

# **Vertrag**

zwischen der

**Bundesrepublik Deutschland,**

vertreten durch den

**Bundesminister für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend,**

und der

**Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -,

vertreten durch den Vorstand,

**über die ärztliche Versorgung von**

**Zivildienstleistenden**

**Stand: 19. Februar 2009**

**In Kraft getreten am 1. April 2009**

**Inhalt:**

§ 1 Allgemeines .....	3
§ 2 Behandlungsberechtigung .....	4
§ 3 Behandlungsausweis.....	4
§ 4 Umfang der ärztlichen Versorgung .....	5
§ 5 Dienstunfähigkeit .....	5
§ 6 Vergütung, Abrechnung, Prüfungsverfahren .....	5
§ 7 Vertragsverletzung durch den Arzt .....	7
§ 8 Inkrafttreten, Kündigung, Übergangsvorschriften .....	8
Protokollnotiz .....	9

Zwischen

**der Bundesrepublik Deutschland,**

vertreten durch den Bundesminister für  
Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG),

und

**der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -,

vertreten durch den Vorstand,

wird auf der Grundlage des § 75 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V), folgender Vertrag abgeschlossen:

### **§ 1 Allgemeines**

- (1) Dieser Vertrag regelt die ambulante ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden sowie deren stationäre ärztliche Versorgung im Falle der belegärztlichen Behandlung.
- (2) Zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehört auch die ambulante Psychotherapie.
- (3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen im Sinne der Absätze 1 und 2 nach § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB V die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen auch nach § 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V die Untersuchungen von Zivildienstpflichtigen durch Ärzte mit Gebietsbezeichnungen sicher, die von Beauftragten Ärzten des Bundesamtes für den Zivildienst (im folgenden "Beauftragter Arzt") im Rahmen der nach § 39 Abs. 1 Zivildienstgesetz vorgesehenen Untersuchungen (z.B. Einstellungs-, Nach-, Tauglichkeitsuntersuchungen) veranlasst werden.
- (4) Soweit sich Vorschriften dieses Vertrages auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sich aus den nachfolgenden Vorschriften nichts Abweichendes ergibt.
- (5) Insbesondere folgende Vorschriften finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung:

§ 3 Absatz 3

§ 5

§ 6 Absatz 2

## § 2 Behandlungsberechtigung

- (1) Zur ärztlichen Versorgung nach § 1 Abs. 1 sind diejenigen berechtigt und verpflichtet, die gemäß § 95 Absatz 1 und § 95 Absätze 10 und 11 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Das gleiche gilt für Untersuchungen gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2, jedoch mit der Maßgabe, dass eine auf einen namentlich benannten Arzt lautende schriftliche Überweisung des Beauftragten Arztes hierzu vorliegen muss.
- (2) Psychotherapeutische Behandlungen im Sinne von § 1 Abs. 2 dürfen erst nach vorheriger Genehmigung durch das Bundesamt für den Zivildienst (Bundesamt) in entsprechender Anwendung der Vereinbarungen in der vertragsärztlichen Versorgung über Psychotherapie einschließlich Verhaltenstherapie erbracht werden.

## § 3 Behandlungsausweis

- (1) Das Bundesamt wird darauf hinwirken, dass die Zivildienstleistenden sich vor Beginn der Behandlung durch den Behandlungsausweis (Behandlungsausweis für ambulante Behandlung oder Überweisungsschein), der nur in Verbindung mit dem Dienstausweis gilt, ausweisen. Der Behandlungsausweis für ambulante Behandlung (Anlage 1)<sup>7)</sup> ist bis Ende des laufenden Kalendervierteljahres, längstens jedoch bis zur Entlassung aus dem Zivildienst gültig. Wenn die Behandlung nach Ende des laufenden Kalendervierteljahres fortgesetzt werden muss, ist ein neuer Behandlungsausweis für ambulante Behandlung vorzulegen. Wird der Behandlungsausweis für ambulante Behandlung nicht spätestens 4 Wochen nach Behandlungsbeginn vorgelegt, ist der Arzt berechtigt, von dem Zivildienstleistenden eine Privatvergütung für die Behandlung zu verlangen.
- (2) Der Arzt (§ 2 Abs. 1) kann, wenn erforderlich, den Zivildienstleistenden zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen zur Mit- oder Weiterbehandlung an einen anderen Arzt (§ 2 Abs. 1) mit einem in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Überweisungsschein überweisen. Für den Überweisungsschein gilt Abs. 1 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Der Überweisungsschein dient dem Arzt, dem der Zivildienstleistende überwiesen wurde, als Abrechnungsgrundlage. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelten Konsiliarverfahrens vornehmen.
- (3) Verordnet der Arzt Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel, hat er den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Vordruck zu verwenden; auf dem Vordrucksblatt ist das Feld „Gebühr frei anzukreuzen. Sofern für Arzneimittel Festbeträge festgesetzt wurden, sind möglichst solche Arzneimittel zu verordnen, deren Abgabepreis im Rahmen der Festbeträge liegen. In den Vordruck hat er Namen, Vornamen und Personenkennziffer des Zivildienstleistenden und dessen Dienststelle aus dem Behandlungsausweis zu übertragen. Bei der Verordnung von Arzneimitteln soll der Arzt die Preisvergleichsliste nach den Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beachten.

---

<sup>7)</sup> In dieser Sammlung nicht abgedruckt

#### **§ 4 Umfang der ärztlichen Versorgung**

- (1) Den Zivildienstleistenden ist die ärztliche Versorgung zu gewähren, die zur Erkennung, Heilung oder Linderung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die zur Erreichung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der behandelnde Arzt nicht bewirken oder verordnen. Bei der Verordnung von Krankenhauspflege dürfen nur Krankenhäuser in Anspruch genommen werden, die auch Vertragskrankenhäuser der gesetzlichen Krankenkassen sind. Soweit hiervon abgewichen werden soll, bedarf es der vorherigen Zustimmung des Bundesamtes.
- (2) In den Fällen des § 1 Abs. 3 Satz 2 ist der in Anspruch genommene Arzt an den Überweisungsauftrag des Beauftragten Arztes gebunden; für Überweisungen an weitere Ärzte mit Gebietsbezeichnung ist die vorherige Zustimmung des Beauftragten Arztes einzuholen.

#### **§ 5 Dienstunfähigkeit**

- (1) Für die Bescheinigung der Dienstunfähigkeit verwendet der Arzt die vom Bundesamt ausgegebene Dienstunfähigkeitsbescheinigung nach vereinbartem Vordruck (Anlage 2<sup>\*)</sup> , den der Zivildienstleistende von seiner Dienststelle erhält. Darauf hat der Arzt zu vermerken, ob eine allgemeine Dienstunfähigkeit gegeben ist oder ob der Zivildienstleistende für leichtere Tätigkeiten als für die derzeit ausgeübte Beschäftigung eingesetzt werden kann bzw. seine derzeitige Tätigkeit nur noch unter Begrenzung von Schwere und Zeitaufwand verrichten kann.
- (2) Das Bundesamt kann die Dienstunfähigkeit durch einen von ihm bestellten Vertrauensarzt oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nachprüfen lassen. Kommt dieser zu einem anderen Beurteilungsergebnis der Dienstunfähigkeit, so ist der behandelnde Arzt darüber zu unterrichten. Das Bundesamt ist berechtigt, die erfolgte Feststellung der Dienstunfähigkeit entsprechend dem Ergebnis der vertrauensärztlichen Überprüfung aufzuheben oder abzuändern.

#### **§ 6 Vergütung, Abrechnung, Prüfungsverfahren**

- (1) Die ärztlichen Leistungen werden gemäß § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V so vergütet, wie die Mitgliedskassen des VdAK die vertragsärztlichen Leistungen nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und den ergänzenden Vereinbarungen<sup>\*\*)</sup> vergüten. Die Vergütung wird nach Einzelleistungen unter Anwendung der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 SGB V) bzw. entsprechend der ergänzenden Vereinbarungen berechnet.
- (2) Benötigte Mittel des Sprechstundenbedarfs sind dem Bestand zu entnehmen, der für Versicherte der Ersatzkassen oder nach kassenartenübergreifenden Vereinbarungen entsprechend den gesamtvertraglichen Regelungen bezogen werden kann. Hierüber sowie über die Höhe der zu erstattenden Beträge sind

<sup>\*)</sup> In dieser Sammlung nicht abgedruckt

<sup>\*\*)</sup> z.B. Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, Durchführung von aktiven Schutzimpfungen nach der zwischen KV und Ersatzkassen abgeschlossenen Vereinbarung.

auf Landesebene unter den Beteiligten entsprechende Vereinbarungen zu treffen.

- (3) Wird ein Vertragsarzt zur Erbringung von Leistungen im Zusammenhang mit Untersuchungen und/oder Begutachtungen nach § 1 Abs. 3 Satz 2 (z.B. Einstellungs-, Nach- und Tauglichkeitsuntersuchungen) beauftragt, kann er die Versicherten-/Grundpauschale seiner Fachgruppe einmal im Behandlungsfall berechnen. Zusätzlich können die berechnungsfähigen Gebührenpositionen berechnet werden. Der Arzt übersendet seinen Befund dem Beauftragten Arzt, der die Unterlagen dem Bundesamt vorlegt.

Die auf Grund eines Behandlungsausweises/Notfallscheine in Anspruch genommenen Ärzte rechnen die erbrachten Leistungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab, soweit nicht im Falle umsatzsteuerpflichtiger Leistungen eine Direktabrechnung zwischen Vertragsarzt und Kostenträger erfolgt. Die Diagnosen im Rahmen der Abrechnung und auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind unter Verwendung der für die vertragsärztliche Versorgung zur Anwendung kommenden Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu verschlüsseln. Die von den Ärzten im Rahmen der Einstellungs-, Nach- und Tauglichkeitsuntersuchungen (§ 1 Abs. 3 Satz 1) durchzuführenden Untersuchungen sind auf der Basis des Überweisungsscheines des Beauftragten Arztes (Anlage 3)<sup>\*\*\*</sup> abzurechnen.

Die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt gemäß den gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltenden Regelungen, die im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern sowie zur der zugehörigen Anlage in der jeweils geltenden Fassung festgelegt sind. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu liefernden Daten betreffen ausschließlich den Einzelfallnachweis sowie die Gebührenordnungsstammdateien. Die Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung an die genannten Empfangsstellen per Datenträger übermittelt.

- (4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die von den Ärzten abgerechneten Leistungen, insbesondere im Hinblick auf § 4, und stellen sie sachlich und rechnerisch richtig. Das Bundesamt ist berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Eingang der Abrechnungen Anträge auf sachliche und rechnerische Berichtigungen zu stellen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb von 6 Monaten abschließend zu prüfen sind. Soweit den Anträgen stattgegeben wird, erfolgt die Berichtigung durch Überweisung des Geldbetrages. Eine Verrechnung mit dem nächsten Quartal ist aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Auf Antrag des Bundesamtes prüfen sie die ihnen vorgelegte Abrechnung bzw. Verordnungen und nehmen für den Fall einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise einen Honorarabstrich vor bzw. verhängen bei unwirtschaftlicher Verordnungsweise einen Regress. Für das Prüfungsverfahren gelten die bei der Kassenärztlichen Vereinigung aufgestellten Bestimmungen über die Abrechnung ärztlicher Leistungen für Krankenkassen sinngemäß. festgestellte Über- und Unterzahlungen sind auszugleichen.

---

\*\*\*)In dieser Sammlung nicht abgedruckt

- (5) Für die Durchführung eines vom Bundesamt beantragten Prüfungs- und Beschwerdeverfahrens wird ein Kostenbeitrag in Höhe von 1 v.H. der im Einzelfall vom Arzt in Rechnung gestellten Honorarforderung, mindestens jedoch 30,-- DM<sup>\*)</sup> gezahlt.
- (6) Das Bundesamt zahlt die Gesamtbeträge der Abrechnungen innerhalb von vier Wochen nach deren Eingang mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ihrerseits die Zahlungen an die anspruchsberechtigten Ärzte nach Einzelleistungen nach Maßgabe der festgestellten Rechnungsbeträge vornehmen.<sup>\*\*)</sup> Die Kassenärztlichen Vereinigungen und das Bundesamt für den Zivildienst können Abschlagszahlungen vereinbaren.
- (7) Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, von den Honorarrechnungen der Ärzte einen nach den bei ihr geltenden Vorschriften zulässigen Verwaltungskostenbeitrag einzubehalten.
- (8) Für die Währungsumstellung von DM auf Euro gelten die mit den Ersatzkassen getroffenen Regelungen.

### **§ 7 Vertragsverletzung durch den Arzt**

- (1) Erfüllt ein Arzt (§ 2 Abs. 1) die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, so ahndet die Kassenärztliche Vereinigung solche Vertragsverletzungen mit den ihr zustehenden Disziplarmitteln.
- (2) Wegen gröblicher Verletzung seiner Pflichten kann ein Arzt (§ 2 Abs. 1 ) auch von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden.
- (3) Ist ein Verfahren wegen einer Vertragsverletzung auf Veranlassung des Bundesamtes anhängig geworden, so ist dem Bundesamt eine Mitteilung über den Ausgang des Verfahrens zuzuleiten. Über das Ergebnis eines Disziplinarverfahrens gegen einen Arzt (§ 2 Abs. 1) ist das Bundesamt auch dann zu unterrichten, wenn ohne seine Anregung ein Disziplarmittel wegen Verletzung dieses Vertrages verhängt worden ist.

---

<sup>\*)</sup> Ab 1. Januar 2002 15,30 Euro

<sup>\*\*\*)</sup> Mit Wirkung für die Abrechnung des III. Quartals 1990 in Kraft getreten

**§ 8 Inkrafttreten, Kündigung, Übergangsvorschriften**

- (1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1989 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.
- (2) Bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages gilt dieser Vertrag weiter.
- (3) Der Vertrag vom 24. September 1987 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1988 außer Kraft. Er gilt jedoch weiter für die Abrechnungen, die einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1989 betreffen.

Köln/Bonn, den 28. Februar 1989

**Das Bundesministerium für  
Familie, Senioren, Frauen und Jugend**

Im Auftrag

gez. Dr. Brecht

**Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.**

gez. Dr. Oesingmann



**Protokollnotiz** zu § 6 Abs. 1 und 4 (wegen der Umsatzsteuerpflicht für ärztliche Gutachter Tätigkeit [Erlass des Bundesministerium der Finanzen vom 13. Februar 2001]) (Stand: 1. Januar 2002):

Leistungen nach § 1 Absatz 3 Satz 2, die von „Beauftragten Ärzten“ des Bundesamtes für den Zivildienst im Rahmen der nach § 39 Absatz 1 Zivildienstgesetz vorgesehenen Untersuchungen (z. B. Einstellungs-, Nach-, Tauglichkeitsuntersuchung) veranlasst werden, sind von dem ausführenden Vertragsarzt, falls dieser nicht die sogenannte „Kleinunternehmerregelung“ (§ 19 Umsatzsteuer-Gesetz) in Anspruch nimmt, ab 1. Januar 2002 direkt mit dem Bundesamt für den Zivildienst abzurechnen. Grund hierfür ist, dass diese Leistungen aufgrund des o. a. Erlasses der Umsatzsteuerpflicht für ärztliche Gutachter Tätigkeit unterliegen.

Der mit einem „B“ gekennzeichnete Überweisungsschein (lilafarben), der vom Bundesamt für den Zivildienst mit einem Stempelaufdruck „umsatzsteuerpflichtige Leistungen“ versehen wird, ist im Falle der Umsatzsteuerpflicht vom Vertragsarzt direkt mit dem Bundesamt für den Zivildienst, 50964 Köln, abzurechnen. Kurative Leistungen dürfen auf diesem Überweisungsschein nicht in Rechnung gestellt werden.

Damit der Vertragsarzt den Netto-Rechnungsbetrag ermitteln und seiner Steuerpflicht nachkommen kann, ist in diesen Fällen für die Direktabrechnung der nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erbrachten Leistungen für das laufende Jahr der Punktwert der Ersatzkassen des ersten Quartals des Vorjahres zur Rechnungslegung heranzuziehen. Die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung teilt diesen Punktwert den Vertragsärzten und dem zuständigen Bundesamt für den Zivildienst mit. Vertragsärzte, die nicht die „Kleinunternehmerregelung“ in Anspruch nehmen, stellen dem Bundesamt für den Zivildienst den Gesamtrechnungsbetrag der umsatzsteuerpflichtigen Leistungen (Netto-Betrag zuzüglich Umsatzsteuer) in Rechnung, der vom Kostenträger innerhalb einer Frist von vier Wochen zu begleichen ist.

Für umsatzsteuerpflichtige Leistungen, die zwischen dem 8. März 2001 und dem in Kraft treten dieser Protokollnotiz erbracht worden sind, kann der Vertragsarzt – falls erforderlich – dem Bundesamt für den Zivildienst den Umsatzsteuerbetrag nachträglich unmittelbar in Rechnung stellen.