

Bundesmantelvertrag – Ärzte*

*Zu recherchieren unter DARIS-Archivnr. **1003726371**.

Stand: 01. Oktober 2006 (letzte Änderungen durch Vertrag vom 20. September 2006, in Kraft getreten am 01. Oktober 2006).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln^{*},

– einerseits –

und

**der AOK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bonn,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen,
der IKK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bergisch Gladbach,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K. d. ö. R.,
Kassel,
die See-Krankenkasse, K. d. ö. R., Hamburg
die Bundesknappschaft, K. d. ö. R., Bochum**

– andererseits –

vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundesmantelvertrag –
Ärzte (BMV-Ä) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge:

^{*} seit 1. Juli 2004 Sitz Berlin

1. Abschnitt

Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1

Vertragsgegenstand, Sondervereinbarungen

- (1) Dieser Vertrag regelt als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge die vertragsärztliche Versorgung. Sein Geltungsbereich erstreckt sich auf den Geltungsbereich des SGB V. Soweit sich Regelungen nur auf das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet beziehen, wird im folgenden dafür der Begriff „neue Bundesländer“ verwendet.
- (2) Bestandteil dieses Vertrages sind der auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erstellte Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) und die besonderen Vereinbarungen in den Anlagen:

Anlage 1: Psychotherapievereinbarung

Anlage 2: Vordruckvereinbarung

Anlage 2a: Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungsverfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung

Anlage 3: Vereinbarungen über Qualitätssicherung¹

Anlage 4: Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte

Anlage 5: Vertrag über die hausärztliche Versorgung

Anlage 6: Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Anlage 7: Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen²

¹ abgedruckt im Teil C – Qualitätssicherung

- Anlage 9: Besondere Versorgungsaufträge
- Anlage 9.1 Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten
 - Anlage 9.2 Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening
- Anlage 14 Vereinbarung zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips (BKK)
- Anlage 15 Vereinbarung zur bundesweiten Anerkennung von regionalen Sondervertragsregelungen (BKK)
- Anlage 16 Vereinbarung zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips (IKK)
- Anlage 17 Vereinbarung zur bundesweiten Anerkennung von regionalen Sondervertragsregelungen (Bundesknappschaft)
- Anlage 19 Vereinbarung zur Abwicklung der Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139 a SGB V)
- Anlage 20 Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte
- (3) Bestandteil dieses Vertrages sind auch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 92 SGB V.
- (4) Soweit sich die Vorschriften dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sich aus den nachfolgenden Vorschriften und der Anlage 1 (Psychotherapievereinbarung) zu diesem Vertrag nichts abweichendes ergibt.
- (5) Insbesondere folgende Vorschriften finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung:
- § 2 Absatz 1 Nrn. 2 - 8, 10 und 11 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht.
 - § 17 Absätze 4, 6 und 7
 - §§ 22, 25 - 32
 - §§ 38 - 40

² noch nicht abgeschlossen

2. Abschnitt

Vertragsärztliche Versorgung: Inhalt und Umfang

§ 2

Umfang der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst:
1. die ärztliche Behandlung,
 2. die ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
 3. die ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
 4. die ärztlichen Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch³, soweit die Leistungspflicht nicht durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist,
 5. die ärztlichen Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit sowie die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,
 6. die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von Krankentransporten, von Krankenhausbehandlung, von Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie die Veranlassung von ambulanten Operationen, auch soweit sie im Krankenhaus durchgeführt werden sollen,
 7. die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
 8. die ärztliche Verordnung von ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
 9. die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
 10. die Verordnung von häuslicher Krankenpflege,
 11. die Verordnung von medizinischen Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie,

³ Im SGB V wird der bisherige Begriff „Sonstige Hilfen“ nicht mehr verwendet

12. die vom Arzt angeordneten und unter seiner Verantwortung erbrachten Hilfeleistungen anderer Personen,
 13. die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte im Rahmen des SGB V und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,
 14. die Verordnung von Soziotherapie.
- (2) Zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehören auch
1. die belegärztlichen Leistungen im Sinne von § 121 SGB V,
 2. die ambulante ärztliche Behandlung als medizinische Vorsorgeleistung im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB V,
 3. ärztliche Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen während ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie ambulant ausgeführte Leistungen, die während einer stationären Rehabilitation erforderlich werden und nicht mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang stehen,
 4. die in Notfällen ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte,
 - 4.1 Leistungen auf der Grundlage von Verträgen nach § 73 b und § 73 c SGB V, soweit dies in den Gesamtverträgen vereinbart ist,
 5. die ärztlichen Leistungen bei vorübergehender Erbringung von Dienstleistungen gemäß Artikel 60 des EWG-Vertrages (§ 8).
- (3) Zur vertragsärztlichen Versorgung gehören auch die ärztlichen Leistungen in ermächtigten poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen und, unbeschadet der besonderen Regelungen über die Vergütung, die ärztlichen Leistungen in ermächtigten psychiatrischen Institutsambulanzen sowie in ermächtigten sozialpädiatrischen Zentren, und Leistungen der Psychotherapie nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen an poliklinischen Institutsambulanzen psychologischer Universitätsinstitute und Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes.
- (4) Zur vertragsärztlichen Versorgung gehören nach Maßgabe des dazu abgeschlossenen Vertrages (Kurarztvertrag) ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.
- (5) Zur vertragsärztlichen Versorgung gehören auch Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten und zur Rehabilitation, soweit dies in den Gesamtverträgen vereinbart ist.
- (6) Die Durchführung von Leistungen der Psychotherapie und der Psychosomatik in der vertragsärztlichen Versorgung wird ergänzend zu diesem Vertrag durch

besondere Vereinbarung geregelt, die Bestandteil dieses Vertrages ist (Anlage 1).

- (7) Zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung können die Vertragspartner Inhalt und Umfang der Versorgung von definierten Patientengruppen durch besondere Versorgungsaufträge festlegen. Ein Versorgungsauftrag ist die Übernahme der ärztlichen Behandlung und Betreuung für eine definierte Patientengruppe im Sicherstellungsauftrag unter Einbeziehung konsiliarer ärztlicher Kooperation, die eine an der Versorgungsnotwendigkeit orientierte vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung voraussetzt. In den Versorgungsaufträgen kann festgelegt werden, dass bestimmte Leistungen nur im konsiliarischen Zusammenwirken erbracht werden. Dabei können zu § 15 (Persönliche Leistungserbringung) abweichende Bestimmungen festgelegt werden. Die Durchführung der in den Versorgungsaufträgen genannten Leistungen kann unter einen Genehmigungsvorbehalt gestellt werden. (Anlage 9)
- (8) Zur vertragsärztlichen Versorgung gehören auch die nach Maßgabe besonderer vertraglicher Regelungen vereinbarten Leistungen.
- (9) Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine Leistungsbeschreibung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, welche die vertragsärztliche Leistung eindeutig definiert oder der eine ärztliche Leistung durch die Vertragspartner verbindlich zugeordnet wurde, oder eine Vereinbarung nach Abs. 7.

§ 3

Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt keine Leistungen, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden.

Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht, können nur im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden, über die mit dem Versicherten vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden muß.

- (2) Der Ausschluß aus der vertragsärztlichen Versorgung gilt insbesondere für folgende Leistungen:
 1. Die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen (z. B.

- sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, für Privatversicherungen, für andere Leistungsträger, Leichenschauschein),
2. die Behandlung von Zahnkrankheiten, die in der Regel durch Zahnärzte erfolgt, mit Ausnahme
 - 2.1 der Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
 - 2.2 der Leistungen, die auch von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten gelegentlich vorgenommen werden (z. B. Zahnextraktionen),
 - 2.3 der Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte ausgeführt werden,
 3. Reihen-, Einstellungs-, Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen (einschließlich Sporttauglichkeit), auch wenn sie für bestimmte Betätigungen für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind,
 4. Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z. B. Versorgungsbehörde) zuständig ist oder dem Arzt einen Auftrag gegeben hat,
 5. die ärztliche Versorgung von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, ärztliche Untersuchungen zur Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht sowie Untersuchungen zur Vorbereitung von Personalentscheidungen und betriebs- und fürsorgeärztliche Untersuchungen, die von öffentlich-rechtlichen Kostenträgern veranlaßt werden,
 6. die ärztliche Behandlung von Gefangenen in Justizvollzugsanstalten,
 7. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, wenn sie im Rahmen der Krankenhausbehandlung oder der stationären Entbindung durchgeführt werden, es sei denn, diese ärztlichen Leistungen werden von einem Belegarzt oder auf einer Belegabteilung von einem anderen Vertragsarzt erbracht, wenn das Krankenhaus die Leistungen nicht sicherstellen kann,
 8. Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen - auch im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung, teilstationärer Behandlung oder ambulanter Operationen, soweit das Krankenhaus oder die Einrichtung diese Leistungen zu erbringen hat -, die auf deren Veranlassung durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in den oben genannten Häusern oder ambulanten Einrichtungen im Rahmen der genannten Behandlung

erbracht werden, auch wenn die Behandlung des Versicherten im Krankenhaus oder in den Einrichtungen nur zur Durchführung der veranlaßten Leistungen unterbrochen wird; dies gilt nicht für die von einem Belegarzt veranlaßten Leistungen nach § 121 Abs. 3 SGB V,

9. ärztliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Vertrages, sofern Gegenteiliges nicht ausdrücklich vereinbart wird,
 10. Leistungen in einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V),
 11. ambulant im Krankenhaus durchgeführte Operationen und stationer-setzende Eingriffe (§ 115 b Absatz 1 SGB V),
 12. Leistungen, die im Krankenhaus teilstationär erbracht werden,
 13. ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V.
- (3) Die ärztliche Versorgung in Eigeneinrichtungen der Krankenkassen richtet sich nach den hierfür abgeschlossenen Verträgen.

3. Abschnitt

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

§ 4

Zulassung und Ermächtigung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte (Vertragsärzte), zugelassene medizinische Versorgungszentren, nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen in dem Umfang, in dem sie am 31.12.2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren (neue Bundesländer), sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Die in diesem Vertrag für Vertragsärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene medizinische Versorgungszentren, in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, zugelassene Einrichtungen sowie für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts anderes bestimmt ist.
- (2) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen auch zugelassene und ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ermächtigte Einrichtungen nach § 117 Abs. 2 SGB V teil.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes durch einen anderen Arzt bis zur Dauer von zwei

Quartalen genehmigen. Sie informiert darüber die Landesverbände der Krankenkassen.

§ 5

Ermächtigung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen

- (1) Die Zulassungsausschüsse können über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV hinaus gemäß § 31 Absatz 2 Ärzte-ZV geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist.
- (2) Die Zulassungsausschüsse können ferner ohne Prüfung eines Bedürfnisses auf Antrag für folgende Leistungsbereiche Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen:
 1. Zytologische Diagnostik von Krebserkrankungen, wenn der Arzt oder die Einrichtung mindestens 6000 Untersuchungen jährlich in der Exfoliativ-Zytologie durchführt und regelmäßig die zum Erwerb der Fachkunde in der zytologischen Diagnostik notwendigen eingehenden Kenntnisse und Erfahrungen vermittelt,
 2. ambulante Untersuchungen und Beratungen zur Planung der Geburtshilfe im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.
- (3) Für Ärzte, die am 31. Dezember 1994 zur Erbringung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten ermächtigt waren, ist bei der Prüfung des Bedürfnisses für die Fortsetzung der Ermächtigung zu berücksichtigen, ob und inwieweit hierdurch die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen gefördert wird.
- (4) Die Zulassungsausschüsse können abweichend von § 31 Abs. 9 Satz 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) Ärzte, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, zur Erbringung von Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen des Früherkennungsprogramms nach Abschnitt B Nr. 4 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Funktion als ärztlicher Leiter eines Referenzzentrums zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von anspruchsberechtigten Frauen ermächtigen.

§ 6

Ermächtigung von Fachzahnärzten für Kieferchirurgie und Fachzahnärzten für theoretisch-experimentelle Fachrichtungen der Medizin

- (1) Approbierte Fachzahnärzte für Kieferchirurgie, welche Inhaber einer unbefristeten gültigen Erlaubnis nach § 10 a Abs. 1 Bundesärzteordnung (BÄO) zur

Ausübung des ärztlichen Berufs auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, werden auf ihren Antrag durch die Zulassungsausschüsse für die Dauer ihrer Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Umfang ihrer berufsrechtlichen Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Der ermächtigte Fachzahnarzt ist verpflichtet, die Beendigung oder das Ruhen der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

- (2) Approbierte Fachzahnärzte für eine theoretisch-experimentelle Fachrichtung der Medizin, welche Inhaber einer unbefristeten gültigen Erlaubnis nach § 10 a Abs. 2 BÄO zur Ausübung des ärztlichen Berufs in ihrem Fachgebiet sind, werden auf ihren Antrag durch die Zulassungsausschüsse für die Dauer und im Umfang ihrer berufsrechtlichen Erlaubnis zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, wenn und solange sie in freier Praxis niedergelassen sind und im Rahmen ihrer Erlaubnis ärztliche Leistungen erbringen können, welche Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Dies gilt nur, wenn in dem Versorgungsgebiet, für das der approbierte Fachzahnarzt eine Ermächtigung beantragt, keine Zulassungssperren für Gebiete bestehen, denen die Leistungen, für die eine Ermächtigung beantragt wird, zuzuordnen sind. Im Ermächtigungsbescheid sind die ärztlichen Leistungen, welche in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden dürfen, in einem Leistungskatalog auf der Grundlage des EBM festzulegen. Der Fachzahnarzt hat die Beendigung seiner Tätigkeit in niedergelassener Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

§ 7

Fachwissenschaftler der Medizin

- (1) Soweit dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist, kann die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Fachwissenschaftler der Medizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn der Fachwissenschaftler nachweist, daß er in der jeweiligen Fachrichtung die nach dem maßgeblichen Recht der neuen Bundesländer für ein entsprechendes postgraduales Studium vorgesehene Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat. Der Ermächtigungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung muß bestimmen, für welche einzelnen Leistungen oder Leistungsbereiche der Fachwissenschaftler ermächtigt wird und daß er nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Ermächtigung kann sich nur auf solche Leistungen beziehen, für die der Fachwissenschaftler der Medizin aufgrund der Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen eine Qualifikation zur selbständigen Leistungserbringung nachgewiesen hat. Mit der Ermächtigung darf der Fachwissenschaftler die entsprechenden Leistungen selbständig und eigenverantwortlich ausführen. Die Ermächtigung darf unbefristet erteilt werden.

- (2) Fachwissenschaftler der Medizin der Fachrichtung Klinische Chemie und Labordiagnostik können unter der Voraussetzung von Abs. 1 zur Durchführung laboratoriumsdiagnostischer Leistungen des Kapitels 32 und des Kapitels 1.7 sowie Leistungen des Kapitels 11.3 und des Kapitels 12 des EBM ermächtigt werden. Die Ermächtigung nur für Leistungen des Kapitels 32.3 und des Kapitels 11.3 und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Kapitels 1.7 kann auch erfolgen, wenn der Klinische Chemiker Leiter eines Gemeinschaftslabors von niedergelassenen Ärzten ist, in der für die Mitglieder der Laborgemeinschaft Leistungen des Kapitels 32.1 und 32.2 des Leistungsverzeichnisses erbracht werden. Die Ermächtigung des Klinischen Chemikers gestattet den ärztlichen Mitgliedern der Gemeinschaftseinrichtung nicht, die Laboratoriumsleistungen des Kapitels 32.3, des Kapitels 11.3 und der entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 in der Gemeinschaftseinrichtung als eigene Leistungen zu beziehen und abzurechnen. Die Ermächtigung des Klinischen Chemikers begründet entsprechend der für Ärzte geltenden Regelung die Verpflichtung, Laboratoriumsleistungen des Kapitels 32.3, des Kapitels 11.3 und der entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 nach Maßgabe der Abschnitte A und B der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung als persönliche Leistungen auszuführen.
- (3) Die Ermächtigung eines Klinischen Chemikers in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V ist ausgeschlossen.

§ 8

Ermächtigung von Ärzten aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen

- (1) Ärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der Artikel 17 und 18 der Richtlinien 93/16/EWG vom 5. April 1993 ärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Abs. 5 Ärzte-ZV von den Zulassungsausschüssen des Bereichs, in dem die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn
1. der Antragsteller aufgrund einer Anzeige an die zuständige Behörde in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EG-Vertrages vorübergehend den ärztlichen Beruf im Geltungsbereich der Bundesärzteordnung auszuüben,
 2. der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Vertragsarzt nach seinem Berufsrecht, den Bestimmungen dieses Vertrages und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erfüllen muß, um die gleichen Leistungen zu erbringen,

3. in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Vertragsarzt die Entziehung der Zulassung zur Folge haben würden,
 4. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V sind,
 5. die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, nicht einem Gebiet zuzuordnen sind, für das nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinien eine Zulassungssperre besteht.
- (2) Unterliegen die Dienstleistungen, die der Antragsteller erbringen will, Bestimmungen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, sind vom Antragsteller Zeugnisse vorzulegen, aus denen die Erfüllung der geforderten Qualifikationsvoraussetzungen hervorgeht. Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse Zweifel an der Qualifikation des Antragstellers, ist die Genehmigung zum Erbringen der beantragten Dienstleistungen von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abhängig zu machen.
- (3) Die Ermächtigung berechtigt den Arzt zur Erbringung der ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen.
- (4) Der Versicherte hat entstehende Mehrkosten (insbesondere Reisekosten) zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ermächtigte Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften als Dienstleistungserbringer in Anspruch genommen werden.
- (5) Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Ärzte aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaften finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

§ 9

[unbesetzt]

4. Abschnitt

Hausärztliche und fachärztliche Versorgung

§ 10

Inhalt und Umfang

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Das Nähere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung regeln die Vertragspartner in einer Anlage zu diesem Vertrag (Anlage 5).

5. Abschnitt

Qualität der vertragsärztlichen Versorgung

§ 11

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkunde) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, können in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Arzt die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt. Diese werden jeweils in den Anlagen zu diesem Vertrag unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechts von den Vertragspartnern vereinbart. Die Vertragspartner können zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.
- (2) Der Nachweis der nach Abs. 1 geforderten fachlichen Qualifikation ist durch ein Kolloquium von der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen, sofern der Arzt nicht die fachliche Qualifikation für diese Leistung durch Weiterbildung erworben und diese erfolgreich durch ein Fachgespräch oder eine andere Prüfung vor der Ärztekammer abgeschlossen hat. Dieses gilt, soweit in den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nichts anderes ausdrücklich bestimmt ist.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt durch Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung gemäß § 136 SGB V. Diese Richtlinien sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt aufgrund § 136 a SGB V durch Richtlinien nach § 92 SGB V die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie die verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern, sowie Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizinischer Leistungen. Diese Richtlinien sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (5) Die Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen

den Landesverbänden der Krankenkassen mit, welche Leistungserbringer die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen.

- (6) Leistungserbringer, die aufgrund eines Qualifikationsnachweises gemäß den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch eine Kassenärztliche Vereinigung erhalten haben, behalten diese Berechtigung auch dann, wenn sie diese Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in einem anderen KV-Bereich erbringen wollen.
- (7) Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen Maßnahmen zur Förderung der Qualität durch. Sie veröffentlichen einen jährlichen Qualitätsbericht.
- (7a) Soweit in Regelungen auf die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Verfahren zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung verwiesen wird, gelten diese weiter bis sie von einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen abgelöst werden.
- (8) Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den betroffenen Bundesverbänden der Leistungserbringer bestimmten Maßnahmen zur Qualitätssicherung ambulant erbrachter Vorsorgeleistungen und/oder Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 137 d SGB V sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (9) Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115 b SGB V. Diese Vereinbarungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (10) Psychotherapeutische Leistungen, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzen, dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Leistungserbringer die vorgeschriebenen Qualifikationserfordernisse erfüllt. Diese sind in der Anlage 1 zu diesem Vertrag für Ärzte und für Psychotherapeuten – von den Vertragspartnern vereinbart. Die Absätze 3, 6 und 7a gelten entsprechend.

§ 12

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann angewendet und abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat, die erforderlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung getroffen wurden und sie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden. Nicht anerkannte Behandlungsmethoden sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch keine verordnungsfähigen Leistungen.

- (2) Die Durchführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für welche der Gemeinsame Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Ärzte und die apparativen Anforderungen abgegeben hat, bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die zu diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllt.
- (3) Neue Behandlungsverfahren der Psychotherapie dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur angewandt und abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen dies in Richtlinien gem. § 92 Absatz 6 a SGB V in Verbindung mit § 135 Absatz 1 SGB V geregelt hat und sie in den EBM aufgenommen worden sind.

6. Abschnitt

Allgemeine Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung

§ 13

Anspruchsberechtigung und Arztwahl

- (1) Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines anderen gültigen Behandlungsausweises nachweisen. Die Versicherten sind verpflichtet, die Krankenversichertenkarte vor jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren.
- (2) Kostenerstattungsberechtigte Versicherte, die sich nicht nach Abs. 1 ausweisen, sind Privatpatienten. Unberührt davon bleiben die Regelungen nach § 18 Abs. 8 Nr. 1 und Absatz 9. Ärztliche Leistungen im Rahmen einer Privatbehandlung sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten höchstens hierfür die entsprechende Vergütung, die die Krankenkassen bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätten, abzüglich des Erstattungsbetrages für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie vorgesehene Zahlungen.
- (3) Den Versicherten steht die Wahl unter den Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, den nach § 311 Abs. 2 SGB V zugelassenen Einrichtungen, den ermächtigten Ärzten und den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen im Umfang der jeweiligen Ermächtigung sowie den zu ambulanten Operationen in den betreffenden Leistungsbereichen zugelassenen Krankenhäusern frei. Andere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

- (4) Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Abweichend von Satz 1 können Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen i.V.m. Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrages direkt in Anspruch genommen werden. Sie sind berechtigt, gemäß Anlage 9.2 die notwendigen Leistungen zu veranlassen.
- (5) Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) können hochspezialisierte Leistungen bestimmt werden, die wegen besonderer apparativer und fachlicher Voraussetzungen oder zur Sicherung der Qualität der Versorgung nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.
- (6) Bei psychotherapeutischer Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist spätestens nach den probatorischen Sitzungen der Konsiliarbericht einzuholen. Das Nähere bestimmt Anlage 1 zu diesem Vertrag.
- (7) Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Krankenversichertenkarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.
- (8) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragsarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes. Hat der Vertragsarzt die Behandlung übernommen, ist er auch verpflichtet, die in diesem Rahmen notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.
- (9) Bei der Verordnung von zuzahlungspflichtigen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln – sofern der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat – und Verordnung von Krankentransporten ist von der Zuzahlungspflicht des Patienten auszugehen. Dies gilt nicht im Falle von Verordnungen im Rahmen der Behandlung von Schwangeren.

Vertragsärzte dürfen nur dann die Befreiung von der Zuzahlung kenntlich machen, wenn der Versicherte einen gültigen Befreiungsbescheid seiner Krankenkasse vorlegt.

§ 14

Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte, nichtärztliche Mitarbeiter

- (1) Erbringen Vertreter Leistungen, für deren Erbringung eine Qualifikation gemäß § 11 dieses Vertrages Voraussetzung ist, hat sich der vertretene Arzt darüber zu vergewissern, daß die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt sind. Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht erbracht werden. Dasselbe gilt, wenn der nach § 32 b Ärzte-ZV angestellte Arzt nach entsprechender fachlicher Weisung mit der selbständigen Ausführung betraut wird. In diesem Fall hat der Vertragsarzt die Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Sind die Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, darf der angestellte Arzt diese Leistungen nicht selbständig ausführen.
- (2) Werden Assistenten, angestellte Ärzte oder Vertreter (§§ 32, 32 a, 32 b Ärzte-ZV) beschäftigt, so haftet der Vertragsarzt oder das medizinische Versorgungszentrum für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. Das gleiche gilt bei der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter.
- (3) Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig. Im übrigen ist eine Vertretung nur im Rahmen der Absätze 1 und 2 und unter Beachtung der berufsrechtlichen Befugnisse zulässig.

§ 15

Persönliche Leistungserbringung

- (1) Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32 b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.
- (2) Verordnungen dürfen vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.
- (3) Vertragsärzte können sich bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, daß die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestell-

ten Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV erbracht werden. Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist. Sind Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages vorgeschrieben, so müssen alle Gemeinschaftspartner und ein angestellter Arzt nach § 32 b Ärzte-ZV, sofern er mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt ist, diese Voraussetzungen erfüllen.

§ 15a

Genehmigung von Zweigpraxen, ausgelagerte Praxisstätten

- (1) Die Tätigkeit eines Vertragsarztes in einer weiteren Praxis (Zweigpraxis) außerhalb seines Vertragsarztsitzes bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene. Die Genehmigung darf nur erteilt werden, wenn die Zweigpraxis zur Sicherung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung erforderlich und im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung gelegen ist. Besondere Genehmigungsvoraussetzungen, welche die Sicherstellung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung bei der Durchführung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der Vertragsarztpraxis in anderen Vorschriften dieses Vertrages betreffen, bleiben unberührt.
- (2) Ein Fall des Absatzes 1 Satz 1 liegt nicht vor, wenn der Vertragsarzt
 1. vertragsärztliche Leistungen in einer nach dem maßgeblichen Berufsrecht zugelassenen ausgelagerten Praxisstätte („ausgelagerte Praxisräume“ im Sinne von § 18 MBO-Ä) erbringt; dies gilt auch, wenn eine ärztliche Tätigkeit des Vertragsarztes nach der bis zum Zeitpunkt der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. September 2001 – B 6 KA 64/00 R – maßgeblichen Auslegung der ärztlichen Berufsordnung durch die zuständige Ärztekammer als Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen gestattet war, für die Fortdauer dieser Tätigkeit;
 2. ambulante Operationen in einem Operationszentrum ausführt, soweit es sich um Operationen bei Versicherten handelt, welche den Vertragsarzt an seiner Praxisstätte in Anspruch genommen haben.

Für besondere Versorgungsfunktionen kann in anderen Vorschriften dieses Vertrages auch die Genehmigung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer ausgelagerten Praxisstätte vorgesehen werden.

- (3) Wird dem Vertragsarzt die Tätigkeit in einer Zweigpraxis genehmigt, ist er verpflichtet, die Behandlung von Versicherten in der Zweigpraxis persönlich durchzuführen. Die Beschäftigung eines Assistenten oder Vertreters allein zur Durchführung der Behandlung in der Zweigpraxis ist nicht gestattet.
- (4) Wird die Genehmigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis widerrufen, ist dem Vertragsarzt eine angemessene Übergangszeit zur Beendigung seiner Tätigkeit in der Zweigpraxis einzuräumen.

§ 16

Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit

Jeder Vertragsarzt hat die vertragsärztlichen Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit (§ 12 SGB V) zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzurichten. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 92 SGB V zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung sind für den Vertragsarzt, die Krankenkasse und für den Leistungsanspruch des Versicherten verbindlich. Außerdem hat der Vertragsarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 11 zu beachten.

§ 17

Sprechstunden, Besuche

- (1) Der Vertragsarzt ist gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben. Die Sprechstunden sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben. Sprechstunden "nach Vereinbarung" oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig.
- (2) Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sollen die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) berücksichtigt werden.
- (3) Ist der Vertragsarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert, so hat er dies der Kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung der vertretenden Ärzte unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus soll der Vertragsarzt - auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche - dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang) bekanntgeben. Die Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzusprechen. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der Vertragsarzt innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 4 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten.

- (4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, daß es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.
- (5) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Vertragsärzte in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.
- (6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:
 1. Wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
 2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.
- (7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, daß sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

7. Abschnitt

Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch den Versicherten

§ 18

Zuzahlungspflichten der Versicherten und Vergütungsanspruch gegen Versicherte

- (1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben vor jeder ersten Inanspruchnahme
 - eines Vertragsarztes,
 - eines medizinischen Versorgungszentrums,
 - eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 - einer ermächtigten Einrichtung,
 - eines ermächtigten Krankenhausarztes,
 - eines Krankenhauses, wenn es an der ambulanten Versorgung teilnimmt,im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung von 10,00 € zu leisten.

Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.

Die Zuzahlung entfällt

- bei einer Inanspruchnahme aufgrund einer Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr,
- bei einer Inanspruchnahme aufgrund einer Überweisung aus einem vorhergehenden Kalendervierteljahr zu Auftragsleistungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden (z. B. Probeneinsendung zur Laboratoriumsuntersuchung),
- wenn vor der Inanspruchnahme ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird,
- bei einer Inanspruchnahme ausschließlich zum Zweck von Schutzimpfungen,
- bei ausschließlicher Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 25 SGB V, Schwangerenvorsorge gemäß § 196 Absatz 1 RVO,
- bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Notfall oder im organisierten Notfalldienst, wenn mit der nach Absatz 2 zu erstellenden und für den Notfall oder organisierten Notfalldienst vorgesehenen Quittung nachgewiesen wird, dass in demselben Kalendervierteljahr bereits im Rahmen einer Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder im organisierten Notfalldienst die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V geleistet worden ist.

Erfolgt eine Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im Notfall und eine zuzahlungspflichtige Inanspruchnahme außerhalb des Notfalls oder des organisierten Notfalldienstes bei dem selben Vertragsarzt in dem selben Kalendervierteljahr, ist die Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V nur einmal zu erheben.

Eine Inanspruchnahme im Sinne des § 28 Absatz 4 SGB V liegt nicht vor, wenn einem Leistungserbringer oder einer Krankenkasse gegenüber ausschließlich ein Bericht abgegeben wird.

Wird im Einvernehmen zwischen Vertragsarzt und Versichertem festgestellt, dass eine Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V ohne rechtliche oder vertragliche Grundlage vom Versicherten einbehalten wurde, ist der Vertragsarzt dazu verpflichtet, dem Versicherten die Zuzahlung zurückzuerstatten.

Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung, einer Quittung gemäß Abs. 2 oder eines Befreiungsausweises begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

- (2) Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einbehalt Verpflichteten entweder auf den hierzu vereinbarten Formularen oder in einem Nachweisheft seiner Krankenkasse zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.
- (3) Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit oder einer Inanspruchnahme nicht persönlicher Art kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden.
- (4) Soweit die Zuzahlung gemäß Absatz 3 nicht vor der Behandlung entrichtet wurde, zieht der Vertragsarzt diesen Betrag nachträglich ein und quittiert die

geleisteten Zahlungen. Der Versicherte ist verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb von zehn Tagen, zu entrichten. Die dem Vertragsarzt entstehenden Portokosten werden von der zuständigen Krankenkasse erstattet. Der Nachweis erfolgt über eine entsprechende Kennzeichnung bei der Abrechnung.

- (5) Leistet der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom Arzt gesetzten Frist nicht, übernimmt die für den Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Kassenärztliche Vereinigung fordert den Versicherten schriftlich mit Fristsetzung erneut zur Zahlung auf. Zahlt der Versicherte wiederum nicht, führt die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse Vollstreckungsmaßnahmen durch. Bleibt die Vollstreckungsmaßnahme erfolglos, entfällt die Verrechnung dieser Zuzahlung mit der Gesamtvergütung.

- (5a) Die zuständige Krankenkasse erstattet der Kassenärztlichen Vereinigung begrenzt auf 0,2 % der Behandlungsfälle, in denen eine Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben ist, je durchgeführtem Mahnverfahren die entstehenden Portokosten sowie je 3,50 EUR. Die den Kassenärztlichen Vereinigungen für die gerichtliche Durchsetzung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen getragen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen gemeinsam mit der Abrechnung nach § 54 eine Aufstellung der ihnen entstandenen Kosten.

- (6) Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme

- eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- eines Leistungserbringers im Rahmen der ambulanten Behandlung eines Krankenhauses

erfolgt, tritt die nach Absatz 2 zu erstellende Quittung an die Stelle der Überweisung.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen; ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

- (7) Soweit im Quartal nach einer Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes dessen Vertreter in Anspruch genommen wird, ist ein erneutes Erheben der Zuzahlung unzulässig.

Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme eines Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Zuzahlung. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung durch den vertretenen Vertragsarzt ist unzulässig.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene vertretende bzw. vertretene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen.

Die mit dem Vertragsarztstempel nach Satz 4 zusätzlich versehene Quittung ist in weiteren Vertretungen in demselben Kalendervierteljahr als Nachweis der ge-

leisteten Zuzahlung vom Versicherten vorzulegen. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

- (7a) Ergibt sich aus der Abrechnung, dass ein Leistungserbringer in einem Quartal in 10 von Hundert oder einem höheren Anteil der Behandlungsfälle, in denen die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben ist, die Zuzahlung nicht erhoben hat, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Differenz zwischen einzu-behaltender und einbehaltener Zuzahlung zurückbehalten. In den Fällen, in denen die Kassenärztliche Vereinigung von dem Zurückbehaltungsrecht nach Satz 1 Gebrauch macht, informiert die Kassenärztliche Vereinigung die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen. Gleichzeitig leitet die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse ein Verfahren nach § 49 ein.
- (8) Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern
1. wenn die Krankenversichertenkarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,
 2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,
 3. 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.
- (8a) Bei Leistungen der künstlichen Befruchtung rechnet der Vertragsarzt 50% der nach dem Behandlungsplan genehmigten Behandlungskosten unmittelbar gegenüber dem Versicherten ab.
- (9) Eine entsprechend Absatz 8 Nr. 1 vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird.
- (10) Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme
1. der Erstinanspruchnahme oder Inanspruchnahme ohne Überweisung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V,
 2. bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden,
- von Versicherten keine Zuzahlungen fordern.

Die Landesverbände der Krankenkassen verständigen sich intern über einheitliche Zuzahlungsbeträge für Leistungen gemäß Nr. 2 und teilen diese den Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens sechs Wochen vor Quartalsende mit Wirkung zum folgenden Quartal mit. Den Vertragsärzten wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der für ihren Praxissitz geltende, für alle Kassensorten einheitliche Zuzahlungsbetrag mitgeteilt.

§ 19

Krankenversichertenkarte und Behandlungsausweis

- (1) Die nach § 13 Abs. 1 zum Nachweis der Anspruchsberechtigung vom Versicherten vorzulegende Krankenversichertenkarte (Versichertenkarte) enthält gemäß § 291 Abs. 2 SGB V folgende Angaben:
1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse mit einer Kassenkurzbezeichnung und dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 2. den Familiennamen, Titel und Vorname des Versicherten (die Angabe des Titels entfällt sofern vom Versicherten gewünscht),
 3. das Geburtsdatum des Versicherten,
 4. die Anschrift des Versicherten mit Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort und ggf. Zustellbereich, einschließlich eines Kennzeichens für die Länderkennung für die im Ausland wohnenden Mitglieder,
 5. die Krankenversichertennummer,
 6. den Versichertenstatus, einschließlich eines Kennzeichens für Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 Satz 4 SGB V in einer verschlüsselten Form,
 7. a) für Versicherte der Betriebs- und Innungskrankenkassen ein Feld, welches die Zuordnung der Versicherten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Dabei enthält das Feld
 - bei Mitgliedern, deren Kassen Verträge nach § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V abschließen, ein Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat;
 - bei mitversicherten Familienangehörigen wird – unabhängig vom Wohnort des Familienangehörigen – das dem Mitglied zugeordnete Kennzeichen auf die Krankenversichertenkarte aufgebracht. Die Krankenkassen stellen die korrekte Angabe des Kennzeichens auf der Krankenversichertenkarte bei Neuausstellung sicher,
 - bei Mitgliedern, deren Kassen Verträge nach § 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V abschließen und die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, ein Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat,
 - bei im Ausland wohnenden Versicherten unabhängig von der Gestaltung der Verträge nach § 83 Abs. 1 SGB V das Kennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.
 - b) für Versicherte aller anderen Krankenkassen ist dieses Feld mit der Vertragskassennummer (VKNR) zu bestücken.
 8. bei Befristung der Gültigkeit die Angabe von Monat und Jahr des Fristablaufs.

- (2) Die Krankenversichertenkarte wird durch die Krankenkasse ausgegeben, sie ist grundsätzlich nur gültig mit der Unterschrift des Versicherten oder eines gesetzlichen Vertreters (z. B. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres).

Wird von der Krankenkasse anstelle der Krankenversichertenkarte im Einzelfall ein papiergebundener Behandlungsausweis als Anspruchsnachweis ausgegeben, muß dieser die Angaben gemäß Abs. 1 enthalten. Die Krankenkasse ist verpflichtet, ungültige Krankenversichertenkarten einzuziehen.

- (3) Die Krankenkasse hat die Versicherten in geeigneter Weise anzuhalten, die gültige Krankenversichertenkarte bzw. einen gültigen Behandlungsausweis, falls dieser dem Vertragsarzt bei dessen erster Inanspruchnahme nicht vorgelegt werden konnte, innerhalb von zehn Tagen vorzulegen. Sie hat die Versicherten weiterhin dazu anzuhalten, die Zuzahlungen vor der ersten Inanspruchnahme zu leisten oder eine Überweisung oder einen gültigen Befreiungsausweis vorzulegen.

Die Krankenkasse wird den Vertragsarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte bzw. den Behandlungsausweis dem Vertragsarzt nachträglich vorlegt.

- (4) Der Arzt ist verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung eines zertifizierten Lesegerätes und eines geeigneten Druckers zu übertragen; Ausnahme hiervon bildet das Ersatzverfahren. Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein (Muster 5 der Vordruckvereinbarung) bestätigt der Versicherte das Bestehen der Mitgliedschaft durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Eine Unterschriftsleistung ist nicht erforderlich bei Versicherten, die einen gesetzlichen Vertreter haben (z. B. Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder die zur Unterschrift nicht in der Lage sind.

- (5) Die Daten der Krankenversichertenkarte dürfen vom Vertragsarzt nur für die gesetzlichen und vertraglich erlaubten Zwecke verwendet werden.

- (6) Das Nähere zur Gestaltung der Krankenversichertenkarte sowie zur technischen Ausstattung der Arztpraxen ist in Anlage 4 geregelt.

- (7) Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte oder eines zu Unrecht ausgestellten anderen Behandlungsausweises erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge. Zieht ein Vertragsarzt aufgrund einer vorgelegten falschen Befreiungsbcheinigung die Zuzahlung nicht ein, so verringert sich sein Honoraranspruch nicht.

§ 20

Ersatzverfahren zur Erstellung von Vordrucken

- (1) Wenn die Krankenversichertenkarte im betreffenden Quartal dem Arzt vorgelegen hat, sie aber bei einer späteren Arzt-/Patientenbegegnung nicht mitgeführt wird, oder wenn sie nicht verwendet werden kann, findet für die unmittelbar notwendige Ausstellung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ein Ersatzverfahren statt. Das Ersatzverfahren kann ausnahmsweise auch angewandt werden, wenn die Krankenversichertenkarte im engen zeitlichen Zusammenhang im Vorquartal vorgelegen hat. Das gleiche gilt, wenn dem Arzt lediglich ein gültiger Überweisungsschein, nicht aber die Krankenversichertenkarte für Verordnungen zur Verfügung steht.
- (2) Im Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes sind folgende Verfahren zulässig:
 1. Die manuelle oder maschinelle Beschriftung aufgrund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Versicherten; dabei sind die Bezeichnung der Krankenkasse, der Name und das Geburtsdatum des Versicherten, der Versichertenstatus, die Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes und nach Möglichkeit auch die Krankenversichertennummer anzugeben,
 2. die Verwendung maschinell lesbarer vorgefertigter Aufkleber, die den Abdruck des Inhalts der Krankenversichertenkarte enthalten und die in ihrem Aufbau dem verbindlichen Personalienfeld entsprechen. Dies gilt nicht für die Ausstellung von Arzneiverordnungsblättern.
- (3) Kann im weiteren Verlauf des Quartals die Krankenversichertenkarte verwendet werden, ist damit ein Abrechnungsschein auszustellen.
- (4) Das Nähere zum Ersatzverfahren ist in der Anlage 4 der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte geregelt.

§ 21

Behandlungsfall/Krankheitsfall

- (1) Die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Kranke, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit von demselben Vertragsarzt behandelt wird. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Be-

legarzt erfolgt. Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im EBM, die auf den Behandlungsfall bezogen sind, können sie nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Kranken sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall durchgeführt werden.

Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

(2) Die ausschließliche Abrechnung von Befundberichten und schriftlichen Mitteilungen an andere Ärzte bzw. von Kosten zu Lasten der Krankenkasse in einem auf das Behandlungsquartal folgenden Quartal lösen keinen erneuten Behandlungsfall aus.

(3) Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe eines Behandlungsfalles, ohne daß dies dem Vertragsarzt bei der Behandlung bekannt ist, so hat die Krankenkasse die Vergütung für die bis zum Zeitpunkt der Unterrichtung des Vertragsarztes erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels, solange der Versicherte dem Vertragsarzt die Krankenversichertenkarte bzw. den Behandlungsausweis der neuen Krankenkasse nicht vorgelegt hat.

Legt der Versicherte noch während des laufenden Kalendervierteljahres die neue Krankenversichertenkarte bzw. den neuen Behandlungsausweis vor, gilt dieser rückwirkend zum Tage des Kassenwechsels; bereits bis dahin ausgestellte Verordnungen oder Überweisungen des Vertragsarztes bleiben davon unberührt.

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

§ 22

Inanspruchnahme der Früherkennungsmaßnahmen

(1) Versicherte mit Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungen, Krebsfrüherkennung, Früherkennung von Krankheiten bei Kindern) weisen diesen durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder eines Behandlungsausweises nach.

(2) Die erste Untersuchung nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1) wird auf einem mit der Krankenversichertenkarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein (Muster 5 der Vordruckvereinbarung) abgerechnet. Dies gilt auch für die zweite Untersuchung (U2),

wenn zum Zeitpunkt der Untersuchung noch keine Krankenversichertenkarte für das Kind vorliegt.

- (3) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Voraussetzung zur Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen. Der Vertragsarzt hat die Erfüllung der Voraussetzungen zu beachten, soweit dies an Hand der Angaben des Versicherten und seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen möglich ist.

§ 23
Information über Richtlinien des
Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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

§ 23 a
Information über gesetzliche Zuzahlung

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte über gesetzliche Zuzahlungsverpflichtungen.

8. Abschnitt

Vertragsärztliche Leistungen

1. Unterabschnitt

Überweisungen

§ 24
Überweisungen

- (1) Der Vertragsarzt hat die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt, eine nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung durch Überweisung auf vereinbartem Vordruck (Muster 6 bzw. Muster 10 der Vordruckvereinbarung) zu veranlassen. Dies gilt auch nach Einführung der Krankenversichertenkarte. Ein Überweisungsschein ist auch dann zu verwenden, wenn der Vertragsarzt eine ambulante Operation im Krankenhaus veranlaßt. Ärztliche Leistungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening erbracht werden, bedürfen abweichend von Satz 1 keiner Überweisung auf Vordruck.

- (2) Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Behandlungsausweis oder die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat. Eine Überweisung hat auf dem Überweisungsschein (Muster 6 bzw. Muster 10 der Vordruckvereinbarung) zu erfolgen; die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, daß ein ausgestellter Überweisungsschein dem in Anspruch genommenen Vertragsarzt vorzulegen ist. Der ausführende Arzt ist grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen.

Überweisungen durch eine ermächtigte Krankenhausfachambulanz sind nicht zulässig, wenn die betreffenden Leistungen in dieser Einrichtung erbracht werden können oder in Polikliniken und Ambulatorien als verselbständigte Organisationseinheiten desselben Krankenhauses erbracht werden. Das Recht des Versicherten, auch einen anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt zu wählen, bleibt davon unberührt (§ 13).

- (3) Eine Überweisung an einen anderen Arzt kann erfolgen:

1. Zur Auftragsleistung oder
2. zur Konsiliaruntersuchung oder
3. zur Mitbehandlung oder
4. zur Weiterbehandlung.

Dabei ist in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig.

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

1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden,
2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken,
3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

- (5) Zur Gewährleistung der freien Arztwahl soll die Überweisung nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

- (6) Der Vertragsarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der auf Grund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat

seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist. Nimmt der Versicherte einen Facharzt unmittelbar in Anspruch, übermittelt der Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt.

- (7) Der überweisende Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen. Er ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt:

1. Auftragsleistung

Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert

1. die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder
2. eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag).

Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich. Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten. Dies erfor-

dert bei Aufträgen nach Nr. 1 dann eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt, wenn der beauftragte Arzt aufgrund seines fachlichen Urteils eine andere als die in Auftrag gegebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend und notwendig hält.

Auftragserteilungen nach Nr. 2 erfordern eine Rücksprache nur dann, wenn der beauftragte Arzt eine konsiliarische Absprache zur Indikation für notwendig hält.

Ist eine Auftragsleistung hinsichtlich Art, Umfang oder Indikation nicht exakt angegeben, das Auftragsziel – ggf. nach Befragung des Patienten – aber hinreichend bestimmbar, gelten für die Auftragsausführung die Regelungen zu Nr. 2.

2. Konsiliaruntersuchung

Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Sie gibt dem überweisenden Arzt die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung beim auftraggebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen beim auftragnehmenden Vertragsarzt.

3. Mitbehandlung

Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet.

4. Weiterbehandlung

Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

- (8) Überweisungen zur Durchführung von Leistungen des Kapitels 32 BMÄ und von entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 sind nur als Auftragsleistung zulässig. Hierfür ist der Vordruck Muster 10 zu verwenden.
- (9) Überweisungen an Zahnärzte sind nicht zulässig.
- (10) Eine von einem Vertragszahnarzt ausgestellte formlose Überweisung an einen ausschließlich auftragnehmenden Vertragsarzt gemäß § 13 Absatz 4 gilt als Behandlungsausweis im Sinne dieses Vertrages. Der Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes beizufügen ist.
- (11) 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.

§ 25

Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen

- (1) Ziel der laboratoriumsmedizinischen Untersuchung ist die Erhebung eines ärztlichen Befundes. Die Befunderhebung ist in vier Teile gegliedert:
 - 1. Ärztliche Untersuchungsentscheidung,
 - 2. Präanalytik,
 - 3. Laboratoriumsmedizinische Analyse unter Bedingungen der Qualitätssicherung,
 - 4. ärztliche Beurteilung der Ergebnisse.
- (2) Für die Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen gilt § 15 mit folgender Maßgabe:

1. Bei Untersuchungen des Kapitels 32.2 und bei entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 des BMÄ ist der Teil 3 der Befunderhebung einschließlich ggf. verbliebener Anteile von Teil 2 beziehbar. Überweisungen zur Erbringung der Untersuchungen des Kapitels 32.2 und entsprechender laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Kapitels 1.7 des BMÄ sind zulässig.
 2. Bei Untersuchungen des Kapitels 32.3 und entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 des BMÄ kann der Teil 3 der Befunderhebung nicht bezogen werden, sondern muss entweder nach den Regeln der persönlichen Leistungserbringung selbst erbracht oder an einen anderen zur Erbringung dieser Untersuchung qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsarzt überwiesen werden.
- (3) Der Teil 3 der Befunderhebung kann nach Maßgabe von Abs. 2 aus Laborgemeinschaften bezogen werden, deren Mitglied der Arzt ist. Der den Teil 3 der Befunderhebung beziehende Vertragsarzt rechnet die Analysekosten gemäß dem Anhang zum Kapitel 32.2 BMÄ gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Laborgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen des Kapitels 32.2 regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen.

- (4) Der Vertragsarzt, der den Teil 3 der Befunderhebung bezieht, ist ebenso wie der Vertragsarzt, der Laborleistungen persönlich erbringt, für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich, indem er sich insbesondere zu vergewissern hat, daß die "Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien" von dem Erbringer der Analysen eingehalten worden sind.
- (5) Für die Abrechnung überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels 32 BMÄ gelten folgende ergänzende Bestimmungen:

Die vom Vertragsarzt eingereichte Abrechnung überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels 32 muß die Abrechnungsnummer der überweisenden Praxis (Veranlasser) und ggf. die Kennziffer des Kapitels 32 enthalten. Die Kennziffer teilt der Veranlasser zusammen mit dem Überweisungsauftrag mit. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrags hat die abrechnende Arztpraxis die Abrechnungsnummer derjenigen überweisenden Praxis anzugeben, die den ersten Überweisungsauftrag erteilt hat (Erstveranlasser).

Die Kassenärztliche Vereinigung meldet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die kurativ-ambulant Fälle mit überwiesenen Auftragsleistungen des Kapitels 32, die von Vertragsärzten außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs veranlaßt und von Vertragsärzten ihres Zuständigkeitsbereichs durchgeführt worden sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt die Daten veranlasserbezogen an die für die überweisende Arztpraxis zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

- (6) Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 BMÄ durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührennummern dieser Leistungen und die Höhe der Kosten in Euro getrennt nach Leistungen der Anhänge zu den Kapiteln 32.2 und 32.3 BMÄ mit.

Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiterüberweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Praxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.

2. Unterabschnitt

Verordnungen und Bescheinigungen

§ 26

Verordnung von Krankenhausbehandlung

- (1) Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn sie erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen, wenn sich die Begründung nicht aus der Diagnose oder den Symptomen ergibt.
- (2) In der Verordnung sind in geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben. Näheres über die Verordnung von Krankenhausbehandlung bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

§ 27

Verordnung häuslicher Krankenpflege

- (1) Der Vertragsarzt kann häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) verordnen, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.
- (2) Häusliche Krankenpflege kann auch verordnet werden, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung dient (Behandlungspflege).

- (3) Die Erbringung der Leistung bedarf der Zustimmung der Krankenkasse. Über ihre Entscheidung hat die Krankenkasse den behandelnden Vertragsarzt zu unterrichten, sofern die verordnete Leistung nicht oder nicht in vollem Umfang gewährt wird.
- (4) Der Vertragsarzt hat sich über die sachgerechte Durchführung und über den Erfolg der häuslichen Krankenpflege zu vergewissern. Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, ist die Krankenkasse zu informieren. Die Krankenkassen verpflichten die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die ärztlichen Weisungen zu beachten.
- (5) Sofern Krankenkassen nach Maßgabe ihrer Satzungen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gewähren, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, erfolgt deren Verordnung in gleicher Weise. Die Landesverbände der Krankenkassen informieren die Kas- senärztlichen Vereinigungen über den Inhalt der Satzungsbestimmungen.

§ 28 unbesetzt

§ 29 Verordnung von Arzneimitteln

- (1) Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes. Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkasse ist unzulässig.
- (2) Will der Vertragsarzt zu einer Verordnung ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, hat er den Ausschluss durch Ankreuzen des aut-idem-Feldes auf dem Verordnungsblatt kenntlich zu machen.
- (3) Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 SGB V überschreitet, hat er den Versicherten auf die Verpflichtung zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.
- (4) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Verordnung ausgeschlossen. Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürfen.
- (5) Wird dem Vertragsarzt bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal die Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorgelegt, ist für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln auf dem Arz- neiverordnungsblatt (Muster 16 der Vordruckvereinbarung) anstelle der Kas-

senangabe der Vermerk "ohne Versicherungsnachweis" anzubringen. Eine Zweitausstellung einer Verordnung ist nur gegen Rückgabe der zuerst ausgestellten Verordnung möglich.

- (6) Will ein Versicherter für verordnete Arzneimittel oder Verbandmittel Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung dieser Arzneimittel oder Verbandmittel auf einem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) vorzunehmen. Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen. Wird die Verordnung vom Patienten als Privatbehandlung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 gewünscht, ist dafür ein Privatrezept zu benutzen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten hierfür die Kosten entsprechend dem Leistungsanspruch in der vertragsärztlichen Versorgung.
- (7) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (8) Verlangt ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter die Verordnung von Arzneimitteln, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, ist dafür ein Privatrezept zu verwenden. Die Verwendung des Vertragsarztstempels auf diesem Privatrezept ist nicht zulässig.
- (9) Kosten für Arzneimittel, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, dürfen von den Krankenkassen nicht erstattet werden.
- (10) Die Versicherten sind sowohl von der Krankenkasse allgemein als auch von dem verordnenden Arzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, daß der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Medikamente selbst zu tragen hat.

§ 30

Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln

- (1) Die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln ist auf den jeweils dafür vorgesehenen Vordrucken vorzunehmen.
- (2) Wird dem Vertragsarzt bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal die Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorgelegt, gilt für die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln § 29 Abs. 6 sinngemäß.
- (3) In der Verordnung ist das Heilmittel oder das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen. Das Nähere über die Verordnung bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.

- (4) Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.
- (5) Der Vertragsarzt darf Heilmittel und Hilfsmittel, deren Verordnung zu Lasten der Krankenkassen nach Maßgabe des § 34 SGB V (Heilmittel und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen ist, nicht verordnen.
- (6) Will ein Versicherter für die Verordnung von Heilmitteln oder Hilfsmitteln Kostenerstattung in Anspruch nehmen, sind diese Mittel auf den dafür vorgesehenen Vordrucken zu verordnen. Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk "Kostenerstattung" anzubringen. Wird die Verordnung vom Patienten als Privatbehandlung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 gewünscht, ist dafür ein Privatrezept zu benutzen. Die Krankenkassen erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten hierfür die Kosten entsprechend dem Leistungsanspruch in der vertragsärztlichen Versorgung.
- (7) Verlangt ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter die Verordnung von Heilmitteln oder Hilfsmitteln, die für die Behandlung oder Versorgung nicht notwendig sind, ist die Verordnung auf einem Privatrezept vorzunehmen. Die Verwendung des Vertragsarztstempels auf diesem Privatrezept ist nicht zulässig.
- (8) Die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit deren Bestimmungen nichts anderes vorsehen. Die Abgabe von Heilmitteln bedarf keiner Genehmigung, soweit die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nichts anderes vorsehen. Die Krankenkasse hat ihre Versicherten soweit nötig im Einzelfall darüber zu unterrichten, welche Heil- und Hilfsmittel genehmigungspflichtig sind.
- (9) Kosten für Heilmittel und Hilfsmittel, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung oder Versorgung nicht notwendig sind, dürfen von den Krankenkassen nicht erstattet werden.
- (10) Die Versicherten sind sowohl von der Krankenkasse allgemein als auch von dem verordnenden Arzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, daß der Versicherte die Kosten für nicht verordnungsfähige Heilmittel und Hilfsmittel selbst zu tragen hat.

§ 31

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung darf nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung er-

folgen. Näheres bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

§ 32
Bescheinigung über den voraussichtlichen
Tag der Entbindung

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

§ 33
Sonstige Verordnungen und Bescheinigungen

Die Ausstellung sonstiger Verordnungen und Bescheinigungen durch den Vertragsarzt erfolgt nach Maßgabe der Anlagen zu diesem Vertrag und weiterer vertraglicher Regelungen.

9. Abschnitt

Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Vertragsarztstempel

§ 34
Vordrucke

- (1) Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen werden als verbindliche Muster in der Vordruckvereinbarung (Anlage 2) festgelegt. Gegenstand der Vordruckvereinbarung sind auch die Erläuterungen zur Ausstellung der Vordrucke. Die Vordrucke können gemäß der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2a) mittels zertifizierter Software und eines Laserdruckers vom Vertragsarzt selber in der Praxis erzeugt werden.
- (2) Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. Die Verteilung an die Ärzte kann zwischen den Gesamtvertragspartnern geregelt werden.
- (3) Für die psychotherapeutische Versorgung gelten die Regelungen zu Vordrucken nach den Anlagen 1 und 2 dieses Vertrages.

§ 35

Ausstellen von Bescheinigungen und Vordrucken

- (1) Für die Ausstellung von Vordrucken im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung hat der Vertragsarzt die Krankenversichertenkarte zu verwenden.

Sollte vom Versicherten die Krankenversichertenkarte im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung nach der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt werden oder die Krankenversichertenkarte aus technischen Gründen nicht lesbar sein, sind die versichertenbezogenen Daten im Rahmen eines Ersatzverfahrens auf die vereinbarten Vordrucke zu übernehmen. Den Umfang der manuell zu übernehmenden Daten regelt § 20 dieses Vertrages.

- (2) Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung von Vordrucken die dazu gegebenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zu beachten. Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Vertragsarzt persönlich zu unterzeichnen.

Die Unterschrift des abrechnenden Arztes auf dem einzelnen der Kassenärztlichen Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsschein kann entfallen, wenn er statt dessen eine Sammelerklärung abgibt, deren Wortlaut zwischen den Partnern des Gesamtvertrages zu vereinbaren ist.

- (3) Sofern gemäß § 19 Abs. 4 kein vom Versicherten unterschriebener Abrechnungsschein vorliegt, muß die Sammelerklärung zusätzlich die Bestätigung enthalten, daß im betreffenden Quartal die Krankenversichertenkarte vorgelegen hat.

§ 36

Schriftliche Informationen

- (1) Der Vertragsarzt ist befugt und verpflichtet, die zur Durchführung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen schriftlichen Informationen (Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten) auf Verlangen an die Krankenkasse zu übermitteln. Wird kein vereinbarter Vordruck verwendet, gibt die Krankenkasse an, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist.

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

- (3) Soweit Krankenkassen Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen

aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen, sind die Vertragsärzte bei Vorliegen einer aktuellen Schweigepflichtsentbindung berechtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

**§ 37
Vertragsarztstempel**

- (1) Der Vertragsarzt hat einen Vertragsarztstempel zu verwenden. Das Nähere über den Vertragsarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.
- (2) Bei den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung kann auf die Verwendung des Vertragsarztstempels verzichtet werden, wenn dessen Inhalt auf dem Vordruck an der für die Stempelung vorgesehenen Stelle ausgedruckt ist.
- (3) Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- sowie Heil- und Hilfsmitteln ist vom Arzt einer versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxis, eines medizinischen Versorgungszentrums oder einer Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V ein Vertragsarztstempel der Praxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums bzw. der Einrichtung zu verwenden, in dem zusätzlich der Name des verordnenden Arztes enthalten ist, oder der Name des verordnenden Arztes ist zusätzlich auf der Verordnung lesbar anzugeben.
- (4) Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind sorgfältig aufzubewahren. Der Arzt haftet für schuldhaftige Verletzung seiner Sorgfaltspflicht.

10. Abschnitt

Belegärztliche Versorgung

**§ 38
Stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Behandlung**

Stationäre vertragsärztliche Behandlung (belegärztliche Behandlung) liegt vor,

1. wenn und soweit das Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zur Krankenbehandlung zugelassen ist,
2. wenn die Krankenkasse Krankenhausbehandlung oder stationäre Entbindung gewährt,
3. wenn die stationäre ärztliche Behandlung nach dem zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus bestehenden Rechtsverhältnis nicht aus dem Pflegesatz abzugelten ist und
4. wenn der Vertragsarzt gemäß § 40 als Belegarzt für dieses Krankenhaus anerkannt ist.

**§ 39
Belegärzte**

- (1) Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.
- (2) Die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. Er muß im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.
- (3) Die Anerkennung als Belegarzt kann grundsätzlich für nur ein Krankenhaus ausgesprochen werden.
- (4) Als Belegarzt ist nicht geeignet,
 1. wer neben seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit eine anderweitige Nebentätigkeit ausübt, die eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung von Patienten nicht gewährleistet,
 2. ein Arzt, bei dem wegen eines in seiner Person liegenden wichtigen Grundes die stationäre Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist,
 3. ein Arzt, dessen Wohnung und Praxis nicht so nahe am Krankenhaus liegen, daß die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.
- (5) Die Belegärzte sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten, für den von den Krankenkassen ein leistungsgerechtes Entgelt zu zahlen ist (§ 121 Abs. 3 SGB V). Das Nähere regeln die Partner auf Landesebene.
- (6) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der Bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den) Belegabteilung(en) rechtzeitig tätig zu werden.

Die Krankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.

Der Belegarzt hat - ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers - gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet hierüber die Krankenkassen.

Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Dies gilt auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

§ 40

Verfahren zur Anerkennung als Belegarzt

- (1) Die Anerkennung als Belegarzt setzt voraus, daß an dem betreffenden Krankenhaus eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung nach Maßgabe der Gebietsbezeichnung (Schwerpunkt) der Weiterbildungsordnung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag eingerichtet ist und der Praxissitz des Vertragsarztes im Einzugsbereich dieser Belegabteilung liegt.
- (2) Über die Anerkennung als Belegarzt entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Die Ziele der Krankenhausplanung sind zu berücksichtigen.
- (3) Dem Antrag ist eine Erklärung des Krankenhauses über die Gestattung belegärztlicher Tätigkeit und die Zahl der zur Verfügung gestellten Betten beizufügen. Die Erklärung wird den Landesverbänden der Krankenkassen zur Kenntnis gegeben.
- (4) Die Anerkennung als Belegarzt endet mit der Beendigung seiner vertragsärztlichen Zulassung oder mit der Beendigung der Tätigkeit als Belegarzt an dem Krankenhaus, für welches er anerkannt war. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind vom Ende der Anerkennung zu benachrichtigen. Ist ein Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung angeordnet, ruht auch die belegärztliche Tätigkeit.
- (5) Die Anerkennung als Belegarzt ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Anerkennung außerdem widerrufen, wenn entweder in der Person des Vertragsarztes ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vertragsarzt seine Pflichten gröblich verletzt hat, so daß er für die weitere belegärztliche Tätigkeit ungeeignet ist. Die Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dem Vertragsarzt und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mitzuteilen.
- (6) Der Widerruf der Anerkennung kann auch von den Landesverbänden der Krankenkassen bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden.

§ 41
Abgrenzung, Vergütung und Abrechnung der stationären
vertragsärztlichen Tätigkeit

- (1) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird. Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet.
- (2) Über die weitere Abgrenzung, Berechnung, Abrechnung und Vergütung treffen die Partner des Gesamtvertrages nähere Bestimmungen.
- (3) Liegt für die Abrechnung stationärer vertragsärztlicher Leistungen eine gültige Krankenversichertenkarte nicht vor oder ist sie aus technischen Gründen nicht lesbar, finden die Regelungen des Ersatzverfahrens (§ 20) Anwendung.
- (4) Vereinbart der Versicherte mit dem Belegarzt Privatbehandlung gem. § 18, besteht für den Vertragsarzt insoweit kein Vergütungsanspruch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Nimmt ein Versicherter als Wahlleistungen Unterbringung und/oder Verpflegung in Anspruch, ohne daß eine Vereinbarung nach Abs. 4 abgeschlossen wurde, verbleibt es beim Vergütungsanspruch aus vertragsärztlicher Tätigkeit.
- (6) Ein Belegarzt darf für eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung oder eine Mitbehandlung einen Vertragsarzt hinzuziehen, wenn das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist.
- (7) Zugezogene Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt mit der Krankenversichertenkarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld "bei belegärztlicher Behandlung" angekreuzten Überweisungsschein (Muster 6 bzw. Muster 10) ab.
- (8) Die Verordnung und Abrechnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie sonstiger Materialien für die stationäre Behandlung ist nicht zulässig.

11. Abschnitt

Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen

§ 42

Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungs- und Blankoformularbedruckungsverfahren

- (1) Die Erzeugung von Formularvordrucken im Rahmen der Blankoformularbedruckung ist dann möglich, wenn die eingesetzte Software von der Prüfstelle bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis der jeweils aktuellen Spezifikationen zertifiziert ist. Jede zertifizierte Software erhält eine Prüfnummer. Der Einsatz der zertifizierten Software ist gebunden an die jeweils in die Zertifizierung einbezogenen Formularemuster und Druckertypen.
- (2) Für die Erzeugung von Formularvordrucken im Rahmen der Blankoformularbedruckung ist die vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Ausschließlich Vertragsärzte, die mittels EDV abrechnen, können eine solche Genehmigung erhalten. Der Vertragsarzt gibt vor der ersten Anwendung der Blankoformularbedruckung gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung an, welche Softwareversion und welchen Druckertyp er einsetzen und welche Formularemuster er erzeugen möchte. Die Genehmigung erfolgt widerruflich und ist an den Einsatz der zertifizierten Softwareversion, insbesondere auch an die in die Zertifizierung einbezogenen Formularemuster und Druckertypen gebunden. Die Prüfnummer sowie ein Kennzeichen zur Identifizierung des Druckertypes sind auf das Formular maschinell zu übertragen.
- (3) Die Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann eine bereits zertifizierte Software einer erneuten Prüfung (außerordentliche Kontrollprüfung) unterziehen. Die außerordentliche Kontrollprüfung kann von einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse beantragt werden. Ein bereits erteiltes Zertifikat kann in begründeten Fällen entzogen und eine erteilte Genehmigung widerrufen werden. Das gilt insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, daß die Kriterien für eine ordnungsgemäße Rechnungslegung des Vertragsarztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gewährleistet sind.

§ 43

Ausschuß zur EDV-Anwendung bei der Abrechnung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden einen paritätisch besetzten gemeinsamen Ausschuß zur Regelung kassenartenübergreifender vertraglicher, juristischer und technischer Fragen im Zusammenhang mit dem Einsatz von EDV in der Arztpraxis und dem Austausch von Daten auf Datenträgern zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

§ 44

Sonstige Abrechnungsregelungen

- (1) Nicht vollständig ausgefüllte Überweisungsscheine für ambulante vertragsärztliche Behandlung (Muster 6 bzw. 10 der Vordruckvereinbarung) können von der Abrechnung ausgeschlossen werden.
- (2) Die Verwendung von Aufklebern, Stempeln und anderen Aufdrucken, mit denen katalogartig Diagnosen und/oder Leistungspositionen des BMÄ auf die Abrechnungsbelege (Krankenscheine, Überweisungsscheine usw.) aufgebracht werden, auch wenn im Einzelfall durch Kennzeichnung besondere Diagnosen und/oder Leistungspositionen ausgewählt werden, ist für die Abrechnung unzulässig.
- (3) Die Diagnosen auf den Abrechnungsvordrucken und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind unter Verwendung der jeweils vorgeschriebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu verschlüsseln.
- (4) Abrechnungen können nur vergütet werden, wenn die in § 303 Abs. 3 SGB V geforderten Daten in dem jeweils zugelassenen Umfang maschinenlesbar oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern angegeben oder übermittelt worden sind.

Dies gilt insbesondere für die in der Krankenversichertenkarte enthaltenen Daten (Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, Name, Geburtsdatum des Versicherten, Anschrift, bei Versicherten von Betriebs- und Innungskrankenkassen das Wohnortkennzeichen, Versichertennummer, Versichertenstatus und Gültigkeitsdauer der Krankenversichertenkarte) sowie die Arztnummer, die – mit Ausnahme im Ersatzverfahren – maschinell auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen sind, und die verschlüsselten Diagnosen.

- (5) Die Kosten für Materialien, die gemäß Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert abgerechnet.

Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.

Der Vertragsarzt hat als rechnungsbegründende Unterlagen die Originalrechnungen bei der rechnungsbegleichenden Stelle, die durch die Partner des Gesamtvertrages bestimmt wird, zur Prüfung einzureichen. Aus den eingereichten Rechnungen muß der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle.

Die Partner der Gesamtverträge können abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.

- (6) Bei der Abrechnung sind die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V arztbezogen zu kennzeichnen.

12. Abschnitt

Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, Sonstiger Schaden

§ 45

Abrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung)

- (1) Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerks.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Gesamtverträge regeln das Nähere über das Antragsrecht der Krankenkassen für nachgehende sachlich-rechnerische Berichtigungen, insbesondere die dazu vorgesehenen Fristen.

§ 46

Plausibilitätskontrollen

Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt auch die Prüfung der Rechtmäßigkeit der ärztlichen Abrechnung durch Plausibilitätskontrollen nach den in den Gesamtverträgen vereinbarten Verfahren (z. B. durch Stichproben). Gegenstand der Prüfungen ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand. Darüber hinaus sollen gezielte Plausibilitätskontrollen insbesondere dann durchgeführt werden, wenn ein Prüfgr-

mium, eine Krankenkasse oder eine Kassenärztliche Vereinigung begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Vertragsarztes haben. In den Gesamtverträgen ist auch zu regeln, wie die Landesverbände über die Ergebnisse der Plausibilitätskontrollen informiert werden.

§ 47

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die vertragsärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V überwacht.
- (2) Bei der Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise ist die Wirtschaftlichkeit der gesamten Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen.

§ 48

Feststellung sonstigen Schadens durch Prüfungseinrichtungen und die Kassenärztliche Vereinigung

- 1) Der sonstige durch einen Vertragsarzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, wird durch die Prüfungseinrichtungen nach § 106 SGB V festgestellt.
- (2) Auf Antrag der Krankenkasse kann mit Zustimmung des Vertragsarztes der Schadenersatzanspruch auch durch die Kassenärztliche Vereinigung festgestellt und im Wege der Aufrechnung gegen den Honoraranspruch erfüllt werden.
- (3) Macht eine Krankenkasse einen Schaden geltend, der ihr dadurch entstanden ist, daß sie der Vertragsarzt auf den Abrechnungs- oder Ordnungsunterlagen fälschlicherweise als Kostenträger angegeben hat, so ist auf Antrag dieser Krankenkasse ein Schadenersatzanspruch durch die Kassenärztliche Vereinigung festzustellen. Voraussetzung dafür ist, daß die Krankenkasse
 1. einen Schaden, der die Bagatellgrenze gemäß § 51 überschreitet, nachweist,
 2. versichert, daß der zuständige Kostenträger durch eigene Ermittlungen der Krankenkasse nicht festgestellt werden kann,
 3. vorsorglich den Ausgleichsanspruch gegen den zuständigen Kostenträger an die Kassenärztliche Vereinigung abtritt.

Lag der Leistungserbringung oder -verordnung eine Krankenversichertenkarte zugrunde, so ist ein Schadenersatzanspruch gegen den Vertragsarzt grund-

sätzlich ausgeschlossen, es sei denn, die Entstehung des Schadens lag in diesen Fällen im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes.

§ 49

Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen durch Schlichtungsstellen

- (1) Schadenersatzansprüche, welche eine Krankenkasse gegen einen Vertragsarzt aus der schuldhaften Verletzung vertragsärztlicher Pflichten geltend macht und für deren Prüfung und Feststellung nicht die Verfahren nach §§ 45, 47 und 48 vorgeschrieben sind, werden durch eine bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu errichtende Schlichtungsstelle geprüft und dem Grunde und der Höhe nach aufgrund eines Vorschlags der Schlichtungsstelle durch die Kassenärztliche Vereinigung in einem Bescheid festgestellt. Dies gilt insbesondere für Schadenersatzansprüche, welche eine Krankenkasse auf den Vorwurf der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen oder eines Verstoßes gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung stützt.
- (2) Die Schlichtungsstelle ist paritätisch aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen zu besetzen. Über die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle im einzelnen werden Regelungen im Gesamtvertrag geschlossen.
- (3) Der Schlichtungsvorschlag ergeht mit der Mehrheit der Mitglieder der Schlichtungsstellen. Der Schlichtungsvorschlag ist für die Beteiligten bindend. Der Vertragsarzt ist zur Teilnahme an den Schlichtungsverhandlungen verpflichtet; kommt er dieser Pflicht nicht nach, so ist ihm Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben.
- (4) Wird die Schlichtungsstelle nicht angerufen oder kommt ein Schlichtungsvorschlag nicht zustande, ist das Schlichtungsverfahren gescheitert. In diesem Falle bleibt der Krankenkasse die gerichtliche Durchsetzung ihres Anspruchs unbenommen.

§ 50

Schadenersatzansprüche wegen Behandlungsfehler

Schadenersatzansprüche, welche eine Krankenkasse aus eigenem oder übergeleitetem Recht gegen einen Vertragsarzt wegen des Vorwurfs der Verletzung der ärztlichen Sorgfalt bei der Untersuchung oder Behandlung erhebt, sind nicht Gegenstand der Verfahren vor den Prüfungseinrichtungen oder den Schlichtungsstellen. Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen richten sich nach Bürgerlichem Recht (§§ 66 und 76 Abs. 4 SGB V, § 116 SGB X). Die Krankenkasse kann in diesen Fällen eine Schlichtung beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung bestellt im Einvernehmen mit der Krankenkasse unabhängige med. Sachverständige, die den Fall beurteilen. Für den Fall, daß die Sachverständigen einen Behandlungsfehler feststellen, sollen die Kassenärztliche Vereinigung, die antragstellende Krankenkasse und der

betroffene Arzt unter Hinzuziehung seines Haftpflichtversicherers eine einvernehmliche Regelung treffen.

§ 51 Bagatellgrenze

Unbeschadet bestehender gesamtvertraglicher Regelungen können Schadenersatzansprüche nach §§ 48 und 49 nicht gestellt werden, wenn der Schadensbetrag pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal 25,60 Euro unterschreitet. Für die Fälle nach § 45 können die Gesamtverträge eine entsprechende Grenze bestimmen.

§ 52 Durchsetzung festgestellter Schadenersatzansprüche

- (1) Über die Erfüllung von nachgehenden Berichtigungsansprüchen sowie Schadenersatzansprüchen aus Feststellungen der Prüfungsgremien treffen die Vertragspartner der Gesamtverträge und die Vertragspartner der Prüfvereinbarung nähere Regelungen.
- (2) Sie haben hierbei folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

Die Kassenärztliche Vereinigung erfüllt Schadenersatzanforderungen der Krankenkassen durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes, wenn in einem erstinstanzlichen Urteil eines Sozialgerichts die Forderung bestätigt wird. Soweit eine Aufrechnung nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Regreß- und Schadenersatzbeträge an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

§ 53 Haftung der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung

Die Kassenärztliche Vereinigung haftet den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung für Erstattungsansprüche wegen Überzahlung als Folge unberechtigter oder unwirtschaftlicher Honorarforderungen der Vertragsärzte, wenn und soweit dadurch die Gesamtvergütung erhöht wird. Erhöht sich die Gesamtvergütung nicht, fallen aus Feststellungen über unberechtigte oder unwirtschaftliche Honorarforderungen entstandene Kürzungs- oder Erstattungsbeträge in die Honorarverteilung.

13. Abschnitt

Allgemeine Regeln zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung und ihren Abrechnungsgrundlagen

§ 54

Vertragsärztliche Gesamtvergütung

- (1) Die für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung wird an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung gezahlt. Die nach § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 geleisteten Zuzahlungen sind Bestandteil der Gesamtvergütung.
- (2) Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung nach Maßgabe der Gesamtverträge und der in Formblatt 3 festgelegten Kriterien an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Den Inhalt des Formblattes 3 sowie der Kostenaufstellung nach § 18 Abs. 5a BMV-Ä vereinbaren die Vertragspartner. Die nach § 83 SGB V zu entrichtende Gesamtvergütung verringert sich in der Höhe der Summe der von den Leistungserbringern einbehaltenen Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18. Von der Gesamtvergütung sind auch die nach § 18 Abs. 7a rechtswirksam einbehaltenen Beträge abzuziehen.

§ 55

Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen sowie das Nähere über den Datenträgeraustausch sind in einer besonderen vertraglichen Vereinbarung geregelt (Anlage 6).

§ 56

Prüfung der Abrechnungsunterlagen und der Kontenführung

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei den Krankenkassen
 1. die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelungen waren, insbesondere die Unterlagen für die Ausgangsgrundlohnsummen bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluß der letzten Honorarfeststellung zu prüfen,
 2. die Abrechnung über die Gesamtvergütung und die dazu gehörenden Unterlagen bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu prüfen,
 3. Auskunft zu verlangen über die Kontenführung für Ausgaben durch ärztlich verordnete Arzneimittel und Heilmittel, soweit und solange für diesen Bereich eine Budgetierung wirksam ist.

- (2) Die Verbände der Krankenkassen sind berechtigt, bei der Kassenärztlichen Vereinigung
 1. die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluß der letzten Vergütungsregelung sowie die Unterlagen, die Grundlage für die Ermittlung des Leistungsbedarfs werden, zu prüfen,
 2. sich durch Einsicht in die Abrechnung und die dazugehörigen Unterlagen über die Verteilung der Gesamtvergütung zu unterrichten.
- (3) Über die Regelwerke der KVen - soweit sie sich auf die Abrechnung nach dem BMÄ beziehen - werden die Krankenkassen auf deren Verlangen informiert.
- (4) Das Nähere zu Abs. 1, 2 und 3 wird im Gesamtvertrag geregelt.
- (5) Die Behandlungsausweise werden den Krankenkassen nach erfolgter Abrechnung zur Verfügung gestellt. Näheres wird im Gesamtvertrag vereinbart.

14. Abschnitt

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

§ 57 Dokumentation

- (1) Der Vertragsarzt hat die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlaßten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.
- (2) Die ärztlichen Aufzeichnungen sind vom Vertragsarzt mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften - z. B. die Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV) - eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben.

§ 58 Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung oder deren Spätfolgen oder die Folge oder Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Körperverletzung, einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes oder eines Impfschadens im Sinne des Infektionsschutzgesetzes ist oder liegen Hinweise auf drittverursachte Gesundheitsschäden vor, sind die Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und

die Krankenhäuser nach § 108 SGB V verpflichtet, die erforderlichen Daten, einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher, den Krankenkassen mitzuteilen. Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.

§ 59

Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirkes und deren Landesverbänden regelmäßig ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.

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

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

§ 60

Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten, Disziplinarverfahren

- (1) Bei Disziplinarverfahren wegen Verstoßes gegen vertragsärztliche Pflichten finden die Disziplinarordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 81 Abs. 5 SGB V) Anwendung.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen gegen einen Vertragsarzt wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Landesverband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände auch über Disziplinarmaßnahmen, die von ihr beantragt worden sind, soweit das Verhältnis des Vertragsarztes zu den Krankenkassen berührt wird.
- (3) Die Befragung von Versicherten durch eine Krankenkasse in bezug auf die Behandlung durch einen Vertragsarzt ist zulässig, wenn die notwendige Aufklärung des Sachverhaltes ohne eine Befragung nicht möglich ist. Die Krankenkasse soll dies der Kassenärztlichen Vereinigung vor einer Befragung mitteilen. Bei der Befragung ist darauf zu achten, daß sie gezielt und individualisiert erfolgt und daß durch Form und Art der Befragung Ansehen und Ruf des

Vertragsarztes nicht geschädigt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung wird über das Ergebnis der Befragung unterrichtet. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 61

Statistische Auswertung der Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen tauschen die Ergebnisse der statistischen Auswertung bei den Früherkennungsmaßnahmen aus.

15. Abschnitt

Medizinischer Dienst

§ 62

Auskünfte und Gutachten

- (1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gibt auf Anforderung der Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, eine gutachtliche Stellungnahme ab. Er hat das Ergebnis der Begutachtung der Krankenkasse und dem Vertragsarzt sowie die erforderlichen Angaben über den Befund der Krankenkasse mitzuteilen. Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an den Vertragsarzt widersprechen.
- (2) Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 - 3 SGB V eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlaßt, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.
- (3) Das Gutachten des MDK zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist vorbehaltlich der Bestimmung in Abs. 4 verbindlich.
- (4) Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat, das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, kann der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der MDK mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das

die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

16. Abschnitt

Inkrafttreten, Kündigung

§ 63

Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 1995 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft.
- (2) Gleichzeitig treten außer Kraft
 1. der Bundesmantelvertrag vom 28. September 1990,
 2. unbesetzt
- (3) Als Anlage dieses Bundesmantelvertrages gelten bis auf weiteres
 1. unbesetzt
 2. die Vereinbarung über Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung vom 28. August 1991 in der Fassung vom 22. Dezember 1992,
 3. die Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 11. Februar 1993 (Vordrucke zur Krankenversichertenkarte),
 4. die Vereinbarung über Qualitätssicherung
 - zur Herzschrittmacher-Kontrolle vom 12. Dezember 1991,
 - in der Kernspintomographie vom 10. Februar 1993,
 - zu Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 12. Dezember 1991,
 - zur diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und zur Strahlentherapie vom 10. Februar 1993,
 - zur Ultraschalldiagnostik vom 10. Februar 1993
 - sowie zu zytologischen Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitale vom 12. Februar 1992 in der Fassung vom 8. September 1992,
 5. der Vertrag über badeärztliche Behandlung vom 31. Juli 1975 in der Fassung vom 2. Juni 1993,
 6. die Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen vom 19. März 1975,
 7. die Vereinbarung über die Einführung der Krankenversichertenkarte vom 22. Juli 1992.

Soweit dort auf Bestimmungen der bisherigen Fassung des Vertrages verwiesen wird, treten an deren Stelle die entsprechenden oder vergleichbaren Bestimmungen der Neufassung des Vertrages.

§ 64

[unbesetzt]

§ 65

Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, von jedem beteiligten Bundesverband der Krankenkassen oder der See-Krankenkasse insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluß eines Kalenderjahres. Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief an alle Partner dieses Vertrages zu erfolgen. Die Kündigung eines Bundesverbandes oder der See-Krankenkasse berührt die Weitergeltung des Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht.
- (2) Für Anlagen dieses Vertrages können jeweils gesonderte Kündigungsmöglichkeiten mit besonderen Kündigungsfristen vereinbart werden.
- (3) Der die Kündigung aussprechende Partner hat das Bundesschiedsamt über die Kündigung unverzüglich durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.

Köln/Bonn/Essen/Bergisch-Gladbach/Kassel/Hamburg/Bochum,
den 19. Dezember 1994

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln
AOK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bonn
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen
IKK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bergisch Gladbach
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K. d. ö. R., Kassel
See-Krankenkasse, K. d. ö. R., Hamburg
Bundesknappschaft, K. d. ö. R., Bochum

Protokollnotizen zum Bundesmantelvertrag – Ärzte

1. Zu § 19 Abs. 6

Das zum 1. Januar 2003 vereinbarte neue Verfahren zum Übertragen von Daten aus mobilen Lesegeräten wird bis zum 30. September 2003 für Vertragsärzte ausgesetzt, die hierfür noch nicht über entsprechende Lesegeräte verfügen. In diesen Fällen kann die Übertragung von Daten aus mobilen Lesegeräten entsprechend der bis zum 31. Dezember 2002 gültigen Regelung vorerst weiter erfolgen.

2. Zu § 40 Abs. 3

Die Vertragspartner gehen davon aus, daß bei der Herstellung des Einvernehmens über die Anerkennung als Belegarzt die Feststellung im jeweiligen Krankenhausplan über das Bestehen oder die Errichtung einer Belegabteilung bzw. die entsprechende pflegesatzrechtliche Entscheidung zugrundezulegen ist. Sie bekräftigen ihre gemeinsame Absicht zur Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens.

3. Zu § 44 Abs. 3 und 4

Die Vertragspartner sind sich darin einig, daß die Regelungen des § 44 Abs. 3 und - soweit sich die Regelungen auf die Diagnoseverschlüsselung mittels ICD beziehen - Abs. 4 bis zum Inkrafttreten der angekündigten gesetzlichen Neuregelungen, längstens bis zum 31. Dezember 1995, nicht anzuwenden sind.

4. Zu § 57 Abs. 1

Die Vertragspartner gehen davon aus, daß der Vertragsarzt im eigenen Interesse zur Rechtfertigung seiner Abrechnung auch die von ihm erbrachten Leistungen im erforderlichen Umfang aufzeichnet. Die Leistungserfassung ist jedoch nicht Bestandteil ärztlicher Aufzeichnungen nach der Berufsordnung und unterliegt daher nicht der zehnjährigen Aufbewahrungsfrist.

5. Zu § 63 Abs. 3 Nr. 6

Die Vertragspartner werden die Vereinbarung über die Abrechnung von Fremdfällen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bis spätestens zum 31. Dezember 1995 überarbeiten.

Protokollnotiz

zur Umsetzung des Beschlusses des Bundesschiedsamtes vom 08.12.2003
(Stand: 1. Januar 2006)

Die Partner der Bundemantelverträge stimmen darin überein, dass der Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 08. Dezember 2003 bei Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung in einem Kalendervierteljahr durch den Versicherten zur Zeit nicht umgesetzt wird. Da zu dieser Rechtsfrage eine gerichtliche Klärung nicht erfolgen wird, weil die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Klage gegen den Beschluss des Bundesschiedsamtes zurückgezogen hat, werden sich die Partner der Bundemantelverträge für eine kurzfristige gesetzliche Klarstellung einsetzen. Sollte diese bis zum 31. Dezember 2006 nicht erfolgt sein, werden die Beratungen zu den für die Umsetzung des Beschlusses des Bundesschiedsamtes notwendigen vertraglichen Änderungen unmittelbar aufgenommen.

Protokollnotiz

zu den Änderungen der §§ 37 Abs. 3 und 44 Abs. 6
(Stand: 1. Januar 2006)

Die Vertragspartner der Bundemantelverträge werden bis zum 31. Dezember 2006 eine Weiterentwicklung der Vorschriften der §§ 37 Abs. 3 und 44 Abs. 6 BMV-Ä mit dem Inhalt vorbereiten, dass jedem Vertragsarzt - auch in versorgungsbereichs-/oder arztgruppenübergreifende(n) Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V - eine arztindividuelle Arztabrechnungsnummer zugeordnet werden kann, die EDV-gestützt einzusetzen ist.

Die Protokollnotiz tritt am 01. April 2005 in Kraft.

Protokollnotiz

zu § 18 Abs. 5 BMV-Ä in der bis zum 31.12.2004 gültigen Fassung
(Stand: 1. Januar 2005)

Ergänzend zu den Erstattungen nach § 18 Abs. 5 Satz 5 BMV-Ä i. d. F. bis zum 31.12.2004 erstatten die Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für bis zum 31.12.2004 eingeleitete gerichtliche Verfahren die von den Kassenärztlichen Vereinigungen nachgewiesenen Gerichtskosten zuzüglich einer Pauschale von 4,00 EUR.