitsberufe** oder eine Krankenhausbehandlung benötigt, **so veranlasst** der behandelnde Vertragsarzt diese Leistungen **mittels** einer **Verordnung**. Die Verordnung dieser **sogenannten veranlassten Leistungen** ist im 8. Abschnitt in §§ 25a - 30 BMV-Ä geregelt. Zur vertragsärztlichen Versorgung gehört neben der ärztlichen Behandlung nach § 73 Abs. 2 SGB V auch die Verordnung u. a. von

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Arznei- und Verbandmitteln,
- Heil- und Hilfsmitteln,
- Krankentransporten,
- Krankenhausbehandlung,
- Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- Häusliche Krankenpflege und
- Soziotherapie.

Die Voraussetzungen für die Verordnung dieser Leistungen sind in der Regel in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

§ 25a BMV-Ä beschreibt die allgemeinen Anforderungen an die Verordnung von veranlassten Leistungen. So ist in Absatz 1 dieser Vorschrift der Verweis auf die Richtlinien des Ge-

meinsamen Bundesausschusses enthalten und in Absatz 2 vorgegeben, dass die Verordnung von veranlassten Leistungen auf den jeweils vorgesehenen Vordrucken zu erfolgen hat. Des Weiteren sind Vorgaben für den Fall, dass der Versicherte die elektronische Gesundheitskarte bzw. die Krankenversichertenkarte nicht vorlegt, enthalten. In diesem Fall ist der Vordruck mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ zu versehen. Des Weiteren ist die Kostenerstattung für veranlasste Leistungen und die Verordnung von veranlassten Leistungen, die nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, geregelt. In den folgenden **§§ 26 – 30** sind **einzelne veranlasste Leistungen** und deren bundesmantelvertragliche Vorgaben **beschrieben**. Die Voraussetzungen, die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt sind, werden hierbei nicht wiederholt. § 26 BMV-Ä befasst sich mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung und wiederholt die gesetzliche Voraussetzungen aus § 39 SGB V. Darüber hinaus ist geregelt, dass die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen ist, wenn sich die Begründung nicht aus der Diagnose oder den Symptomen ergibt. Im Übrigen sind in der Verordnung in geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser anzugeben. In § 27 BMV-Ä ist die Verordnung häuslicher Krankenpflege geregelt, wobei auch hier unter Bezugnahme auf die gesetz-

liche Vorschrift in § 37 SGB V die Grundvoraussetzung beschrieben wird. Die häusliche Krankenpflege wird dann verordnet, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Darüber hinaus kann sie verordnet werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung dient (Behandlungspflege). In jedem Fall bedarf die häusliche Krankenpflege der Genehmigung der Krankenkasse. In § 28 BMV-Ä ist die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) geregelt. In diesem Fall besteht die Besonderheit, dass lediglich die Verordnung der SAPV zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, die Durchführung der SAPV dagegen nicht. Auch in diesem Fall prüft die Krankenkasse den Leistungsanspruch des Versicherten.

Von besonderer Bedeutung ist die in § 29 BMV-Ä geregelte Verordnung von Arzneimitteln. Hierbei wird ausdrücklich die Genehmigung durch die Kran-

kenkasse als unzulässig ausgeschlossen. Die Absätze 3 bis 5 dienen der Umsetzung der Vorgabe aus § 73 Abs. 8 SGB V, wonach die Vertragsärzte für die Verordnung von Arzneimitteln nur die von der KBV zertifizierten Arzneimittelsoftware verwenden dürfen. § 30 BMV-Ä befasst sich mit der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln. Die Abgabe von Hilfsmitteln bedarf der Genehmigung durch die Krankenkasse, wogegen die Abgabe von Heilmitteln keiner Genehmigung bedarf, sofern die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nichts anderes vorsehen. In diesem Abschnitt sind darüber hinaus die Bescheinigungen von Arbeitsunfähigkeit und über den voraussichtlichen Tag der Entbindung geregelt. Hinsichtlich der Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit werden die Voraussetzungen in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgegeben. Bei der Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung ist vorgesehen, dass diese nur aufgrund einer Untersuchung der Schwangeren ausgestellt werden können.

3.7.3 Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Vertragsarztstempel, Kennzeichnungspflicht

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nach § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V auch die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen. § 87 Abs. 1 SGB V gibt darüber hinaus vor, dass in dem Bundesmantelvertrag auch Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere Vordrucke und Nachweise, zu vereinbaren sind. Zur Umsetzung dieser Aufgabe haben die Partner des Bundesmantelvertrages im 9. Abschnitt einigen Regelungen zu den Vordrucken und zu schriftlichen Berichten an die Krankenkassen getroffen. Wesentlich ist hierfür § 34 BMV-Ä, wonach Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie **Vordrucke für schriftliche Informationen als verbindliche Muster in der**

Vordruckvereinbarung, die als Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag geschlossen worden ist, festgelegt werden. Zu der Vordruckvereinbarung gehört auch die **Erläuterung** zur Ausstellung der Vordrucke, die damit ebenfalls verbindlich ist. Vordrucke können auch in der Praxis selbst durch das **Blankoformularbedruckungsverfahren** erzeugt werden. Für die Ausstellung der Vordrucke hat der Vertragsarzt nach § 35 Abs. 1 BMV-Ä die elektronische Gesundheitskarte bzw. Krankenversichertenkarte zu verwenden. Allerdings ist nicht für jede von der Krankenkasse benötigte Information ein Vordruck vereinbart worden. Dies führt dazu, dass es auch zu den sogenannten formlosen Anfragen der Krankenkassen an die Vertragsärzte kommt. Problematisch sind diese insbesondere wegen der ungeklärten Rechtsgrundlage zur Übermittlung der jeweiligen von der Krankenkasse angeforderten Information. Daher wurde in § 36 BMV-Ä eine besondere Regelung für diese

formlosen Anfragen getroffen. In diesen Fällen ist ein noch zu vereinbarendes Rahmenformular zu verwenden. In diesem Rahmenformular sind Angaben vorzusehen, aus denen dem Arzt der Grund und die Berechtigung für die Beantwortung der Anfrage ersichtlich werden. Des Weiteren ist zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrages die Vergütung der Verwendung des Rahmenformulars noch zu regeln. § 37 BMV-Ä regelt den Vertragsarztstempel,

über deren Ausgestaltung die Partner der Gesamtverträge das Nähere zu vereinbaren haben. In fach- oder versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und in Medizinischen Versorgungszentren muss zusätzlich der Name des verordnenden Arztes zu erkennen sein. Diese Kennzeichnungspflicht wird in § 37a BMV-Ä auch auf die Betriebsstättennummer und die lebenslange Arztnummer erweitert.

3.7.4 Bonushefte

In § 36 Abs. 7 BMV-Ä haben die Partner des Bundesmantelvertrages eine Regelung für die sogenannten Bonushefte getroffen. Hintergrund ist die im Gesetz in § 62 SGB V vorgesehene Belastungsgrenze für Zuzahlungen. Auch wenn die Praxisgebühr als wichtigste Zuzahlung zum 01.01.2012 entfallen ist, ist der Versicherte verpflichtet, auch für die Inanspruchnahme von veranlassten Leistungen Zuzahlungen zu entrichten. Die Belastungsgrenze reduziert sich auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen bei chronisch Krankenversicherten, wenn sie die in § 25 Abs. 1 SGB V genannten Gesundheitsuntersuchun-

gen regelmäßig in Anspruch genommen haben. In der Folge haben die Versicherten von den behandelnden Vertragsärzten verlangt, in sogenannten Bonusheften das gesundheitsbewusste Verhalten zu bestätigen. Mit der Regelung in § 36 Abs. 7 BMV-Ä ist nunmehr geklärt, dass die Bestätigung vom gesundheitsbewussten Verhalten Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, soweit sich die Bestätigung auf eine ärztliche Leistung im selben Quartal bezieht. In diesem Fall besteht kein gesonderter Vergütungsanspruch.

3.8 Belegärztliche Versorgung, §§ 38 – 41 BMV-Ä

3.8.1 Belegärzte

Belegärzte sind nach § 121 Abs. 2 SGB V und § 39 Abs. 1 BMV-Ä am Krankenhaus nicht angestellte **Vertragsärzte**, die berechtigt sind, **ihre Patienten im Krankenhaus** unter Inanspruchnahme dortiger Mittel **voll- oder teilstationär** zu **behandeln**. Ihre Leistungen werden nach Abs. 3 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet; nach § 121 Abs. 5 SGB V können Belegärzte neuerdings

aber auch Honorarverträge mit dem Krankenhaus schließen. § 38 BMV-Ä stellt klar, dass das jeweilige Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen und der **Vertragsarzt für dieses Krankenhaus als Belegarzt anerkannt** sein muss. Darüber hinaus darf die stationäre ärztliche Behandlung nach dem Rechtsverhältnis zwischen der Krankenkasse und diesem Krankenhaus nicht aus dem Pflegesatz abgegolten sein.

3.8.2 Anerkennung als Belegarzt

Die Anerkennungsvoraussetzungen für die Belegarztstätigkeit sind in §§ 39 und 40 BMV-Ä geregelt.

Die belegärztliche Tätigkeit des Vertragsarztes darf danach nicht das Schwergewicht der Gesamtstätigkeit

keit des Vertragsarztes bilden und er muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Von großer Bedeutung ist die sogenannte **Residenzpflicht**, nach der das Krankenhaus, in dem die belegärztliche Tätigkeit stattfindet, in der Nähe der Wohnung und der Arztpraxis des Arztes sein muss. Diese Voraussetzung wird in der Regel als erfüllt angesehen, wenn die Fahrtzeit nicht mehr als 30 Minuten betrifft. Das Krankenhaus muss in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag eine Belegab-

teilung mit entsprechenden Belegbetten vorhalten. Die Anerkennung kann auch für mehrere Krankenhäuser ausgesprochen werden, wenn die genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Über den Antrag auf Anerkennung als Belegarzt entscheidet die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Eine einmal ausgesprochene Anerkennung kann bei Ungeeignetheit zurückgenommen oder widerrufen werden. Die Anerkennung als Belegarzt ist abhängig von der Zulassung als Vertragsarzt. Endet die Zulassung, so endet auch die belegärztliche Anerkennung.

3.8.3 Vergütung

Einzelheiten der Berechnung, Abrechnung und Vergütung belegärztlicher Behandlung **regeln** – für den Fall, dass diese nicht nach § 121 Abs. 5 SGB V im Verhältnis Belegarzt – Krankenhaus erfolgt – nicht der Bundesmantelvertrag, sondern **die Gesamtverträge** auf Landesebene.⁴² Das Gleiche gilt für die Abgrenzung zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung durch denselben Vertragsarzt⁴³ sowie für die Honorierung des vom Belegarzt für seine Patienten sicherzustellenden Bereitschaftsdienstes.⁴⁴

Vertragsärzte, die der Belegarzt zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mitbehandlung heranziehen darf, wenn das entsprechende Fach am Krankenhaus nicht vertreten ist, rechnen ihre Leistungen mit dem Überweisungsschein im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ab.⁴⁵ Die Versorgung von Belegpatienten mit Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln etc. geht dagegen zu Lasten des stationären Sektors.⁴⁶

42 § 41 Abs. 2 BMV-Ä.

43 § 41 Abs. 1 BMV-Ä.

44 Vgl. § 39 Abs. 6 BMV-Ä.

45 § 41 Abs. 6 und 7 BMV-Ä.

46 § 41 Abs. 8 BMV-Ä.

3.9 Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, §§ 35, 42 – 44, 54 – 56 BMV-Ä⁴⁷

3.9.1 Sachleistungsprinzip

Das SGB V trifft in § 2 Abs. 2 die für die vertragsärztliche Abrechnung und Vergütung grundlegende Entscheidung zugunsten des sogenannten **Sachleistungsprinzips**. Danach erfolgt die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen nicht unmittelbar im Verhältnis zwischen Arzt und Patient, sondern über die Krankenkassen und die KVen. Dementsprechend bestimmt § 87a Abs. 3 SGB V, dass jede Krankenkasse die Gesamtheit aller gegenüber ihren Versicherten im Bezirk einer KV erbrachten vertrags-

ärztlichen Leistungen durch Zahlung der morbiditätsbedingten **Gesamtvergütung**, an die jeweilige KV abgilt. Honoraransprüche der behandelnden Vertragsärzte bestehen danach nicht gegenüber den Patienten oder deren Krankenkassen, sondern nur gegenüber ihrer jeweiligen KV, an die die Krankenkassen die Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung zahlen. Das Sachleistungsprinzip ist auch in § 18 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ä niedergelegt.

47 Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 12 „Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungsausgleich und Honorarverteilung“.

3.9.2 Blankoformularbedruckung

In dem 11. Abschnitt des BMV-Ä, der sich mit der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen befasst, ist auch § 42 BMV-Ä enthalten, der das Blankoformularbedruckungsverfahren regelt. Die Blankoformularbedruckung ist von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig und setzt eine von der KBV zertifizierte Software voraus. Das Nähere zur Blankoformularbedruckung ist in der als Anlage 2a getroffene Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungsverfahrens zur

Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung geregelt. Die Zertifizierung kann überprüft und ggf. entzogen werden.⁴⁸ Kassenartenübergreifende vertragliche, juristische und technische Fragen in Zusammenhang mit dem EDV-Einsatz in der Arztpraxis und mit dem Datenträgeraustausch zwischen KVen und Kassen regelt ein durch GKV-Spitzenverband und KBV paritätisch besetzter Ausschuss.⁴⁹

48 § 42 Abs. 3 BMV-Ä.

49 § 43 BMV-Ä.

3.9.3 Sonstige Abrechnungsregeln

Grundsätzlich geben die gesamtvertraglichen Regelungen und der Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung die Abrechnungsvoraussetzungen vor.⁵⁰ Darüber hinaus sind in § 44 BMV-Ä einige Abrechnungsregelungen enthalten. Bei einer Abrechnung mit Überweisungsscheinen ist bestimmt, dass nicht vollständig ausgefüllte Überweisungsscheine in der Abrechnung ausgeschlossen werden können. Die Verwendung von Aufklebern, Stempeln und anderen Aufdrucken mit denen katalogartig Gebührenordnungspositionen des EBM

50 § 44 Abs. 1 BMV-Ä.

aufgebracht bzw. ausgewählt werden können, sind für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistung unzulässig. In Übereinstimmung mit § 295 Abs. 1 SGB V sind die Diagnosen auf den Abrechnungsvordrucken unter Verwendung der jeweils vorgeschriebenen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu verschlüsseln. Im Übrigen sind die in § 303 Abs. 3 SGB V geforderten Daten in der Abrechnung aufzunehmen. Dies gilt auch für die Daten der elektronischen Gesundheitskarte bzw. Krankenversichertenkarte und die Arzt- und Betriebsstättennummer.

3.10 Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, §§ 45 – 53 BMV-Ä

3.10.1 Abrechnungsprüfung (sachlich-rechnerische Richtigstellung)

In § 45 Abs. 1 BMV-Ä ist die für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen wichtige Sammelerklärung geregelt. Mit dieser bestätigt der Vertragsarzt, dass die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind und die Abrechnung sachlich richtig ist. Soweit Leistungen, deren Abrechnung an die Erfüllung besonderer Voraussetzungen geknüpft ist, erbracht worden sind, muss der Vertragsarzt die Erfüllung dieser Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

Die **KV prüft** die ihr vom Vertragsarzt übermittelten Abrechnungsunterlagen gemäß § 45 BMV-Ä daraufhin, **ob** insbesondere die **Abrechnungsregeln beachtet wurden**, d. h. ob die abgerechnete Leistung beispielsweise den Anforderungen der Leistungslegende des EBM entspricht, ob für bestimmte Leistungen erforderliche Abrechnungsgenehmigungen vorliegen, ob die Abrechnung einer bestimmten Leistung nicht deshalb unzulässig ist, weil sie weiterbildungsrechtlich nicht zum Gebiet des abrechnenden Arztes gehört oder weil ein erforderlicher Über-

weisungsauftrag fehlt. Gegebenenfalls berichtigt die KV die Abrechnung und **korrigiert die Honoraranforderung** des abrechnenden Vertragsarztes entsprechend. § 106a SGB V schreibt **zudem Plausibilitätsprüfungen und Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen** vor und verpflichtet die KBV und den GKV-Spitzenverband, Richtlinien

zum Inhalt und zur Durchführung dieser Prüfungen zu vereinbaren, die nach dem Gesetz Bestandteil der auf Landesebene zu schließenden Prüf- bzw. Plausibilitätsvereinbarungen sind. Auf diese Richtlinien sowie auf ergänzende gesamtvertragliche Regelungen verweist die Vorschrift des § 46 BMV-Ä ohne weitere Regelung.

3.10.2 Wirtschaftlichkeitsprüfung

§ 106 SGB V **beauftragt** Krankenkassen und KVen zudem, über die Rechtmäßigkeits- und Plausibilitätsprüfungen hinaus die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu überwachen.⁵¹ Sowohl die von Vertragsärzten erbrachten Leistungen als auch die von ihnen verordneten Leistungen sowie die Häufigkeit von Überweisungen, von Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und sonstigen veranlassten Leistungen sind danach auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprü-

fen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Nähere zu der Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich der im Gesetz vorgesehenen Beratungen.⁵² § 47 Abs. 2 BMV-Ä weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei der Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise die Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen ist. Dies gilt auch für eine Tätigkeit eines Vertragsarztes an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten.

⁵¹ § 106 Abs. 1 SGB V. Vgl. hierzu KBV-Fortbildung, Heft 9 „Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung“.

⁵² § 106 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 SGB V.

3.10.3 Schadensersatz

Nach den §§ 48 bis 53 BMV-Ä können die Prüfungsausschüsse oder die KVen Schäden feststellen, die ein Vertragsarzt einer Krankenkasse durch Verordnung nicht ihrer Leistungspflicht unterliegender Leistungen oder durch fehlerhaftes Ausstellen von Bescheinigungen verursacht hat, und ggf. durch Aufrechnung der KV gegen den Honoraranspruch erledigen. Andere Schadensersatzansprüche, insbesondere wegen der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder wegen eines Verstoßes gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung, kann die KV aufgrund des Vorschlags einer nach gesamtvertraglichen Regelungen paritätisch besetzten Schlichtungsstelle feststellen. Da aber nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jeder Schaden als sonstiger Schaden nach § 48 BMV-Ä

gilt, bleibt für § 49 BMV-Ä nur noch eine Schlichtung hinsichtlich des Zurückbehaltungsrechts bei nicht eingezogener Praxisgebühr übrig. Ein Schlichtungsverfahren kann von einer Krankenkasse wegen Schadensersatzansprüchen beantragt werden, die aus Behandlungsfehlern resultieren. Einzelheiten zur Erfüllung von Berichtigungs- und Schadensersatzansprüchen sind der Regelung durch die Gesamtverträge mit der Maßgabe vorbehalten, dass erstinstanzlich sozialgerichtlich bestätigte Forderungen durch **Aufrechnung gegen die Honorarforderungen des Vertragsarztes** erfüllt werden bzw. die Ansprüche an die Krankenkasse abgetreten werden, soweit dies nicht möglich ist, da keine Honorarforderungen des Arztes gegen seine KV bestehen. Erstattungsansprüche

bzw. -leistungen kommen der Honorarverteilung zugute, sofern sie nicht – bei entsprechender Haftung der KV mit der Gesamtvergütung – den

Krankenkassen zustehen, weil sich ihr Anlass erhöhend auf die Gesamtvergütung ausgewirkt hatte.

3.10.4 Zurückbehaltungsrecht

In § 75 Abs. 1 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen teilweise **zurückbehalten** können, wenn die **KV** ihrem **Sicherstellungsauftrag** aus Gründen, **die sie zu vertreten hat, nicht nachkommt**. Die Partner des Bundesmantelvertrages haben diese Regelung in § 54 Abs. 3 BMV-Ä umgesetzt und die Voraussetzungen des Zurückbehaltungsrechts konkretisiert. Danach setzt das **Zurückbehaltungsrecht** eine **schuldhafte, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrages** voraus. Der tatsächlichen Ausübung des Zurückbehaltungsrechts ist ein

Vorverfahren vorgeschaltet, in dem die KV nach Benennung der Verletzung des Sicherstellungsauftrages durch die Krankenkasse die Möglichkeit hat, der Verletzung abzuweichen. Erst wenn keine Abhilfe erfolgt, ist die Krankenkasse berechtigt, Teile der Gesamtvergütung einzubehalten. Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat im Übrigen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen, muss sich also an dem Umfang der Verletzung des Sicherstellungsauftrages orientieren. Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts ist die Krankenkasse verpflichtet, an die KV Verzugszinsen zu zahlen.

3.11 Sonstige Bestimmungen, §§ 60, 62 und 63 BMV-Ä

3.11.1 Disziplinarverfahren

Nach § 81 Abs. 5 SGB V müssen die **Satzungen** der KVen die Voraussetzungen und das Verfahren für das Verhängen von **Disziplinarmaßnahmen** gegen Vertragsärzte **regeln**, die ihre vertragsärztlichen Pflichten verletzen. Als Maßnahmen sieht das Gesetz je nach Schwere der Verfehlung **Verwarnungen, Verweise, Geldbußen** bis € 10 000,00 und das **Anordnen des Ruhens der Zulassung** bis zu zwei Jahren vor. Diesbezüglich bestimmt § 60 Abs. 2 BMV-Ä, dass die KVen die Kran-

kenkassen oder deren Verbände über Einleitung und Ergebnis eines Disziplinarverfahrens unterrichten, wenn ein solches Verfahren von ihnen initiiert worden ist oder das Verhältnis des Vertragsarztes zu den Krankenkassen berührt wird. In diesem Zusammenhang dürfen die Krankenkassen gem. § 60 Abs. 3 BMV-Ä auch ihre Versicherten befragen, wenn anders eine Aufklärung des Sachverhaltes nicht möglich ist. Die KV muss über die Befragung und das Ergebnis der Befragung unterrichtet werden.

3.11.2 Medizinischer Dienst

Die §§ 275 bis 283 SGB V regeln Aufgaben und Organisation des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Dabei handelt es sich um in jedem Bundesland **von den Krankenkassen getragene Arbeitsgemeinschaften** in der Form rechtsfähiger Körperschaften, die Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe anstellen oder als Gutachter beauftragen.

Mit deren Hilfe **geben** die Medizinischen Dienste **Stellungnahmen ab zu** Voraussetzungen, Art und Umfang von den Krankenkassen zu erbringender **Leistungen**, sie prüfen Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit oder beraten die Krankenkassen in medizinischen Fragen, die sich bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben stellen. Dazu dürfen die Medizini-

schen Dienste ggf. auch Versicherte aufsuchen, in die ärztliche Behandlung eingreifen dürfen sie jedoch nicht. Die Arbeit der Medizinischen Dienste wird auf Bundesebene durch den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS), eine Körperschaft öffentlichen Rechts, koordiniert, der zugleich den GKV-Spitzenverband berät. Nach § 62 Abs. 1 BMV-Ä hat der MDK in Übereinstimmung mit § 277 SGB V Vertragsärzten, zu deren Leistungen er Stellung genommen hat, das Ergebnis der Begutachtung und der jeweiligen Krankenkasse Ergebnisse mitzuteilen. Die Befundmitteilung an den Vertragsarzt ist fakultativ und erfolgt nicht, wenn der Versicherte ihr

widerspricht. § 62 Abs. 2 BMV-Ä gibt die bereits aus § 276 Abs. 2 SGB V resultierende **Pflicht der Vertragsärzte** wieder, dem MDK auf dessen Anforderung die für seine Tätigkeit erforderlichen **Sozialdaten unmittelbar zur Verfügung zu stellen**. Zur Arbeitsunfähigkeit bestimmt § 62 Abs. 3 BMV-Ä, dass deren Beurteilung durch den MDK verbindlich ist. Auch insoweit gilt allerdings nach Absatz 4, dass der Vertragsarzt im Falle von Meinungsverschiedenheiten mit dem MDK ein Zweitgutachten beantragen kann, mit dem der MDK einen Arzt des Gebiets beauftragen soll, in das die streitige Leistung oder Erkrankung fällt.

3.11.3 Vertragsausschuss

Zur verbindlichen Auslegung des Bundesmantelvertrages und zur Entscheidung grundsätzlicher Fragen in Bezug auf den Bundesmantelvertrag sieht § 63 einen Vertragsausschuss vor. Aufgabe des Vertragsausschusses ist darüber hinaus, den Partnern des

Bundesmantelvertrages Vorschläge zu vertragsärztlich vereinbarungsfähigen Euro-Beträgen für laboratoriumsmedizinische Leistungen sowie für Kostenpauschalen zu unterbreiten. Eine eigene Beschlusskompetenz hat der Vertragsausschuss nicht.

Literaturverzeichnis

Becker/Kingreen, Kommentar zum SGB V, 3. Auflage, 2012
 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), Stand 17. März 2009
 Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht
 Kölner Kommentar zum EBM
 Rompf/Schröder/Willaschek, Kommentar zum BMV-Ä, 2014
 Schallen, Kommentar zur Zulassungsverordnung, 8. Auflage, 2012
 Schiller, Kommentar zum gemeinsamen BMV-Ä, 2014
 Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006
 Schröder, Bundesmantelvertrag in Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Beitrag Nr. 1210
 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V)
 Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008
 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

Fragen zur Selbstkontrolle

Wenn Sie das Fortbildungsheft durchgearbeitet haben, sollten Sie die nachfolgenden Fragen beantworten können:

1. Welche Bestandteile des Bundesmantelvertrages sind gesetzlich vorgegeben, ohne dass diese im Text des Bundesmantelvertrages abgebildet wären?
2. Welchen Rechtscharakter und welche Bindungswirkung hat der Bundesmantelvertrag für den Vertragsarzt?
3. Der Bundesmantelvertrag ist allgemeiner Inhalt welcher Verträge?
4. Zählen Sie Regelungsgegenstände auf, deren Regelung den Partnern des Bundesmantelvertrages durch das Sozialgesetzbuch vorgeschrieben ist!
5. Was regelt der Bundesmantelvertrag über das Sozialgesetzbuch hinausgehend betreffend den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung?
6. Welche Ermächtigungstatbestände regelt der Bundesmantelvertrag?
7. Nennen Sie Vereinbarungen von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V, die Bestandteil des Bundesmantelvertrages sind!
8. Wie kann der Vertragsarzt Dritte als Leistungserbringer in die Behandlung eines Patienten einschalten?
9. Was versteht man unter belegärztlicher Versorgung?

Schlagwortverzeichnis

Abrechnungsprüfung	40	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM).	13 – 16, 20 – 21, 29, 31, 34 - 35, 40
Abrechnungsregeln	40	Elektronische Gesundheitskarte (eGK).	30 - 31, 36 – 37
Ärzte aus Mitgliedstaaten der EU	26	Ermächtigung	10, 23, 25 – 26, 31, 44
Anerkennung als Belegarzt	38 – 39	Ermächtigungstatbestände	25, 44
Angestellte Ärzte	25, 33 – 34	Ersatzverfahren	30
Anspruchsberechtigung	30, 34	Gerätebezogene Untersuchungsleistungen	32
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	24	Gesamtvergütung	10, 38 – 39, 42
Apparategemeinschaft	32	Gesamtverträge	15 – 16, 18, 20 – 22, 24, 38 – 39, 41 – 42
Arzneimittel	13, 17, 21, 35, 37, 39	Gutachter-Verfahren	22
Arztfall	34	Hausärztliche Versorgung	12, 26 – 27
Arztwahl	10, 31, 36	Heilmittel	17, 37
Assistent	32 – 34	Hilfsmittel	17, 20, 22, 36 – 37, 39
Auskünfte	10, 37	Hilfeleistung in der Häuslichkeit der Patienten	32
Behandlungsfall	27, 34	Honoraranforderung	41
Belastungsgrenze	38	Individuelle Gesundheitsleistung	31
Belegärzte	38	Institutsambulanzen	21– 22
Berichte	34 – 35, 37	Interkurrente Erkrankungen	21
Berufsausübungsgemeinschaft	10, 18, 33 – 34, 38	Kennzeichnungspflicht	37 – 38
Bescheinigungen	10, 19, 24, 37, 41	KO-Katalog	27
Bestandteile des Bundesmantelvertrages	10, 14 - 15, 18, 28, 44	Konsiliaruntersuchung	35, 39
Besuchsbehandlung	31	Krankenversichertenkarte	12, 19, 30 – 31, 36 – 37, 40
Betriebsstätte	28, 33 – 34, 38, 40 – 41	Krankheitsfall	34
Betriebsstättenfall	34	Kurarztvertrag	22, 29
Blankoformularbedruckung	11, 37, 40	Leistungsrecht	17, 21
Bonushefte	38	Mammographie-Screening	13, 23 – 24
Bundesschiedsamt	17	Medizinischer Dienst	10, 42
Dialyse	23	Mitbehandlung	35, 39
Disziplinarmaßnahmen	42		
Disziplinarverfahren	42		
Dokumentation	26 – 27, 35		

Mitteilung	34 – 35, 43	Sammelerklärung	21
Nebenbetriebsstätte	33, 41	Schadensersatz	41
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	29	Sicherstellungsauftrag	42
Normenhierarchie	14, 16	Sonstige Abrechnungsregeln	40
Normenvertrag	16	Sozialdaten	43
Notfälle	21, 31	Sprechstunden	10, 31
Persönliche Leistungserbringung	10, 32	Stationäre Versorgung	24, 26, 29, 38 – 39
Plausibilitätsprüfungen	41	Tätigkeitsorte	33
Psychotherapie	11, 22, 29 – 30	Teilberufsausübungsgemeinschaft	33
Psychotherapie-Richtlinien	22, 30	Teilnahme	10, 25, 27, 31, 33 – 34
Psychotherapie-Vereinbarung	11, 22	Überweisung	10, 31, 33, 35 – 36, 39 – 41
Praxisschild	31	Vergütung belegärztlicher Behandlung	39
Praxissitz	33	Verordnungen	10, 21, 32, 36
Praxisverweser	25	Vertragsärztliche Versorgung	9 – 11, 15, 18, 20, 26, 28 – 29, 37, 40
Privatärztliche Behandlung	30	Vertragsarztstempel	10, 37 – 38
Qualitätssicherung	11 – 12, 23, 27 – 29	Vertragsausschuss	43
Rahmenformular	38	Vertreter	14, 28, 32 – 34
Rechtsnormcharakter	10, 17	Vertretung	10, 25, 31, 33 – 34
Regelungsaufträge	18	Vordrucke	10 – 11, 19, 30, 36 – 37, 40
Regelungsgegenstände	7, 10 – 11, 17, 44	Vordruckvereinbarung	37
Regelungs- und Geltungsbereich	20	Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen	21
Richtlinien der KBV	28	Weiterbehandlung	35
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	10, 12, 14 – 17, 20, 22, 28 – 29, 36 – 37	Wirtschaftlichkeitsprüfung	40 – 41
Sachleistung	30	Zurückbehaltungsrecht	10, 41 – 42
Sachleistungsprinzip	39	Zuzahlung	34, 38

Übersicht der bereits erschienenen KBV-Fortbildungshefte

(Stand: November 2014)

Heft 1	Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände	Heft 8	Grundbegriffe des Verwaltungsrechts
Autor:	Dipl.-Ök. I. Quasdorf	Autor:	Ass. jur. A. Genzel
Stand:	2014	Stand:	2014
Heft 2	Die gesetzliche Krankenversicherung	Heft 9	Die Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung
Autor:	Dipl.-Ök. I. Quasdorf	Autor:	Dipl.-Vwt. S. Freund
Stand:	2014	Stand:	2013
Heft 3	Einführung in das Vertragsarztrecht	Heft 10	Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Richtlinien zur vertragsärztlichen Versorgung
Autor:	Ass. jur. B. Berner	Autor:	Dr. med. P. Rheinberger
Stand:	2014	Stand:	2009
Heft 4	Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	Heft 11	Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Autor:	Ass. jur. B. Hartz	Autor:	Dr. habil. R. Pfandzelter
Stand:	2014	Stand:	2014
Heft 5	Der Bundesmantelvertrag	Heft 12	Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen, Fremdkassenzahlungsausgleich und Honorarverteilung
Autoren:	RA J. Schröder Dipl.-Wirt. jur. D. Röhrig	Autor:	Dipl.-Vwt. D. Bollmann
Stand:	2014	Stand:	2008
Heft 6	Gesamtverträge und Gesamtvergütung		
Autor:	Dr. rer. soc. Th. Kriedel		
Stand:	2012		
Heft 7	Die Datenwelt der vertragsärztlichen Versorgung		
Autor:	Dipl.-Kfm. K. Wilkening		
Stand:	2007		

