

**Bundesmantelvertrag – Ärzte
vom 1. April 2024**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin,

– einerseits –

und

**der GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen),
K. d. ö. R., Berlin,**

– andererseits –

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

Inhaltsübersicht

1. Abschnitt – Regelungs- und Geltungsbereich	5
§ 1 Vertragsgegenstand, Sondervereinbarungen	5
§ 1a Begriffsbestimmungen (Glossar)	7
2. Abschnitt – Vertragsärztliche Versorgung: Inhalt und Umfang	12
§ 2 Umfang der vertragsärztlichen Versorgung	12
§ 3 Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung	14
3. Abschnitt – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	16
§ 4 Zulassung und Ermächtigung	16
§ 5 Ermächtigung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen	16
§ 6 Ermächtigung von Fachzahnärzten für Kieferchirurgie und Fachzahnärzten für theoretisch-experimentelle Fachrichtungen der Medizin	17
§ 7 Fachwissenschaftler der Medizin.....	17
§ 8 Ermächtigung von Ärzten aus Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) zur Erbringung von Dienstleistungen.....	18
§ 9 [unbesetzt]	20
4. Abschnitt – Hausärztliche und fachärztliche Versorgung	21
§ 10 Inhalt und Umfang	21
5. Abschnitt – Qualität der vertragsärztlichen Versorgung	21
§ 11 Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung	21
§ 12 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	23
6. Abschnitt – Allgemeine Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung	24
§ 13 Anspruchsberechtigung und Arztwahl	24
§ 14 Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte, nichtärztliche Mitarbeiter	25
§ 14a Persönliche Leitung der Vertragsarztpraxis bei angestellten Ärzten.....	25
§ 15 Persönliche Leistungserbringung	26
§ 15a Vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten (Betriebsstätten) und in gemeinschaftlicher Berufsausübung.....	27
§ 15b KV-bereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften	28
§ 15c Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsärzten.....	29
§ 16 Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit	29
§ 17 Sprechstunden, Besuche.....	29
§ 17a [gestrichen].	31
7. Abschnitt – Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen durch den Versicherten	32
§ 18 Zuzahlungspflichten der Versicherten und Vergütungsanspruch gegen Versicherte	32
§ 19 Elektronische Gesundheitskarte	33

§ 20 [gestrichen]	34
§ 21 Behandlungsfall/Krankheitsfall/Betriebsstättenfall/Arztfall/Arztgruppenfall	34
§ 22 Inanspruchnahme der Früherkennungsmaßnahmen.....	35
§ 23 Information über Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	36
§ 23 a Information über gesetzliche Zuzahlung.....	36
8. Abschnitt – Vertragsärztliche Leistungen	37
1. Unterabschnitt Überweisungen.....	37
§ 24 Überweisungen.....	37
§ 25 Erbringung und Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen.....	39
2. Unterabschnitt Verordnungen und Bescheinigungen	41
§ 25a Verordnung von veranlassten Leistungen	41
§ 26 Verordnung von Krankenhausbehandlung	42
§ 27 Verordnung häuslicher Krankenpflege	43
§ 28 Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung	43
§ 29 Verordnung von Arzneimitteln	43
§ 29a Medikationsplan.....	45
§ 30 Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln	46
§ 30a Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA).....	47
§ 31 Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit.....	47
§ 32 Bescheinigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung	47
§ 33 Sonstige Verordnungen und Bescheinigungen.....	48
9. Abschnitt – Vordrucke, Bescheinigungen und Auskünfte, Vertragsarztstempel	49
§ 34 Vordrucke	49
§ 35 Ausstellen von Bescheinigungen und Vordrucken.....	49
§ 36 Schriftliche Informationen	50
§ 37 Vertragsarztstempel.....	51
§ 37a Betriebsstättennummer, Arztnummer	51
10. Abschnitt – Belegärztliche Versorgung	52
§ 38 Stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Behandlung.....	52
§ 39 Belegärzte	52
§ 40 Verfahren zur Anerkennung als Belegarzt	53
§ 41 Abgrenzung, Vergütung und Abrechnung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit.....	54
11. Abschnitt – Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen	55
§ 42 Blankoformularbedruckungsverfahren	55
§ 43 Ausschuss zur EDV-Anwendung bei der Abrechnung.....	55
§ 44 Sonstige Abrechnungsregelungen.....	55

12. Abschnitt – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, Sonstiger Schaden	57
§ 45 Abrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung)	57
§ 46 Plausibilitätskontrollen	57
§ 47 Wirtschaftlichkeitsprüfung	57
§ 48 Feststellung sonstigen Schadens durch Prüfungseinrichtungen und die Kassenärztliche Vereinigung	58
§ 49 Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen durch Schlichtungsstellen	59
§ 50 Schadenersatzansprüche wegen Behandlungsfehler	59
§ 51 Bagatellgrenze	59
§ 52 Durchsetzung festgestellter Schadenersatzansprüche	60
§ 53 Haftung der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung	60
13. Abschnitt – Allgemeine Regeln zur vertragsärztlichen Gesamtvergütung und ihren Abrechnungsgrundlagen	61
§ 54 Vertragsärztliche Gesamtvergütung	61
§ 55 Abrechnungsunterlagen und Datenträger austausch	62
§ 56 Prüfung der Abrechnungsunterlagen und der Kontenführung	62
14. Abschnitt – Besondere Rechte und Pflichten des Vertragsarztes, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen	63
§ 57 Dokumentation	63
§ 57a Diagnosekodierung, Verwendung Ersatzwert	63
§ 58 Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden	63
§ 59 Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte	64
§ 60 Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten, Disziplinarverfahren	64
§ 61 Statistische Auswertung der Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung	65
15. Abschnitt – Medizinischer Dienst	66
§ 62 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst	66
§ 63 Vertragsausschuss	66
16. Abschnitt – Inkrafttreten, Kündigung	67
§ 64 Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung	67
§ 65 Kündigung	67
Protokollnotizen zum Bundesmantelvertrag – Ärzte	68

1. Abschnitt – Regelungs- und Geltungsbereich

§ 1

Vertragsgegenstand, Sondervereinbarungen

- (1) ¹Dieser Vertrag regelt als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge die vertragsärztliche Versorgung. ²Sein Geltungsbereich erstreckt sich auf den Geltungsbereich des SGB V.
- (2) Verbände der Krankenkassen im Sinne dieses Vertrages sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. die von ihnen beauftragten Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen.
- (3) Bestandteil dieses Vertrages sind der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die besonderen Vereinbarungen in den Anlagen:
 - Anlage 1: Psychotherapievereinbarung
 - Anlage 2: Vordruckvereinbarung
 - Anlage 2a: Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung
 - Anlage 2b: Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung
 - Anlage 3: Vereinbarungen über Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V
 - Anlage 4: Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte
 - Anlage 4a: Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte
 - Anlage 4b: Vereinbarung über die Authentifizierung von Versicherten bei der ausschließlichen Fernbehandlung
 - Anlage 5: Vertrag über die hausärztliche Versorgung
 - Anlage 6: Vertrag über den Datenaustausch
 - Anlage 7: Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“
 - Anlage 8: Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung)
 - 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 11: Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsy-

- chiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung)
- Anlage 17: Vereinbarung zur bundesweiten Anerkennung von regionalen Sondervertragsregelungen (Knappschaft)
- Anlage 19: Vereinbarung zur Abwicklung der Finanzierung des G-BA (§ 91 SGB V), des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (§ 137a SGB V) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V)
- Anlage 20: Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte
- Anlage 21: Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips gemäß § 83 i. V. m. § 87a Abs. 3 SGB V (01.01.2009)
- Anlage 23: Anforderungskatalog AVWG - Anforderungen an Datenbanken und Software für Vertragsarztpraxen (Anlage zu § 29 BMV-Ä).
- Anlage 24: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V
- Anlage 25: Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag)
- Anlage 26: Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 9 SGB für die Verordnung von DiGA
- Anlage 27: Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen.
- Anlage 28: Anlage 28: Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen
- Anlage 29: Anlage 29: Anforderungskatalog nach § 73 Abs. 8 SGB V für die Verordnung von Heilmitteln
- Anlage 30: Vereinbarung nach § 87 Abs. 1b SGB V zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung
- Anlage 31: Vereinbarung über telemedizinische Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V
- Anlage 31a: Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291g Absatz 1 Satz 1 SGB V
- Anlage 31b: Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 291 g Absatz 4 SGB V
- Anlage 32: Vereinbarung zur Finanzierung und Erstattung der bei den Vertragsärzten entstehenden Kosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Absatz 7 Satz 5 SGB V sowie zur Abbildung nutzungsbezogener Zuschläge gemäß § 291a Absatz 7b Satz 3 SGB V
- Anlage 33: Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prä-

- vention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V
- Anlage 34 Vereinbarung über ärztliche Leistungen und deren Vergütung im Zusammenhang mit vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 SGB V aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen gemäß § 87 Absatz 5c Satz 2 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung
- Anlage 35 Vereinbarung zu den Rahmenbedingungen der Abrechnung von Sachkosten aus dem Abschnitt 40.12 EBM „Kostenvorgaben für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe“ (Kryo-Vereinbarung)
- (4) Bestandteil dieses Vertrages sind auch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V.
- (5) 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.
- (6) Insbesondere folgende Vorschriften finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung, soweit sich aus § 73 Absatz 2 Sätze 2 bis 6 SGB V nicht etwas anderes ergibt:
- § 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.
- (7) Sofern sich die Vorschriften dieses Vertrages und seiner Anlage auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Medizinische Versorgungszentren, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vorgesehen ist oder Abweichendes aus der Besonderheit Medizinischer Versorgungszentren folgt.

§ 1a Begriffsbestimmungen (Glossar)

Für die Anwendung des Vertrages gelten ergänzend zu Definitionen in den einzelnen Vorschriften die nachfolgenden Begriffsbestimmungen:

1. Die nachstehenden Bezeichnungen „Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut, Arzt oder Psychotherapeut“ werden einheitlich und neutral für Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Vertragspsychotherapeuten und Vertragspsychotherapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verwendet.
2. Arzt: Im jeweiligen Regelungszusammenhang entweder Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, angestellter Arzt oder Assistent.
3. Psychotherapeut: Psychotherapeut entspricht der Definition in § 28 Abs. 3 SGB V; danach sind „Psychotherapeuten“ Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im jeweiligen Sachzusammenhang kann der Begriff „Psychotherapeut“ Vertragspsychotherapeut, ange-

- stellter Psychotherapeut, ermächtigter Psychotherapeut bedeuten.
4. Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut: Arzt oder Psychotherapeut im vollen Zulassungsstatus oder mit Teilzulassung (s. 4a).
 - 4a. Teilzulassung: In § 19a Ärzte-ZV geregelter hälftiger oder drei Viertel Versorgungsauftrag.
 5. Ermächtigter Arzt oder Psychotherapeut: Arzt oder Psychotherapeut im Ermächtigungsstatus gemäß § 116 SGB V (Krankenhausarzt) oder gemäß § 119b Absatz 1 Satz 4 SGB V (Heimarzt) oder § 31, § 31a Ärzte-ZV (ermächtigter Arzt) oder § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV (zur weiteren Tätigkeit ermächtigter Arzt).
 6. Medizinisches Versorgungszentrum: Eine nach § 95 Abs. 1 SGB V zugelassene ärztlich geleitete Einrichtung sowie im Sinne der Bezeichnung eine Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V.
 7. Ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung: Eine ärztlich geleitete Einrichtung im Ermächtigungsstatus gemäß §§ 117 ff. SGB V bzw. § 31 Ärzte-ZV.
 - 7a. Ermächtigte Pflegeeinrichtung: Stationäre Pflegeeinrichtung nach § 119b Absatz 1 Satz 3 SGB V.
 8. Angestellter Arzt/angestellter Psychotherapeut: Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V; dasselbe gilt für Psychotherapeuten.
 9. Assistenten: Weiterbildungs- oder Sicherstellungsassistenten gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV; dasselbe gilt für Psychotherapeuten; sie können auch als Ausbildungsassistenten gemäß § 32 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 8 Abs. 3 PsychThG beschäftigt sein.
 10. Belegarzt: Vertragsarzt mit Versorgungsstatus am Krankenhaus gemäß § 121 Abs. 2 SGB V.
 11. Tätigkeitsformen: Tätigkeitsformen in der vertragsärztlichen Versorgung sind Kooperationsformen in Form von Berufsausübungsgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Leistungserbringergemeinschaften, auch in KV-bereichsübergreifender Form (Definitionen s. Nrn. 12 bis 15).
 12. Berufsausübungsgemeinschaft: Rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren oder Medizinischen Versorgungszentren untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit.
 - 12a. Berufsausübungsgemeinschaften sind nicht Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften.
 13. Teilberufsausübungsgemeinschaft: Teilberufsausübungsgemeinschaften sind im Rahmen von § 33 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 15a Abs. 5 erlaubte auf einzelne Leistungen bezogene Zusammenschlüsse zu Berufsausübungsgemeinschaften bei Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren in Entsprechung zu der vorstehenden Nr. 12.
 14. Leistungserbringergemeinschaft: Eine bundesmantelvertraglich bestimmte Form der Zusammenarbeit von Vertragsärzten, insbesondere im Bereich der

medizinisch-technischen Leistungen gemäß § 15 Abs. 3 BMV-Ä als Sonderfall der Leistungszuordnung im Rahmen der persönlichen Leistungserbringung.

- 14a. Laborgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen des Abschnitts 32.2 EBM regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Einrichtung zu erbringen.
15. KV-bereichsübergreifende Tätigkeit: Eine KV-bereichsübergreifende Berufsausübung liegt vor, wenn der Arzt
1. gleichzeitig als Vertragsarzt mit zwei Teilzulassungen nach § 19a Ärzte-ZV oder als Vertragsarzt und gemäß § 24 Ärzte-ZV ermächtigter Arzt an einem weiteren Tätigkeitsort (Zweigpraxis) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist; dasselbe gilt für ein Medizinisches Versorgungszentrum, wenn es in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt;
 2. als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, deren Vertragsarztsitze (Orte der Zulassung) in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gelegen sind (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV);
 3. als Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz und als Beteiligter einer Berufsausübungsgemeinschaft oder Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV) an einem weiteren Tätigkeitsort im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist;
 4. als zugelassener Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder einem Medizinischen Versorgungszentrum im Bereich einer weiteren Kassenärztlichen Vereinigung tätig ist;
 5. als angestellter Arzt in einer Arztpraxis und/oder eines Medizinischen Versorgungszentrums in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen tätig ist.

Die vorstehenden Definitionen gelten auch für Vertragspsychotherapeuten und angestellte Psychotherapeuten. Ebenso können Medizinische Versorgungszentren in KV-bereichs-übergreifenden Tätigkeitsformen zusammenwirken.

16. Vertragsarztsitz: Ort der Zulassung für den Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten oder das Medizinische Versorgungszentrum.
17. Tätigkeitsort: Ort der ärztlichen oder psychotherapeutischen Berufsausübung oder Versorgung durch ein Medizinisches Versorgungszentrum, der als Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte zulässigerweise ausgewiesen ist.
18. Arztpraxis: Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten an seiner Betriebsstätte, der auch die Nebenbetriebsstätten der Arztpraxis einschließt. Arztpraxis in diesem Sinne ist auch die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Medizinisches Versorgungszentrum.
19. Zweigpraxis: Genehmigter weiterer Tätigkeitsort des Vertragsarztes oder die Nebenbetriebsstätte eines Medizinischen Versorgungszentrums (vgl. Nr. 22).
20. Ausgelagerte Praxisstätte: Ein zulässiger nicht genehmigungsbedürftiger, aber anzeigepflichtiger Tätigkeitsort des Vertragsarztes, Vertragspsychotherapeuten oder eines Medizinischen Versorgungszentrums in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (vgl. § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV); ausgelagerte Praxisstätte in die-

sem Sinne ist auch ein Operationszentrum, in welchem ambulante Operationen bei Versicherten ausgeführt werden, welche den Vertragsarzt an seiner Praxisstätte in Anspruch genommen haben.

21. Betriebsstätte: Betriebsstätte des Vertragsarztes oder Vertragspsychotherapeuten oder des Medizinischen Versorgungszentrums ist der Vertragsarztsitz. Betriebsstätte des Belegarztes ist auch das Krankenhaus. Betriebsstätte des ermächtigten Arztes ist nach Nr. 5 der Ort der Berufsausübung im Rahmen der Ermächtigung. Betriebsstätte des angestellten Arztes ist der Ort seiner Beschäftigung. Betriebsstätte einer Berufsausübungsgemeinschaft sind die örtlich übereinstimmenden Vertragsarztsitze der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, bei örtlich unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft ist Betriebsstätte der gewählte Hauptsitz im Sinne von § 15a Abs. 4 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV.
22. Nebenbetriebsstätte: Nebenbetriebsstätten sind in Bezug auf Betriebsstätten zulässige weitere Tätigkeitsorte, an denen der Vertragsarzt, der Vertragspsychotherapeut, der angestellte Arzt und die Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Medizinisches Versorgungszentrum neben ihrem Hauptsitz an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.
23. Versorgungsauftrag: Der inhaltliche und zeitliche sowie fachliche Umfang der Versorgungspflichten von Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren.
24. Persönliche Leistungserbringung: Die durch gesetzliche und vertragliche Bestimmungen näher geregelte Verpflichtung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen medizinischen Leistungen, auch im Rahmen zulässiger Delegationen.
25. Persönliche Leitung der Arztpraxis: Voraussetzungen, nach denen bei in der Arztpraxis beschäftigten angestellten Ärzten im Hinblick auf deren Zahl, Tätigkeitsumfang und Tätigkeitsinhalt sichergestellt ist, dass der Praxisinhaber den Versorgungsauftrag im notwendigen Umfang auch persönlich erfüllt und dafür die Verantwortung übernehmen kann.
26. Präsenzpflicht: Der zeitliche Umfang des Zur-Verfügung-Stehens des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten bzw. der Ärzte / Psychotherapeuten des Medizinischen Versorgungszentrums am Vertragsarztsitz und gegebenenfalls Nebenbetriebsstätten, in Form von angekündigten Sprechstunden.
27. Kennzeichnungen: Verfahren oder Formen (nach Nrn. 28 bis 33), mit denen die an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden nach Maßgabe der näheren vertraglichen Bestimmungen die ärztlich erbrachten und/oder verordneten Leistungen sowie den Ort der Leistungserbringung kennzeichnen.
28. Behandlungsfall: Die gesamte von derselben Arztpraxis (Nr. 18) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall; Behandlungsfälle beziehen sich auf die Rechtsbeziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Abrechnungswesen.
29. Betriebsstättenfall: Die gesamten innerhalb desselben Kalendervierteljahres in derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte bei demselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommenen Behandlungsleistungen gelten jeweils als Betriebsstättenfall. Ein Betriebsstättenfall liegt auch vor,

wenn die ärztlichen Leistungen bei demselben Versicherten von einem angestellten Arzt des Vertragsarztes oder einem angestellten Arzt des Medizinischen Versorgungszentrums in einer Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte erbracht werden und von diesem nicht selbst, sondern dem Träger der Betriebsstätte abgerechnet werden. Werden von demselben Arzt bei demselben Versicherten ärztliche Leistungen an unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht, in welchen der Arzt in einem jeweils unterschiedlichen vertragsarztrechtlichen Status tätig ist (Vertragsarzt, angestellter Arzt, Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum, ermächtigter Arzt, Arzt in genehmigter Berufsausübungsgemeinschaft), liegt jeweils ein gesonderter Betriebsstättenfall (insoweit auch ein gesonderter Behandlungsfall nach Nr. 28) vor. Ein jeweils gesonderter Betriebsstättenfall liegt auch vor, wenn ein Vertragsarzt an zwei Orten gemäß § 19a Ärzte-ZV zugelassen ist.

30. Arztfall: Alle Leistungen bei einem Versicherten, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden.
- 30a. Leistungsfall: Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall oder im Arztfall mindestens eine Leistung eines definierten Leistungskataloges abgerechnet worden ist.
- 30b. Arztgruppenfall: Der Arztgruppenfall stellt einen Behandlungsfall dar, bei dem an die Stelle der Arztpraxis die Arztgruppe einer Arztpraxis tritt. Damit gilt die gesamte von derselben Arztgruppe einer Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung als Arztgruppenfall. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.
31. Arztnummer: Eine nach § 37a BMV-Ä vorgeschriebene Kennzeichnung der Vertragsärzte und sonstiger Ärzte und entsprechend Psychotherapeuten. Die Arztnummer ist unabhängig vom Status oder der Betriebsstätte gültig.
32. Betriebsstättennummer: Eine nach § 37a BMV-Ä vorgeschriebene Kennzeichnung von Betriebsstätten- und Nebenbetriebsstätten. Die Betriebsstättennummer ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung.
33. Arztpraxisübergreifende Behandlung: Arztfall in zwei oder mehreren Arztpraxen. Die Bestimmung eines arztpraxisübergreifenden Behandlungsfalls dient als Grundlage für besondere einzelne Abrechnungsregelungen im EBM.

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 Schwangerschaftsabbruch, 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 digitalen Gesundheitsanwendungen, 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,
 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,
 14. die Verordnung von Soziotherapie,
 15. die Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.
- (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 ambulan-

- ter 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,
 5. die ärztlichen Leistungen bei vorübergehender Erbringung von Dienstleistungen gemäß § 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 Gemeinsamen Bundesausschusses 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) ¹Zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung können die Vertragspartner Inhalt und Umfang der Versorgung von definierten Patientengruppen durch besondere Versorgungsaufträge festlegen. ²Ein 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. ³In den Versorgungsaufträgen kann festgelegt werden, dass bestimmte Leistungen nur im konsiliarischen Zusammenwirken erbracht werden. ⁴Dabei können zu § 15 (Persönliche Leistungserbringung) abweichende Bestimmungen festgelegt werden. ⁵Die 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) ¹Die vertragsärztliche Versorgung umfasst keine Leistungen, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. ²Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden.
- ³Leistungen, 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, Leichenschauscheine),
 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 durchge-

- führt 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, ambulanten Einrichtungen oder in der Vertragsarztpraxis 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 (§ 115a SGB V), auch wenn sie durch Vertragsärzte im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis erbracht werden,
 11. ambulant vom Krankenhaus durchgeführte Operationen und stationärer ersetzende Eingriffe (§ 115b Absatz 1 SGB V), auch wenn sie durch Vertragsärzte im Krankenhaus erbracht werden,
 12. Leistungen, die im Krankenhaus teilstationär erbracht werden,
 13. ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V, auch wenn sie durch Vertragsärzte erbracht wird,
 14. Leistungen auf der Grundlage von Verträgen nach § 73b, § 73c in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung und § 140a SGB V,
 15. Leistungen, die in Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V erbracht werden, und für die eine Bereinigung gemäß § 64 Abs. 3 SGB V erfolgt.
- (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) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte (Vertragsärzte), zugelassene medizinische Versorgungszentren, nach § 402 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V zugelassene Einrichtungen in dem Umfang, in dem sie am 31. Dezember 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. ²Angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen und in Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind. ³Die für Vertragsärzte getroffenen Regelungen gelten auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen, soweit nichts Anderes bestimmt ist.
- (2) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen auch zugelassene und ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ermächtigte Einrichtungen nach § 117 Absatz 2 SGB V teil. ²Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend für angestellte Psychotherapeuten.
- (3) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Weiterführung der Praxis eines verstorbenen Vertragsarztes durch einen anderen Arzt bis zur Dauer von zwei Quartalen genehmigen. ²Sie informiert darüber die Verbände der Krankenkassen.

§ 5

Ermächtigung zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen

- (1) Die Zulassungsausschüsse können über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Abs. 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 Bedarfs 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 Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Zulassungsausschüsse erteilen ohne Prüfung eines Bedarfs auf Antrag Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sowie Ärzten, die an zugelassenen Krankenhäusern oder ermächtigten Einrichtungen tätig sind, eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

nach § 73 Abs. 2 Nr. 13 SGB V, soweit diese Ärzte eine Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren des G-BA (Zm-RL) von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben. Die Ermächtigung nach Satz 2 erfolgt für die Dauer der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren.

- (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 Bedarfs für die Fortsetzung der Ermächtigung zu berücksichtigen, ob und inwieweit hierdurch die Inanspruchnahme dieser Untersuchungen gefördert wird.

§ 6

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

- (1) ¹Approbierte Fachzahnärzte für Kieferchirurgie, welche Inhaber einer unbefristeten gültigen Erlaubnis nach § 10a 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. ²Der ermächtigte Fachzahnarzt ist verpflichtet, die Beendigung oder das Ruhen der Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.
- (2) ¹Approbierte Fachzahnärzte für eine theoretisch-experimentelle Fachrichtung der Medizin, welche Inhaber einer unbefristeten gültigen Erlaubnis nach § 10a 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. ²Dies 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. ³Im Ermächtigungsbescheid sind die ärztlichen Leistungen, welche in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden dürfen, in einem Leistungskatalog auf der Grundlage des EBM festzulegen. ⁴Der Fachzahnarzt hat die Beendigung seiner Tätigkeit in niedergelassener Praxis der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

§ 7

Fachwissenschaftler der Medizin

- (1) ¹Soweit dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist, kann die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen 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. ²Der Ermächtigungsbe-

scheid 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.³Die 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.⁴Mit der Ermächtigung darf der Fachwissenschaftler die entsprechenden Leistungen selbständig und eigenverantwortlich ausführen.⁵Die Ermächtigung darf unbefristet erteilt werden.

- (2) Fachwissenschaftler der Medizin der Fachrichtung Klinische Chemie und Labordiagnostik können unter Voraussetzung von Abs. 1 zur Durchführung laboratoriumsmedizinischer Leistungen des Kapitels 32 und des Abschnitts 1.7 sowie von Leistungen der Abschnitte 11.4 und 19.4 sowie des Kapitels 12 EBM ermächtigt werden. Die Ermächtigung nur für Leistungen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3, sowie dem Abschnitt 32.3 entsprechende Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM kann auch erfolgen, wenn der Klinische Chemiker Leiter eines Gemeinschaftslabors von niedergelassenen Ärzten ist, in der für die Mitglieder der Laborgemeinschaft Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM des Leistungsverzeichnisses erbracht werden. Die Ermächtigung des Klinischen Chemikers gestattet den ärztlichen Mitgliedern der Gemeinschaftseinrichtung nicht, die Leistungen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3, sowie dem Abschnitt 32.3 entsprechende Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM in der Gemeinschaftseinrichtung als eigene Leistungen zu beziehen und abzurechnen. Die Ermächtigung des Klinischen Chemikers begründet entsprechend der für Ärzte geltenden Regelung die Verpflichtung, Leistungen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3 sowie dem Abschnitt 32.3 entsprechende Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM nach Maßgabe des § 25 Abs. 2 Nr. 2 als persönliche Leistung auszuführen.

§ 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 des Titels 2 der Richtlinie 2005/36/EG vom 7. September 2005 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 57 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) 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 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) ¹Unterliegen 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. ²Bestehen 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) ¹Für 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. ²Der 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

¹Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. ²Das 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) ¹Ärztliche 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. ²Diese werden jeweils in den Anlagen zu diesem Vertrag unter Berücksichtigung des Weiterbildungsrechts von den Vertragspartnern vereinbart. ³Werden die Leistungen in einer Vertragsarztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum durch angestellte Ärzte erbracht, ist es ausreichend, dass nur der angestellte Arzt die Voraussetzungen erfüllt. ⁴Werden Anforderungen definiert, die sich auf eine bestimmte apparative Ausstattung oder räumlich gebundene Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen oder auf Praxisräume bezogene bestimmte Qualitätssicherungsverfahren bedingen, sind die Anforderungen betriebsstättenbezogen zu erfüllen. ⁵Die 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) ¹Der 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. ²Dieses gilt, soweit in den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nichts Anderes ausdrücklich bestimmt ist.
- (2a) ¹Sofern in den Anlagen zu diesem Vertrag nichts Anderes geregelt ist, bedarf die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 nach erfolgreichem Nachweis der Qualifikation einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. ²Sofern ein angestellter Arzt bei einem Vertragsarzt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum entsprechende Leistungen erbringen soll, ist die Genehmigung zur Erbringung dieser Leistungen dem Vertragsarzt oder dem Medizinischen Versorgungszentrum zu erteilen. ³Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem in der Vertragsarztpraxis oder Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt die Erteilung oder den Fortbestand der Genehmigung mit. ⁴Im Falle des Medizinischen Versorgungszentrums und im Falle des Vertragsarztes, sofern er nicht selbst die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllt und eine Abrechnungsgenehmigung erhalten hat, beschränkt sich der Genehmigungsinhalt darauf, dass nur durch die entsprechend qualifizierten an-

- gestellten Ärzte die in Betracht kommenden Leistungen erbracht werden dürfen.
- (3) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sowie Auswahl, Umfang und Verfahren der Stichprobenprüfung gemäß § 136 SGB V. ²Diese Richtlinien sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (4) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt aufgrund § 137 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. ²Diese Richtlinien sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (5) ¹Die Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ²Gemäß Absatz 1 Satz 3 ist der Nachweis gegebenenfalls betriebsstättenbezogen zu führen. ³Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Verbänden der Krankenkassen mit, welche Leistungserbringer die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllen.
- (6) ¹Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten oder Medizinische Versorgungszentren, welche gemäß den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung erhalten haben, behalten diese Berechtigung auch dann, wenn sie diese Leistungen aufgrund einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit oder der Genehmigung zur Beteiligung an einer Berufsausübungsgemeinschaft oder der Genehmigung eines weiteren Tätigkeitsortes innerhalb desselben Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung an einer anderen Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte erbringen. ²Dies gilt nicht bei betriebsstättenbezogenen Anforderungen (§ 11 Abs. 1 Satz 4). ³Ist eine Abrechnungsgenehmigung mit der Maßgabe erteilt worden, dass nur ein angestellter Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums diese Leistungen ausführen darf, und wechselt dieser den Arbeitgeber innerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung, so kann der neue Arbeitgeber unter Bezugnahme auf die bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorhandenen Unterlagen und die zuletzt erteilte Abrechnungsgenehmigung eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten, wenn in der Person des angestellten Arztes die Voraussetzungen für die Ausführung der entsprechenden Leistungen fortbestehen. ⁴Sollen die entsprechenden Leistungen im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden, ist grundsätzlich für jeden Ort der Leistungserbringung in den Bereichen der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Genehmigung durch die beteiligte Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. ⁵Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Anerkennung der Berechtigung für den weiteren Tätigkeitsort.
- (7) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen Maßnahmen zur Förderung der Qualität durch. ²Sie 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 abgelöst werden.

- (8) Die von dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den betroffenen Bundesverbänden der Leistungserbringer bestimmten Maßnahmen zur Qualitätssicherung ambulant erbrachter Vorsorgeleistungen und/oder Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 137d SGB V sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (9) ¹Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen gemäß § 115b SGB V. ²Diese Vereinbarungen sind in der vertragsärztlichen Versorgung verbindlich.
- (10) ¹Psychotherapeutische 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. ²Diese sind in der Anlage 1 zu diesem Vertrag für Ärzte und für Psychotherapeuten von den Vertragspartnern vereinbart. ³Absatz 1 Satz 3 sowie die Absätze 2a, 3, 6 und 7a gelten entsprechend.

§ 12

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) ¹Neue 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 in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen hat, die erforderlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung getroffen wurden und sie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wurden. ²Nicht anerkannte Behandlungsmethoden sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch keine verordnungsfähigen Leistungen.
- (2) ¹Die Durchführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für welche der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen über die notwendige Qualifikation der Ärzte und die apparativen Anforderungen abgegeben hat, bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. ²Die 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 dies in Richtlinien gem. § 92 Abs. 6a SGB V in Verbindung mit § 135 Abs. 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) ¹Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte oder eines Anspruchsnachweises gemäß § 19 Abs. 2 belegen. ²Die Versicherten sind verpflichtet, die elektronische Gesundheitskarte vor jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen. ³Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren.
- (2) ¹Kostenerstattungsberechtigte Versicherte, die sich nicht nach Abs. 1 ausweisen, sind Privatpatienten. ²Unberührt davon bleiben die Regelungen nach § 18 Abs. 8 Satz 3 Nr. 1 und Absatz 9. ³Ärztliche Leistungen im Rahmen einer Privatbehandlung sind nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung zu stellen. ⁴Die 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 Zuzahlungen.
- (3) ¹Den Versicherten steht die Wahl unter den Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, den nach § 402 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. ²Andere Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.
- (4) ¹Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. ²Abweichend von Satz 1 können Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses i.V.m. Anlage 9.2 des Bundemantelvertrages direkt in Anspruch genommen werden. ³Sie 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) ¹Bei psychotherapeutischer Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist spätestens nach den probatorischen Sitzungen der Konsiliarbericht einzuholen. ²Das Nähere bestimmt Anlage 1 zu diesem Vertrag.
- (7) ¹Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung die elektronische Gesundheitskarte vorlegt. ²Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. ³Der Vertragsarzt darf die Behandlung

eines Versicherten im Übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. ⁴Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.

- (8) ¹Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragsarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes. ²Hat 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) ¹Bei der Verordnung von zuzahlungspflichtigen Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln – sofern der Patient das 18. Lebensjahr vollendet hat – und Verordnung von Krankenförderungen ist von der Zuzahlungspflicht des Patienten auszugehen. ²Dies gilt nicht im Falle von Verordnungen im Rahmen der Behandlung von Schwangeren, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und/oder Entbindung erbracht werden. ³Vertragsärzte 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) ¹Erbringen 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. ²Sind diese Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen, die eine besondere Qualifikation erfordern, nicht erbracht werden. ³Im Rahmen der Verordnung von Substitutionsmitteln gilt im Vertretungsfall § 5 Absatz 5 Satz 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. ⁴Für die Leistungserbringung durch angestellte Ärzte in einer Vertragsarztpraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum gilt § 11 Abs. 1 Satz 3. ⁵Sind die Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllt, darf der angestellte Arzt diese Leistungen nicht eigenverantwortlich ausführen.
- (2) ¹Werden Assistenten, angestellte Ärzte oder Vertreter (§§ 32, 32a, 32b Ärzte-ZV) beschäftigt, so haftet der Vertragsarzt oder das medizinische Versorgungszentrum für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten wie für die eigene Tätigkeit. ²Das gleiche gilt bei der Beschäftigung nichtärztlicher Mitarbeiter.
- (3) ¹Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig. ²Im Übrigen ist eine Vertretung nur im Rahmen der Absätze 1 und 2 und unter Beachtung der berufsrechtlichen Befugnisse zulässig.

§ 14a

Persönliche Leitung der Vertragsarztpraxis bei angestellten Ärzten

- (1) ¹In Fällen, in denen nach § 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV der Vertragsarzt einen angestellten Arzt oder angestellte Ärzte beschäftigen darf, ist sicherzustellen, dass der Vertragsarzt die Arztpraxis persönlich leitet. ²Die persönliche Leitung ist anzunehmen, wenn je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden. ³Bei Vertragsärzten, welche überwiegend medizinisch-technische Leistungen erbringen, wird die persönliche Leitung auch bei der Be-

schäftigung von bis zu vier vollzeitbeschäftigten Ärzten vermutet; Satz 2 2. Halbsatz gilt entsprechend. ⁴Bei Vertragsärzten, welche eine Zulassung nach § 19a Ärzte-ZV für einen hälftigen Versorgungsauftrag haben, vermindert sich die Beschäftigungsmöglichkeit auf einen vollzeitbeschäftigten oder zwei teilzeitbeschäftigte Ärzte je Vertragsarzt. ⁵Die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten wird insoweit nicht angerechnet. ⁶Will der Vertragsarzt über den Umfang nach Sätzen 2 bis 4 hinaus weitere Ärzte beschäftigen, hat er dem Zulassungsausschuss vor der Erteilung der Genehmigung nachzuweisen, durch welche Vorkehrungen die persönliche Leitung der Praxis gewährleistet ist.

- (2) ¹Die Beschäftigung eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets oder einer anderen Facharztkompetenz als desjenigen Fachgebiets oder derjenigen Facharztkompetenz, für die der Vertragsarzt zugelassen ist, ist zulässig. ²Dies gilt auch für eine Anstellung nach § 15a Abs. 6 Satz 2. ³Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt eines anderen Fachgebiets oder einer anderen Facharztkompetenz, der in diesem Fachgebiet oder unter dieser Facharztkompetenz tätig wird, so ist die gleichzeitige Teilnahme dieser Arztpraxis an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung zulässig. ⁴Im Übrigen gelten Absatz 1 und § 15 Abs. 1 Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Vertragsarzt bei der Erbringung der fachärztlichen Leistungen des angestellten Arztes die Notwendigkeit der Leistung mit zu verantworten hat.

§ 15

Persönliche Leistungserbringung

- (1) ¹Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. ²Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte gemäß § 32b Ärzte-ZV, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. ³Dem Praxisinhaber werden die ärztlichen selbständigen Leistungen des angestellten Arztes zugerechnet, auch wenn sie in der Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte der Praxis in Abwesenheit des Vertragsarztes erbracht werden. ⁴Dasselbe gilt für fachärztliche Leistungen eines angestellten Arztes eines anderen Fachgebiets (§ 14a Abs. 2), auch wenn der Praxisinhaber sie nicht selbst miterbracht oder beaufsichtigt hat. ⁵Persönliche 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. ⁶Das Nähere zur Erbringung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch nichtärztliche Mitarbeiter in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen ist in Anlage 8 zu diesem Vertrag geregelt.
- (2) ¹Verordnungen 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. ²Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.
- (3) ¹Vertragsärzte 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 § 32b Ärzte-ZV erbracht werden. ²Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist. ³Sind Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 11 dieses Vertrages vorgeschrieben, so müssen alle Gemeinschaftspartner und ein angestellter Arzt nach § 32b Ärzte-ZV, sofern er mit der Ausführung der Untersuchungsmaßnahmen beauftragt ist, diese Voraussetzungen erfüllen.

- (4) ¹Ein Zusammenschluss von Vertragsärzten bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung von Laboratoriumsleistungen des Abschnitts 32.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist mit Wirkung ab 01. Januar 2009 ausgeschlossen. ²Bestehende Leistungserbringergemeinschaften (Gründung vor dem 1. Januar 2009) dürfen bis zum 31.12.2009 fortgeführt werden.

§ 15a

Vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten (Betriebsstätten) und in gemeinschaftlicher Berufsausübung

- (1) ¹Der Vertragsarzt kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 an weiteren Orten vertragsärztlich tätig sein. ²Betriebsstätte ist der Vertragsarztsitz. ³Jeder Ort einer weiteren Tätigkeit des Vertragsarztes ist eine Nebenbetriebsstätte der vertragsärztlichen Tätigkeit. ⁴Wird der Vertragsarzt gleichzeitig als angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder bei einem anderen Vertragsarzt tätig, ist dieser Tätigkeitsort des Arztes die Betriebsstätte des Medizinischen Versorgungszentrums oder die Betriebsstätte des anderen Vertragsarztes. ⁵Wird der Vertragsarzt außerhalb seines Vertragsarztsitzes gemäß Absatz 4 in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig, ist der weitere Tätigkeitsort die Betriebsstätte der Berufsausübungsgemeinschaft. ⁶Dies gilt auch, wenn sich die gemeinsame Berufsausübung auf einzelne Leistungen beschränkt. ⁷Betriebsstätte des Belegarztes ist sowohl die Arztpraxis als auch das Krankenhaus. ⁸Betriebsstätte des ermächtigten Arztes ist der Ort der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit, zu der er ermächtigt ist.
- (2) ¹Die Tätigkeit des Vertragsarztes in einer weiteren Nebenbetriebsstätte außerhalb des Vertragsarztsitzes ist zulässig, wenn sie gemäß § 24 Ärzte-ZV genehmigt worden ist oder nach dieser Vorschrift ohne Genehmigung erlaubt ist. ²Tätigkeitsorte, an denen Anästhesisten vertragsärztliche Leistungen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes erbringen, gelten als Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten; Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten sind auch Vertragszahnarztpraxen. ³Die Nebenbetriebsstätten der Anästhesisten bedürfen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. ⁴Soweit es sich um Nebenbetriebsstätten handelt, an denen schmerztherapeutische Leistungen erbracht werden, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV vorliegen. ⁵Werden nur anästhesiologische Leistungen erbracht, ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die Versorgung durch die Anzahl der Nebenbetriebsstätten nicht gefährdet ist. ⁶Nebenbetriebsstätten des Anästhesisten in Bezirken einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bedürfen der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung seines Vertragsarztsitzes; § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV bleibt unberührt, sofern es sich um schmerztherapeutische Leistungen handelt.
- (3) ¹Absätze 1 und 2 gelten für Medizinische Versorgungszentren entsprechend. ²Weitere Einrichtungen von Medizinischen Versorgungszentren sind Nebenbetriebsstätten des Medizinischen Versorgungszentrums.

- (4) ¹Die gemeinsame Berufsausübung ist mit Genehmigung des Zulassungsausschusses gemäß § 33 Ärzte-ZV zulässig. ²Haben die Berufsausübungsgemeinschaftspartner denselben Vertragsarztsitz ist dieser Ort Betriebsstätte der Berufsausübungsgemeinschaft. ³Die Bildung weiterer Nebenbetriebsstätten bedarf, soweit vorgeschrieben, der Genehmigung nach Absatz 2. ⁴Hat die Berufsausübungsgemeinschaft mehrere örtlich unterschiedliche Vertragsarztsitze im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmen die Berufsausübungsgemeinschaftspartner durch Anzeige an die Kassenärztliche Vereinigung einen Vertragsarztsitz als Betriebsstätte und den oder die weiteren Vertragsarztsitze als Nebenbetriebsstätten; die Wahl des Sitzes ist für den Ort zulässig, wo der Versorgungsschwerpunkt der Tätigkeit der Berufsausübungsgemeinschaft liegt. ⁵Die Wahlentscheidung ist für die Dauer von zwei Jahren verbindlich. ⁶Sie kann nur jeweils für den Beginn eines Quartals getroffen werden. ⁷Unterbleibt die Festlegung nach Fristsetzung der Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmt diese die Betriebsstätte und die Nebenbetriebsstätte. ⁸Sind die Berufsausübungsgemeinschaftspartner wechselseitig an diesen Vertragsarztsitzen tätig, bedarf dies nicht der Genehmigung nach Absatz 2, wenn die Voraussetzungen der Präsenzverpflichtung nach § 17 erfüllt sind und eine Tätigkeit am jeweils anderen Vertragsarztsitz nur in begrenztem Umfang ausgeübt wird; hinsichtlich des zeitlichen Umfangs einer entsprechenden Tätigkeit gilt insoweit § 17 Abs. 1a. ⁹Auf Verlangen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ist dies nachzuweisen; sie kann die Verpflichtung durch Auflagen sichern. ¹⁰Sollen neben der Tätigkeit an den Vertragsarztsitzen weitere Nebenbetriebsstätten errichtet werden, bedarf dies der Genehmigung nach Absatz 2, soweit diese vorgesehen ist. ¹¹Für Gemeinschaftspraxen mit Vertragsarztsitzen in Bereichen von mindestens zwei Kassenärztlichen Vereinigungen gilt ergänzend § 15b.
- (5) ¹Die gemeinsame Berufsausübung kann sich auf die Erbringung einzelner Leistungen beschränken (Teilberufsausübungsgemeinschaft). ²Die Möglichkeit für den Patienten, die Zweitmeinung anderer Ärzte, welche nicht in der Teilberufsausübungsgemeinschaft zusammengeschlossen sind, einzuholen, darf nicht beeinträchtigt werden.
- (6) ¹Wird die Tätigkeit in einer Nebenbetriebsstätte nach Absatz 2 genehmigt, ist der Arzt verpflichtet, die Behandlung von Versicherten an diesem Tätigkeitsort grundsätzlich persönlich durchzuführen. ²Die Beschäftigung eines angestellten Arztes allein zur Durchführung der Behandlung an dieser Nebenbetriebsstätte ist gestattet, wenn dies von der Genehmigung der Tätigkeit an diesem Ort umfasst ist. § 17 Abs. 1a Satz 5 bleibt unberührt.
- (7) Wird die Genehmigung nach Absatz 2 widerrufen, ist dem Vertragsarzt eine angemessene Übergangszeit zur Beendigung seiner Tätigkeit an der Nebenbetriebsstätte einzuräumen.

§ 15b

KV-bereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften

¹Für Berufsausübungsgemeinschaften, welche Vertragsarztsitze in Bereichen mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen haben, gelten ergänzend die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. ²Die Wahl des Vertragsarztsitzes für zwei Jahre gemäß § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV [Hauptsitz der bereichsübergreifenden Berufsausübung] kann nur jeweils zum Beginn eines Quartals durch Anzeige an die maßgebliche Kassenärztliche Vereinigung erfolgen. ³Für die Tätigkeit

der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft an örtlich unterschiedlichen Vertragsarztsitzen gilt § 17 Abs. 1a.

§ 15c

Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsärzten

§§ 15a und 15b gelten entsprechend für Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Medizinischen Versorgungszentren und Vertragsärzten unabhängig von der jeweiligen Rechtsform.

§ 16

Regeln der ärztlichen Kunst, Qualität, Wirtschaftlichkeit

¹Jeder 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. ²Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss 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. ³Außerdem hat der Vertragsarzt die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung nach § 11 zu beachten.

§ 17

Sprechstunden, Besuche

- (1) ¹Der Vertragsarzt ist gehalten, an seinem Vertragsarztsitz sowie weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung mindestens in dem in Absatz 1a geregelten Umfang festzusetzen und seine Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben; die Höchstzeiten für Tätigkeiten an weiteren Tätigkeitsorten sind zu beachten. ²Die Sprechstunden sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben. ³Sprechstunden "nach Vereinbarung" oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. ⁴Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig. ⁵Wenn mehrere Ärzte einer Arztgruppe in einer Arztpraxis tätig sind, kann die Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten praxisbezogen für die jeweilige Arztgruppe erfolgen. ⁶Die Sprechstundenzeiten nach Absatz 1a Satz 1 und 3 sind der Kassenärztlichen Vereinigung zu melden. ⁷Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und die Barrierefreiheit der Arztpraxen; offene Sprechstunden nach Absatz 1a Satz 3 sind gesondert auszuweisen.
- (1a) ¹Der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an allen zugelassenen Tätigkeitsorten persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. ²Als Sprechstunden gelten die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht. ³Ärzte der in Absatz 1c aufgeführten Arztgruppen müssen von diesen Sprechstundenzeiten mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. ⁴Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag gelten die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 und 3 jeweils

anteilig. ⁵In allen Fällen der Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss. ⁶Auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 1 werden die Besuchszeiten des Vertragsarztes angerechnet; das Nähere zu einer angemessenen Berücksichtigung der Wegezeiten regeln die Gesamtvertragspartner.

(1b) Für angestellte Ärzte gilt Absatz 1a unter Berücksichtigung des vom Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeitsumfangs entsprechend.

(1c) ¹Folgende Arztgruppen müssen offene Sprechstunden gemäß Absatz 1a Satz 3 anbieten:

- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 6 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 7 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 8 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 9 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 10 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 14 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 16 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 18 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 21 EBM
- Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 26 EBM

²Von der Aufzählung der Arztgruppen nach Satz 1 sind auch Ärzte umfasst, die gemäß Nr. 1.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM eine entsprechende Bezeichnung führen und aus den genannten Kapiteln des EBM abrechnen.

³Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 30702 EBM in einem Quartal abrechnen, müssen in diesem Quartal keine offene Sprechstunde anbieten.

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

(3) ¹Ist 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. ²Darüber hinaus soll der Vertragsarzt – auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang) bekanntgeben. ³Die Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzusprechen. ⁴Bei 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. ⁵Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen.

(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) ¹Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. ²Ein 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 Versicherten, 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.

§ 17a [gestrichen].

**7. Abschnitt – Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen
durch den Versicherten**

**§ 18
Zuzahlungspflichten der Versicherten und Vergütungsanspruch
gegen Versicherte**

- (1) aufgehoben
- (2) aufgehoben
- (3) aufgehoben
- (4) aufgehoben
- (5) aufgehoben
- (5a) aufgehoben
- (6) aufgehoben
- (7) aufgehoben
- (7a) aufgehoben
- (8) ¹Der Versicherte hat Anspruch auf Sachleistung, wenn er nicht Kostenerstattung gewählt hat. ²Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.
³Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,
 - 1. wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 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 nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten auf der Grundlage des EBM ab.
- (9) Eine entsprechend Absatz 8 Satz 3 Nr. 1 vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. ein Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 vorgelegt wird.
- (10) Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme von Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden, von Versicherten keine Zuzahlungen fordern. Für Massagen, Bäder und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich die Zuzahlung nach den Preisen,

die nach § 125 SGB V vereinbart sind. Die anzuwendenden Zuzahlungsbeträge sind der vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Anlage 2 zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung zu entnehmen.

§ 19

Elektronische Gesundheitskarte

- (1) ¹Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, eine elektronische Gesundheitskarte gem. § 291 Abs. 2a SGB V vorzulegen. ²Das Nähere zum Inhalt und zur Anwendung sowie zu einem Ersatzverfahren ist in Anlage 4a geregelt.
- (1a) Wenn für einen Patienten bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Arzt-/Patientenbegegnung noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt, ist für die Abrechnung das Ersatzverfahren durchzuführen.
- (2) ¹Wird von der Krankenkasse anstelle der elektronischen Gesundheitskarte im Einzelfall ein Anspruchsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgegeben, muss dieser die Angaben gemäß § 291a Abs. 2 Nr. 1 bis 11 SGB V enthalten. ²Die Krankenkasse darf einen Anspruchsnachweis nach Satz 1 nur im Ausnahmefall zur Überbrückung von Übergangszeiten bis der Versicherte eine elektronische Gesundheitskarte erhält, ausstellen. ³Der Anspruchsnachweis ist entsprechend zu befristen. ⁴Die Krankenkasse ist verpflichtet, ungültige elektronische Gesundheitskarten einzuziehen.
- (3) ¹Der Leistungsanspruch von Versicherten, die ihrer Verpflichtung zur Beitragszahlung nicht nachkommen, ist eingeschränkt (§ 16 Abs. 3a SGB V). ²Der Vertragsarzt darf in diesen Fällen nur die notwendigen Untersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 (Gesundheitsuntersuchung) und § 26 (Kinderuntersuchung) SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, erbringen, veranlassen und verordnen. ³Art und Umfang der notwendigen Leistungen zur Klärung und Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände oder bei auffälligen Befunden im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten sind von dem ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis zu bestimmen. ⁴Die Krankenkasse zieht die elektronische Gesundheitskarte ein. ⁵Zum Nachweis des eingeschränkten Anspruchs erhalten die Versicherten ein von der Krankenkasse ausgestelltes Vordruckmuster 85. ⁶Bei erforderlicher Veranlassung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ist der eingeschränkte Leistungsanspruch des Versicherten auf dem Überweisungsschein gemäß Muster 6 der Vordruckvereinbarung zu kennzeichnen. ⁷Das ausgestellte Vordruckmuster 85 ist jeweils für die Abrechnung der Leistungen in dem Quartal der Ausstellung gültig. ⁸Für die Abrechnung der Leistungen und die Ausstellung von Verordnungen ist das Ersatzverfahren nach 4a zu dieser Vereinbarung anzuwenden. ⁹Der vorgelegte Vordruck verbleibt in der Arztpraxis.
- (4) Kann die an Empfänger von Gesundheitsleistungen mit eingeschränktem Leistungsanspruch nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes ausgegebene elektronische Gesundheitskarte nicht verwendet werden und sind die Felder der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) entwertet oder ist die EHIC als ungültig gekennzeichnet, kommt ebenfalls das Ersatzverfahren nach Anlage 4a zu diesem Vertrag zur Anwendung. Soweit der behandelnde Arzt in diesen Fällen nicht erkennen kann, dass ein eingeschränkter Leistungs-

anspruch vorliegt, ist die Krankenkasse, die die eGK ausgegeben hat, verpflichtet, alle erbrachten Leistungen zu vergüten. Die Vergütung richtet sich gemäß § 4 Abs. 3 Satz 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes nach den am Ort der Niederlassung des Arztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 und § 132e Abs. 1 SGB V. Findet das Ersatzverfahren bei Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 2 SGB V statt, besteht ein Vergütungsanspruch nur für die Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Dies gilt auch für Leistungsberechtigte mit eingeschränktem Leistungsanspruch nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, soweit für die Vergütung der Leistungen, die Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wären, ein eigenständiger Behandlungsbedarf gilt.

§ 20 [gestrichen]

§ 21

Behandlungsfall/Krankheitsfall/Betriebsstättenfall/Arztfall/Arztgruppenfall

- (1) ¹Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. ²Ein 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 Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird. ³Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich die Versichertenart während des Quartals ändert. ⁴Es wird die Versichertenart bei der Abrechnung zugrunde gelegt, die bei Quartalsbeginn besteht. ⁵Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt. ⁶Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (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 Versicherten sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall durchgeführt werden. ⁷Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 402 Abs. 2 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. ⁸Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt. ⁹Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.
- (1a) ¹Die gesamten innerhalb desselben Kalendervierteljahres in derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte bei demselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommenen Behandlungsleistungen gelten jeweils als Betriebsstättenfall. ²Ein Betriebsstättenfall liegt auch vor, wenn die ärztlichen Leistungen bei demselben Versicherten von einem angestellten Arzt des Vertragsarztes oder einem angestellten Arzt des Medizinischen Versorgungszentrums in einer Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte erbracht wer-

den und von diesem nicht selbst, sondern dem Träger der Betriebsstätte abgerechnet werden. ³Werden von demselben Arzt bei demselben Versicherten ärztliche Leistungen an unterschiedlichen Betriebsstätten erbracht, in welchen der Arzt in einem jeweils unterschiedlichen vertragsarztrechtlichen Status tätig ist (Vertragsarzt, angestellter Arzt, Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum, ermächtigter Arzt, Arzt in genehmigter Berufsausübungsgemeinschaft), liegt jeweils ein gesonderter Betriebsstättenfall vor. ⁴Betriebsstättenfälle sind nach Maßgabe der dazu bestehenden besonderen Vorschriften, insbesondere bei der Abrechnung, zu kennzeichnen.

- (1b) ¹Als Arztfall werden alle Leistungen bei einem Versicherten bezeichnet, welche durch denselben Arzt unabhängig vom vertragsarztrechtlichen Status in der vertragsärztlichen Versorgung in demselben Kalendervierteljahr und unabhängig von der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden. ²Der Bewertungsausschuss trifft im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) besondere Abrechnungsregelungen für Arztfälle. ³Für Arztfälle bei verordneten Leistungen kann in den maßgeblichen Prüfungsvereinbarungen (z.B. Prüfung von Richtgrößen) nach dem vertragsarztrechtlichen Status unterschieden werden.
- (1c) ¹Der Arztgruppenfall stellt einen Behandlungsfall dar, bei dem an die Stelle der Arztpraxis die Arztgruppe einer Arztpraxis tritt. ²Damit gilt die gesamte von derselben Arztgruppe einer Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung als Arztgruppenfall. ³Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.
- (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) ¹Endet 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. ²Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels, solange der Versicherte dem Vertragsarzt die elektronische Gesundheitskarte bzw. den Anspruchsnachweis der neuen Krankenkasse nicht vorgelegt hat.
- ³Legt der Versicherte noch während des laufenden Kalendervierteljahres die neue elektronische Gesundheitskarte bzw. den neuen Anspruchsnachweis 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 Krank-

heiten bei Kindern) weisen diesen durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte oder eines Anspruchsnachweises nach.

- (2) Wenn für einen Patienten bis zum vollendeten 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt der Untersuchungen nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern noch keine elektronische Gesundheitskarte vorliegt, ist für die Abrechnung das Ersatzverfahren durchzuführen.
- (3) ¹Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Voraussetzung zur Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen. ²Der 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 Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte über den durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 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) ¹Der Vertragsarzt hat die Durchführung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt, eine nach § 402 Abs. 2 SGB V zugelassene Einrichtung, ein medizinisches Versorgungszentrum, einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung durch Überweisung auf vereinbartem Vordruck zu veranlassen. ²Dies gilt auch nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. ³Ein Überweisungsschein ist auch dann zu verwenden, wenn der Vertragsarzt eine ambulante Operation im Krankenhaus oder eine ambulante spezialfachärztliche Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V veranlasst. ⁴Ärztliche 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) ¹Eine Überweisung kann - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - nur dann vorgenommen werden, wenn dem überweisenden Vertragsarzt ein gültiger Anspruchsnachweis oder die elektronische Gesundheitskarte vorgelegen hat. ²Eine Überweisung hat auf dem Überweisungsschein (Muster 6, Muster 10 oder Muster 39 der Vordruckvereinbarung) zu erfolgen; die Krankenkassen informieren ihre Versicherten darüber, dass ein ausgestellter Überweisungsschein dem in Anspruch genommenen Vertragsarzt vorzulegen ist. ³Der ausführende Arzt ist grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden und darf sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen. ⁴Überweisungen durch ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte sind zulässig, soweit die Ermächtigung dies vorsieht; in der Ermächtigung sind die von der Überweisungsbefugnis umfassten Leistungen festzulegen. ⁵Satz 4 gilt nicht, wenn die betreffenden Leistungen in Polikliniken und Ambulatorien als verselbstständigte Organisationseinheiten desselben Krankenhauses erbracht werden. ⁶Das Recht des Versicherten, auch einen anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt zu wählen, bleibt davon unberührt (§ 13).
- (3) ¹Eine Überweisung an einen anderen Arzt kann erfolgen:
1. Zur Auftragsleistung oder
 2. zur Konsiliaruntersuchung oder
 3. zur Mitbehandlung oder
 4. zur Weiterbehandlung.
- ²Dabei ist in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig. ³Abweichend von Satz 1 sind Überweisungen zur Durchführung in-vitro-diagnostischer Leistungen nur als Auftragsleistung 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) ¹Zur 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. ²Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.
- (6) ¹Der 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. ²Der 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. ³Nimmt der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt unmittelbar in Anspruch, übermittelt dieser Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt.
- (7) ¹Der überweisende Vertragsarzt soll grundsätzlich die Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitteilen. ²Er 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 erfordert bei Aufträgen nach Nr. 1.1. 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. 1.2. 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 Verdachtsdi-

agnose 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) ¹Für die Überweisung in-vitro-diagnostischer Leistungen zur Durchführung bei einem anderen Vertragsarzt ist Muster 10 der Vordruckvereinbarung zu verwenden. ²Abweichend von Satz 1 ist für die Überweisung in-vitro-diagnostischer Leistungen der organisierten Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zur Früherkennung des Zervix-Karzinoms Muster 39 zu verwenden.
- (9) ¹Der Vertragsarzt, der die Überweisung für eine in-vitro-diagnostische Auftragsleistung nach Absatz 8 erstmalig auf Muster 10 ausstellt, gilt als Erstveranlasser. ²Sofern ein Vertragsarzt, eine Überweisung auf Muster 10 annimmt und einzelne oder alle Auftragsleistungen gemäß Absatz 4 an einen anderen Vertragsarzt weiterüberweist (Weiterüberweisung), ist ebenfalls das Muster 10 zu verwenden. ³Der weiterüberweisende Vertragsarzt übermittelt die Arzt- und Betriebsstättennummer des Erstveranlassers. ⁴Bei erneuter Weiterüberweisung sind die Angaben zum Erstveranlasser unverändert zu übernehmen.
- (10) Eine Überweisung von Leistungen durch eine Laborgemeinschaft ist unzulässig.
- (11) ¹Eine von einem Vertragszahnarzt ausgestellte formlose Überweisung an einen ausschließlich auftragnehmenden Vertragsarzt gemäß § 13 Absatz 4 gilt als Anspruchsnachweis im Sinne dieses Vertrages. ²Der Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab, dem die formlose Überweisung des Vertragszahnarztes beizufügen ist.
- (12) Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Konsiliarverfahrens vornehmen.

§ 25

Erbringung und Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen

- (1) ¹Ziel der in-vitro-diagnostischen Untersuchung ist die Erhebung eines ärztlichen Befundes. ²Die Befunderhebung ist in vier Teile gegliedert:
1. Ärztliche Untersuchungsentscheidung,
 2. Präanalytik,

3. in-vitro-diagnostische Analyse unter Bedingungen der Qualitätssicherung,
 4. ärztliche Beurteilung der Ergebnisse.
- (2) Für die Erbringung von in-vitro-diagnostischen Leistungen gilt § 15 mit folgender Maßgabe:
1. Bei allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM und bei entsprechenden Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM ist der Teil 3 der Befunderhebung einschließlich ggf. verbliebener Anteile von Teil 2 beziehbar. Überweisungen zur Erbringung der allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2 EBM und entsprechender Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM sind zulässig.
 2. Bei in-vitro-diagnostischen Leistungen
 - i. der speziellen Laboratoriumsmedizin nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 EBM,
 - ii. zur Untersuchung von konstitutionellen genetischen Veränderungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 EBM,
 - iii. nach den pathologischen diagnostischen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.3 EBM und
 - iv. zur Untersuchung von tumorgenetischen Veränderungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBMkann 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 Leistung qualifizierten und zur Abrechnung berechtigten Vertragsarzt überwiesen werden. Satz 1 gilt auch für die jeweils entsprechenden Leistungen in den Abschnitten 1.7, 8.5, 8.6 und 30.12.2 EBM.
 3. Der Vertragsarzt, der die in-vitro-diagnostische Leistungen persönlich erbringt, ist für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich, indem er sich insbesondere zu vergewissern hat, dass die "Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen" der Analysen eingehalten worden sind.
- (3) ¹Für die Abrechnung aus Laborgemeinschaften bezogener Auftragsleistungen des Abschnitts 32.2 EBM gelten folgende ergänzende Bestimmungen:
- Der Teil 3 der Befunderhebung kann nach Maßgabe von Abs. 2 aus Laborgemeinschaften bezogen werden, deren Mitglied der Arzt ist. ²Der den Teil 3 der Befunderhebung beziehende Vertragsarzt rechnet die Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM durch seine Laborgemeinschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung an deren Sitz ab. ³Die Laborgemeinschaft macht den beziehenden Arzt durch Angabe seiner Arztnummer und der (Neben-)Betriebsstättennummer der beziehenden Arztpraxis kenntlich.
- (4) Der Vertragsarzt, der den Teil 3 der Befunderhebung aus einer Laborgemeinschaft bezieht, ist für die Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich, indem er sich insbesondere zu vergewissern hat, dass die "Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen" eingehalten worden sind.

- (5) ¹Für die Steuerung der wirtschaftlichen Veranlassung gemäß Abschnitt 32.1 EBM gelten für die Abrechnung der auf Muster 10 überwiesenen und der auf Muster 10A bezogenen Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM folgende ergänzende Bestimmungen:

Die vom Vertragsarzt eingereichte Abrechnung der auf Muster 10 überwiesenen Leistungen und die von der Laborgemeinschaft eingereichte Abrechnung der auf Muster 10A bezogenen Leistungen müssen den Veranlasser unter Angabe seiner Arzt- und Betriebsstättennummer enthalten. ²Bei Weiterüberweisung gemäß § 24 Abs. 9 ist zusätzlich der Erstveranlasser in der Abrechnung anzugeben. ³Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsbereich die veranlassten Leistungen abgerechnet werden, meldet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Fälle mit veranlassten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM, die von außerhalb ihres Zuständigkeitsbereichs veranlasst und von Vertragsärzten oder von Laborgemeinschaften ihres Zuständigkeitsbereichs abgerechnet worden sind. ⁴Die Kassenärztliche Bundesvereinigung meldet der Kassenärztlichen Vereinigung des Erstveranlassers unter Angabe seiner Arzt- und Betriebsstättennummer die Fälle mit veranlassten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM.

- (6) ¹Die Arztpraxis, die auf Überweisung Auftragsleistungen durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten in Euro gemäß EBM mit. ²Leistungen, für die diese Regelung gilt, werden im EBM bestimmt. ³Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende 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 weiter überwiesen hatte.
- (7) ¹Die Abrechnung von Laborleistungen setzt die Erfüllung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen gemäß Teil A und B1 sowie ggf. ergänzender Regelungen der Partner der Bundemantelverträge zur externen Qualitätssicherung von Laborleistungen und den quartalsweisen Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung durch die Betriebsstätte voraus. ²Sofern für eine Gebührenordnungsposition der Nachweis aus verschiedenen Materialien (z. B. Serum, Urin, Liquor) möglich ist und für diese Materialien unterschiedliche Ringversuche durchgeführt werden, wird in einer Erklärung bestätigt, dass die Gebührenordnungsposition nur für das Material berechnet wird, für das ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt. ³Der Nachweis ist elektronisch an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

2. Unterabschnitt Verordnungen und Bescheinigungen

§ 25a

Verordnung von veranlassten Leistungen

- (1) Näheres über die Verordnung von Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, medizinischer Rehabilitation, Psychotherapie und Krankentransport (veranlasste Leistungen) bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

- (2) ¹Die Verordnung von veranlassten Leistungen ist über die jeweils dafür vorgesehenen papiergebundenen oder digitalen Vordrucke gemäß der entsprechenden Vereinbarungen dieses Vertrages (Anlagen 2 und 2b) vorzunehmen. ²Die gilt auch, wenn der Versicherte die ärztlichen Leistungen im Wege der Kostenerstattung erhält.
- (3) ¹Änderungen und Ergänzungen der Verordnung von veranlassten Leistungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe, soweit in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht anders geregelt. ²Bei elektronischen Verordnungen muss ein neuer E-Verordnungsdatensatz erstellt und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen werden.
- (4) ¹Wird dem Vertragsarzt bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal die elektronische Gesundheitskarte oder ein anderer gültiger Anspruchsnachweis nicht vorgelegt, ist für die Verordnung von veranlassten Leistungen auf dem entsprechenden Vordruck anstelle der Kassenangabe der Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ anzubringen. ²Eine Zweitausstellung einer Verordnung ist nur gegen Rückgabe der zuerst ausgestellten Verordnung zulässig. ³Bei elektronischen Verordnungen muss geprüft werden, ob die erste elektronische Verordnung eingelöst wurde.
- (5) ¹Will ein Versicherter für veranlasste Leistungen Kostenerstattung in Anspruch nehmen, ist die Verordnung auf einem Vordruck gemäß der Vordruckvereinbarung vorzunehmen. ²Dabei ist anstelle der Angabe des Namens der Krankenkasse der Vermerk „Kostenerstattung“ anzubringen. ³Die Krankenkasse erstatten nach Maßgabe ihrer Satzung ihren kostenerstattungsberechtigten Versicherten hierfür die Kosten entsprechend dem Leistungsanspruch einer vertragsärztlichen Versorgung. ⁴Wird die Verordnung vom Patienten als Privatbehandlung gemäß § 18 Abs. 8 Nr. 2 gewünscht, ist dafür ein Privatrezept zu benutzen. ⁵Die Verwendung des Vertragsarztstempels auf diesem Privatrezept ist nicht zulässig.
- (6) ¹Verlangt ein in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter die Verordnung von veranlassten Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen oder für die Behandlung nicht notwendig sind, kann die Verordnung nur auf einem Privatrezept vorgenommen werden. ²Die Verwendung des Vertragsarztstempels auf diesem Privatrezept ist nicht zulässig.
- (7) Die Versicherten sind sowohl von den Krankenkassen allgemein als auch von dem verordnenden Arzt im konkreten Fall darüber aufzuklären, dass der Versicherte die Kosten für eine nicht verordnungsfähige veranlasste Leistung selbst zu tragen hat.

§ 26

Verordnung von Krankenhausbehandlung

- (1) ¹Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn sie erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. ²Die 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.

§ 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) ¹Die von dem Versicherten durch Vorlage der ärztlichen Verordnung beantragte Leistung bedarf der Genehmigung der Krankenkasse. ²Über ihre Entscheidung hat die Krankenkasse den behandelnden Vertragsarzt zu unterrichten, sofern die verordnete Leistung nicht oder nicht in vollem Umfange gewährt wird.
- (4) ¹Der Vertragsarzt hat sich über die sachgerechte Durchführung und über den Erfolg der häuslichen Krankenpflege zu vergewissern. ²Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig; Ausnahmefälle sind besonders zu begründen. ³Sind einzelne Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege ganz oder teilweise nicht mehr notwendig, ist die Krankenkasse zu informieren. ⁴Die Krankenkassen verpflichten die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, die ärztlichen Weisungen zu beachten.
- (5) ¹Sofern 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. ²Die Verbände der Krankenkassen informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen über den Inhalt der Satzungsbestimmungen.

§ 28

Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

- (1) ¹Die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes. ²Die Dauer der Verordnung ist anzugeben.
- (2) Bei der Verordnung von SAPV prüft die Krankenkasse den Leistungsanspruch des Versicherten nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung.

§ 29

Verordnung von Arzneimitteln

- (1) ¹Die Verordnung von Arzneimitteln liegt in der Verantwortung des Vertragsarztes. ²Die Genehmigung von Arzneimittelverordnungen durch die Krankenkasse ist unzulässig.
- (2) ¹Will der Vertragsarzt zu einer Verordnung ausschließen, dass die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben, hat er den Ausschluss durch Kennzeichnen des aut-idem-Feldes auf der Verordnung kenntlich zu machen. ²Der Ausschluss des Austausches des verordneten Arzneimittels durch ein preisgünstigeres Arzneimittel in der Apotheke ist nur aus medizinisch-therapeutischen Gründen zulässig.
- (3) ¹Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche Arzneimittel-Datenbanken einschließlich der zu ihrer Anwendung notwendigen elektronischen Programme (Software) nutzen, die die Informationen gemäß § 73

Abs. 9 SGB V enthalten und die von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis der jeweils aktuellen Anforderungskataloge für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen (Zertifizierung) sind. ²Es sind nur solche Arzneimittel-Datenbanken einschließlich der zu ihrer Anwendung notwendigen elektronischen Programme (Software) und ihrer Folgeversionen (Updates) zuzulassen, die dem Vertragsarzt eine manipulationsfreie Verordnung von Arzneimitteln ermöglichen. ³Alle zugelassenen elektronischen Programme erhalten eine Prüfnummer.

- (4) ¹Die Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann eine bereits zertifizierte Software einer erneuten Prüfung (Rezertifizierung oder außerordentliche Kontrollprüfung) unterziehen. ²Die außerordentliche Kontrollprüfung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung, dem GKV-Spitzenverband oder einer Krankenkasse beantragt werden. ³Der Antrag ist zu begründen. ⁴Ein bereits erteiltes Zertifikat kann in begründeten Fällen entzogen werden. ⁵Das gilt insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, dass die nach Abs. 3 zugelassenen Arzneimittel-Datenbanken und Software-Versionen bei der Anwendung durch den Vertragsarzt eine manipulationsfreie Verordnung von Arzneimitteln entsprechend den Zulassungskriterien nach Abs. 3 nicht gewährleisten.
- (5) ¹Der Vertragsarzt teilt der Kassenärztlichen Vereinigung in der Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung gem. § 35 Abs. 2 mit, welche nach Abs. 3 zugelassene Arzneimittel-Datenbank und zu ihrer Nutzung zugelassene Software angewendet wurde. ²In vorgenannter Quartalerklärung bestätigt der Vertragsarzt, dass er zur Verordnung von Arzneimitteln ausschließlich zertifizierte Arzneimittel-Datenbanken und Software-Versionen eingesetzt hat.
- (6) 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.
- (7) ¹Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Verordnung ausgeschlossen. ²Satz 1 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürfen.
- (8) 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.
- (9) Muss für ein Arzneimittel aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut ein Arzneimittel verordnet werden, ist die erneute Verordnung eines Arzneimittels oder eines vergleichbaren Arzneimittels auf einem separaten Arzneiverordnungsblatt vorzunehmen und zu kennzeichnen.

§ 29a
Medikationsplan

- (1) ¹Vertragsärzte haben auf Verlangen des Versicherten einen Medikationsplan nach § 31a SGB V in Papierform zu erstellen dem Versicherten zu erläutern und an den Versicherten auszuhändigen, sofern der Versicherte dauerhaft gleichzeitig mindestens drei zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete systemisch wirkende Arzneimittel¹ anwendet und die Anwendung nicht durch den Arzt erfolgt. ²Der Medikationsplan ist mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht und gegenüber dem Vertragsarzt den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V erlaubt. ³Davon unberührt bleiben abweichende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab. ⁴Von einer dauerhaften Anwendung ist auszugehen, wenn ein Arzneimittel zum Erreichen des Therapieziels über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen angewendet wird. ⁵Eine Gleichzeitigkeit im Sinne des Satzes 1 ist gegeben, sofern die Anwendung oder die pharmakologische Wirkung am gleichen Tag erfolgt. ⁶Ist Gleichzeitigkeit nach Satz 4 erst in der Zukunft gegeben, kann ein Medikationsplan erstellt und ausgehändigt werden.
- (2) ¹Bei der Erstellung des Medikationsplanes hat der Vertragsarzt grundsätzlich diejenigen Arzneimittel einzubeziehen, die er selbst verordnet hat. ²Von anderen Vertragsärzten verordnete Arzneimittel sind in den Medikationsplan aufzunehmen, sofern der Arzt ausreichend Kenntnis (z. B. durch eine Information gemäß Abs. 4) von diesen hat. ³Darüber hinaus enthält der Medikationsplan apothekenpflichtige Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, soweit diese dem Arzt bekannt sind, und deren Dokumentation im Medikationsplan medizinisch notwendig ist.
- (3) ¹Die Verpflichtung nach Abs. 1 Satz 1 ist grundsätzlich Aufgabe des an der Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Vertragsarztes. ²Vertragsärzte der fachärztlichen Versorgung unterliegen nur dann der Verpflichtung nach Abs. 1 Satz 1, sofern der Versicherte keinen an der Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Vertragsarzt für die Koordination seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beansprucht.
- (4) ¹An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte sind insbesondere gemäß § 73 Abs. 1b SGB V und § 24 Abs. 6 BMV-Ä verpflichtet, dem Vertragsarzt nach Abs. 3 Informationen zur Arzneimittelverordnung nach § 29 zu übermitteln, sofern der Versicherte in diese Übermittlung eingewilligt hat. ²Die Therapieverantwortung für die vom Vertragsarzt nach Satz 1 verordneten Arzneimittel liegt bei diesem. § 8 Abs. 4 der Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten.
- (5) ¹Vertragsärzte nach Abs. 3 sind verpflichtet, den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald die Medikation durch sie geändert wird oder sie ausreichend (z. B. durch eine Information gemäß Abs. 4) Kenntnis von einer Änderung erhalten haben. ²Neben den Vertragsärzten nach Absatz 3 ist gemäß § 31a Absatz 3 Satz 3 SGB V jeder weitere Vertragsarzt verpflichtet, den Medikationsplan zu aktualisieren und mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sobald die Medikation durch ihn geändert wird oder er ausreichend

¹ Unter systemisch wirkenden Arzneimitteln werden im Sinne des § 29a Arzneimittel verstanden, deren Hauptwirkung systemisch ist oder die gegebenenfalls wesentliche systemische Begleitwirkungen haben (z. B. Inhalativa zur Behandlung von COPD oder Asthma, Augentropfen zur Glaukombehandlung).

(z. B. durch eine Information gemäß Absatz 4) Kenntnis von einer Änderung erhalten hat und soweit der Versicherte dies wünscht und gegenüber dem Vertragsarzt den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V erlaubt.³Weitere Vertragsärzte können den Medikationsplan aktualisieren, sobald die Medikation durch sie geändert wird oder sie ausreichend (z. B. durch eine Information gemäß Abs. 4) Kenntnis von einer Änderung erhalten haben.

- (6) Die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans erfolgt in der durch die Partner der Vereinbarung nach § 31a Abs. 4 Satz 1 SGB V vorgegebenen Form.

§ 30

Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln

- (1) 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. Dies gilt nicht bei Diagnosen nach § 125a SGB V, soweit kein medizinisch begründeter Fall vorliegt, in dem der Vertragsarzt über die Auswahl des Heilmittels entscheidet.
- (2) Der Vertragsarzt darf Hilfsmittel, deren Verordnung zu Lasten der Krankenkassen nach Maßgabe des § 34 SGB V (Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen ist, nicht verordnen.
- (3) ¹Die Abgabe von Hilfsmitteln aufgrund der Verordnung eines Vertragsarztes bedarf der Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit deren Bestimmungen nichts Anderes vorsehen. ²Die Abgabe von Heilmitteln bedarf keiner Genehmigung. ³Die Krankenkasse hat ihre Versicherten soweit nötig im Einzelfall darüber zu unterrichten, welche Hilfsmittel genehmigungspflichtig sind.
- (4) 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.
- (5) Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Heilmitteln ab dem 01.01.2017 nur solche elektronischen Programme (Software) nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 SGB V (Heilmittel-Richtlinie) und über die besonderen Ordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 Satz 4 enthalten und die von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis des jeweils aktuellen Anforderungskatalogs (Anlage 29 BMV-Ä) für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind (Zertifizierung). Es sind nur solche elektronischen Programme (Software) einschließlich ihrer Folgeversionen (Updates) zuzulassen, die dem Vertragsarzt eine gemäß der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses formal gültige Verordnung von Heilmitteln ermöglichen. Alle zugelassenen elektronischen Programme erhalten eine Prüfnummer.
- (6) Die Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann eine bereits zertifizierte Software einer erneuten Prüfung (Rezertifizierung oder außerordentliche Kontrollprüfung) unterziehen. Die außerordentliche Kontrollprüfung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung, dem GKV-Spitzenverband oder einer Krankenkasse beantragt werden. Der Antrag ist zu begründen. Ein bereits erteiltes Zertifikat kann in begründeten Fällen

entzogen werden. Das gilt insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, dass die nach Absatz 5 zugelassenen Software-Versionen bei der Anwendung durch den Vertragsarzt die Verordnung von Heilmitteln entsprechend den Zulassungskriterien nach Absatz 6 nicht gewährleisten.

- (7) Der Vertragsarzt teilt der Kassenärztlichen Vereinigung in der Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung gemäß § 35 Abs. 2 mit, welche nach Absatz 5 zugelassene Software angewendet wurde. In vorgenannter Quartalserklärung bestätigt der Vertragsarzt, dass er zur Verordnung von Heilmitteln ausschließlich zertifizierte Software-Versionen eingesetzt hat.

§ 30a

Verordnung von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)

- (1) ¹Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von DiGA ab dem 01.07.2024 nur solche elektronischen Programme (Software) nutzen, die die Informationen gemäß § 73 Abs. 9 SGB V enthalten und die von der Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Basis des jeweils geltenden Anforderungskatalogs (Anlage 26) für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen (Zertifizierung) sind. ²Es sind nur solche elektronischen Programme (Software) einschließlich ihrer Folgeversionen (Updates) zuzulassen, die dem Vertragsarzt eine diskriminierungs- und manipulationsfreie Verordnung von DiGA ermöglichen. ³Alle zugelassenen elektronischen Programme erhalten eine Prüfnummer.
- (2) ¹Die Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann eine bereits zertifizierte Software einer erneuten Prüfung (Rezertifizierung oder außerordentliche Kontrollprüfung) unterziehen. ²Die außerordentliche Kontrollprüfung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung, dem GKV-Spitzenverband oder einer Krankenkasse beantragt werden. ³Der Antrag ist zu begründen. ⁴Ein bereits erteiltes Zertifikat kann in begründeten Fällen entzogen werden. ⁵Das gilt insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, dass die nach Absatz 1 zugelassenen Software-Versionen bei der Anwendung durch den Vertragsarzt die Verordnung von DiGA entsprechend den Zulassungskriterien nach Absatz 1 nicht gewährleisten.

§ 31

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

¹Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung darf nur auf Grund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen. ²Näheres bestimmen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

§ 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) ¹Abrechnungs- und Verordnungsvordrucke sowie Vordrucke für schriftliche Informationen werden als verbindliche Muster in der Vordruckvereinbarung (Anlage 2) festgelegt. ²Gegenstand der Vordruckvereinbarung sind auch die Erläuterungen zur Ausstellung der Vordrucke. ³Die 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 selbst in der Praxis erzeugt werden.
- (2) ¹Die Kosten für die Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen. ²Die 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) ¹Für die Ausstellung von Vordrucken im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung hat der Vertragsarzt die elektronische Gesundheitskarte zu verwenden.
²Sollte vom Versicherten die elektronische Gesundheitskarte im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung nach der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt werden oder die elektronische Gesundheitskarte aus technischen Gründen nicht lesbar sein, sind die versichertenbezogenen Daten im Rahmen eines Ersatzverfahrens auf die vereinbarten Vordrucke zu übernehmen. ³Den Umfang der manuell zu übernehmenden Daten regelt die Anlage 4a dieses Vertrages.
- (2) ¹Der Vertragsarzt hat bei der Ausstellung von Vordrucken die dazu gegebenen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung zu beachten. ²Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Vertragsarztstempel zu versehen und vom Arzt persönlich zu unterzeichnen. ³Die Unterschrift des abrechnenden Arztes auf dem einzelnen der Kassenärztlichen Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsschein kann entfallen, wenn er stattdessen eine Sammelerklärung abgibt, deren Wortlaut im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt wird.
- (3) Sofern kein vom Versicherten unterschriebener Abrechnungsschein vorliegt, muss die Sammelerklärung zusätzlich die Bestätigung enthalten, dass im betreffenden Quartal die elektronische Gesundheitskarte vorgelegen hat.
- (4) Vordrucke, die Bestandteil der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 2b BMV-Ä) sind, können digital erstellt, übermittelt und empfangen werden. Dabei sind die Vorgaben der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Anlage 2b BMV-Ä) einzuhalten.

§ 36
Schriftliche Informationen

- (1) ¹Der 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. ²Wird kein vereinbarter Vordruck verwendet, gibt die Krankenkasse an, gemäß welcher Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder anderer Rechtsvorschriften die Übermittlung der Information zulässig ist. ³Eine patientenbezogene mündliche Auskunft des Vertragsarztes ist nur zulässig, wenn der Arzt sich vergewissert hat, dass der Gesprächspartner berechtigt ist, die Information zu erhalten.
- (2) Der Vertragsarzt hat im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung sowie den bei ihr errichteten Gremien und den Prüfungseinrichtungen die für die Erfüllung ihrer Aufgaben im Einzelfall notwendigen Auskünfte - auch durch Vorlage der Behandlungsunterlagen - zu erteilen.
- (3) ¹Für schriftliche Informationen werden Vordrucke vereinbart. ²Vereinbarte 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. ³Der Vordruck enthält einen Hinweis darüber, ob die Abgabe der Information gesondert vergütet wird oder nicht. ⁴Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des EBM zu vergüten.
- (4) ¹Die Partner des Bundemantelvertrages werden die Vordrucke gemäß § 36 Abs. 3 in regelmäßigen Abständen auf ihre inhaltliche Richtigkeit sowie auf die Erforderlichkeit der anzugebenden Daten mit dem Ziel überprüfen, einen umfassenden, aber möglichst unbürokratischen Informationsfluss zu gewährleisten, um die Zahl formloser Anfragen von Krankenkassen auf das notwendige Maß zu begrenzen. ²Die Vertragspartner verständigen sich ferner auf geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von fehlerhaft bzw. unvollständig ausgefüllten Formularen, z. B. durch ein IT-gestütztes Qualitätsmanagement.
- (5) ¹Für formlose Anfragen, die auf die Erteilung von Auskünften, Bescheinigungen, Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachterlicher Fragestellung gerichtet sind, für deren Zweck jedoch kein gesonderter Vordruck vereinbart worden ist, wird ein vereinbartes Rahmenformular verwendet. ²In diesem Rahmenformular sind Angaben vorzusehen, aus denen dem Arzt der Grund und die Berechtigung für die Beantwortung der Anfrage ersichtlich wird. ³Für die Vergütung gilt Abs. 3. ⁴Das Rahmenformular ist kein Vordruck im Sinne des Abs. 3.
- (6) 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 Schweigepflichtentbindung berechtigt, die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- (7) Die Bestätigung (Stempel und Unterschrift) von gesundheitsbewusstem Verhalten bei Inanspruchnahme von Leistungen nach §§ 20, 25 und 26 SGB V in Bonusheften ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, soweit sich die Bestätigung auf eine ärztliche Leistung im selben Quartal bezieht; ein gesonderter Vergütungsanspruch besteht insoweit nicht.

§ 37
Vertragsarztstempel

- (1) ¹Der Vertragsarzt hat einen Vertragsarztstempel zu verwenden. ²Das 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 Berufsausübungsgemeinschaft, eines medizinischen Versorgungszentrums oder einer Einrichtung gemäß § 402 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) ¹Die zur Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind sorgfältig aufzubewahren. ²Der Arzt haftet für schuldhafte Verletzung seiner Sorgfaltspflicht.
- (5) Abweichend von Absatz 1 wird das Nähere zu den notwendigen arzt- und institutionenspezifischen Informationen auf digitalen Vordrucken in der Anlage 2b geregelt.

§ 37a
Betriebsstättennummer, Arztnummer

- (1) ¹In den vorgeschriebenen Fällen hat der Vertragsarzt die ihm von der Kassenärztlichen Vereinigung zugewiesene Betriebsstättennummer, gegebenenfalls eine Nebenbetriebsstättennummer sowie die Arztnummer zu verwenden. ²Satz 1 gilt entsprechend für die Anstellung von Ärzten.
- (2) ¹Wird der Arzt außerhalb des Bereichs der Kassenärztlichen Vereinigung tätig, die die Arztnummer vergeben hat, hat er der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich er die weitere Tätigkeit aufnimmt, vor Aufnahme der Tätigkeit seine Arztnummer mitzuteilen. ²Diese prüft die Richtigkeit der Angabe.
- (3) Die Regelung über die Verwendung der Arztnummer und der Betriebsstättennummer nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 gilt ab 1. Juli 2008.

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) ¹Der Vertragsarzt, der auf Basis des Honorarvertragsmodells nach § 121 Abs. 5 SGB V stationäre Leistungen in einer Belegabteilung erbringt, teilt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Tätigkeit im Rahmen des Honorarvertragsmodells mit. ²Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt diese Angaben an die Verbände der Krankenkassen.
- (3) ¹Die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden. ²Er muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.
- (4) Die Anerkennung als Belegarzt kann auch für mehrere Krankenhäuser ausgesprochen werden.
- (5) 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; hat der Arzt mehrere Betriebsstätten, gilt dies für die Betriebsstätte, in welcher hauptsächlich die vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.
- (6) ¹Die Belegärzte sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten. ²Der Bereitschaftsdienst kann in zwei Formen wahrgenommen werden:

1. Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende 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 (§ 121 Abs. 3 SGB V). Das Nähere regeln die Partner auf Landesebene. 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 Krankenkasse.

2. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein zusätzliches Entgelt gezahlt; dieser ist mit der Abrechnung der belegärztlichen Leistungen auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet. 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 in räumlicher Nähe dieser Belegabteilung liegt.
- (1a) ¹Vertragsärztliche Anästhesisten können als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig sein. ²Absatz 3 gilt insoweit nicht.
- (2) ¹Über die Anerkennung als Belegarzt entscheidet die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen. ²Die Ziele der Krankenhausplanung sind zu berücksichtigen.
- (3) ¹Dem Antrag ist eine Erklärung des Krankenhauses über die Gestattung belegärztlicher Tätigkeit und die Zahl der zur Verfügung gestellten Betten beizufügen. ²Die Erklärung wird den Verbänden der Krankenkassen zur Kenntnis gegeben.
- (4) ¹Die 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. ²Die Verbände der Krankenkassen sind vom Ende der Anerkennung zu benachrichtigen. ³Ist ein Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung angeordnet, ruht auch die belegärztliche Tätigkeit.
- (5) ¹Die Anerkennung als Belegarzt ist durch die Kassenärztliche Vereinigung zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. ²Die 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. ³Die Entschei-

derung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dem Vertragsarzt und den Verbänden der Krankenkassen mitzuteilen.

- (6) Der Widerruf der Anerkennung kann auch von den Verbänden 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 elektronische Gesundheitskarte nicht vor oder ist sie aus technischen Gründen nicht lesbar, finden die Regelungen des Ersatzverfahrens Anwendung.
- (4) Vereinbart der Versicherte mit dem Belegarzt Privatbehandlung gem. § 18 Abs. 8, 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 elektronischen Gesundheitskarte oder im Rahmen des Ersatzverfahrens ausgestellten und im Feld „bei belegärztlicher Behandlung“ gekennzeichneten 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

Blankoformularbedruckungsverfahren

- (1) ¹Die 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. ²Jede zertifizierte Software erhält eine Prüfnummer. ³Der Einsatz der zertifizierten Software ist gebunden an die jeweils in die Zertifizierung einbezogenen Formularemuster. ⁴Die Prüfnummer ist maschinell auf das Formular zu übertragen.
- (2) ¹Informationen über auftretende Probleme werden an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung weitergeleitet. ²Diese prüft den Sachverhalt und weist den Vertragsarzt bei Bedarf auf die vorschriftsgemäße Nutzung der Blankoformularbedruckung hin. ³Hinweise zu Problemen, die aus der eingesetzten Software resultieren, werden an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergeleitet.
- (3) ¹Die Prüfstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kann eine bereits zertifizierte Software einer erneuten Prüfung (außerordentliche Kontrollprüfung) unterziehen. ²Die außerordentliche Kontrollprüfung kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenkasse beantragt werden. ³Ein bereits erteiltes Zertifikat kann in begründeten Fällen entzogen und eine erteilte Genehmigung widerrufen werden. ⁴Das gilt insbesondere dann, wenn der Verdacht besteht, dass die Kriterien für eine ordnungsgemäße Rechnungslegung des Vertragsarztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gewährleistet sind. ⁵Der Antragsteller wird über das Ergebnis der Prüfung unterrichtet.

§ 43

Ausschuss zur EDV-Anwendung bei der Abrechnung

Der GKV-Spitzenverband 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 Datenaustausch zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

§ 44

Sonstige Abrechnungsregelungen

- (1) Der Vertragsarzt hat ergänzende Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung zu beachten.
- (2) Nicht vollständig ausgefüllte Überweisungsscheine für ambulante vertragsärztliche Behandlung können von der Abrechnung ausgeschlossen werden.
- (3) Die Verwendung von Aufklebern, Stempeln und anderen Aufdrucken, mit denen katalogartig Diagnosen und/oder Leistungspositionen des EBM 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.

- (4) Die Diagnosen auf den Abrechnungsvordrucken und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sowie auf den Bescheinigungen für die Krankengeldzahlung sind unter Verwendung der jeweils vorgeschriebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu verschlüsseln.
- (5) ¹Abrechnungen 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.
²Dies gilt insbesondere für die in der elektronischen Gesundheitskarte enthaltenen Daten sowie die Arzt- und Betriebsstättennummer, die – mit Ausnahme im Ersatzverfahren – maschinell auf die Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung zu übertragen sind, und die verschlüsselten Diagnosen.
- (6) ¹Die 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. ²Der Vertragsarzt wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. ³Die rechnungsbegründenden Unterlagen, wie z. B. die Originalrechnungen, sind bei der rechnungsbegleichenden Stelle einzureichen. ⁴Die Bestimmung der rechnungsbegleichenden Stelle ist durch die Partner der Gesamtverträge zu regeln. ⁵Die einzureichenden Unterlagen müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:
- Name des Herstellers
 - Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
 - Versichertennummer des Patienten, im Rahmen dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden.
- ⁶Über die Notwendigkeit weiterer für die Prüfung der Abrechnung erforderlicher Angaben (z. B. die GOP der erbrachten Leistungen, den ICD, den OPS und das Datum der Leistungserbringung) entscheidet die rechnungsbegleichende Stelle. ⁷Der 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. ⁸Der Vertragsarzt bestätigt dies durch Unterschrift gegenüber der rechnungsbegleichenden Stelle. ⁹Die Partner der Gesamtverträge können abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.
- (7) ¹Bei der Abrechnung sind die vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe der von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgeschriebenen Regelungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten zu kennzeichnen. ²Satz 1 gilt entsprechend für die Anstellung von Ärzten.
- (8) ¹Die für die Finanzierung des Sprechstundenbedarfs und der Impfstoffe erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen derselben Kassenart mit Mitgliedern mit Wohnsitz im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung aufgebracht. ²Das Nähere zur Umsetzung dieses Grundsatzes und zu weiteren erforderlichen Regelungen vereinbaren die Verbände der Krankenkassen.

12. Abschnitt – Prüfung der Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, Sonstiger Schaden

§ 45

Abrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung)

- (1) Der Vertragsarzt bestätigt, dass die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind (§ 15), und dass die Abrechnung sachlich richtig ist.
- (2) Leistungen, deren Abrechnung aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen oder Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 135 Abs. 2 SGB V) an die Erfüllung besonderer Voraussetzungen geknüpft ist, werden nur vergütet, wenn der Vertragsarzt die Erfüllung dieser Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen hat und - soweit vorgesehen - eine Genehmigung erteilt wurde.
- (3) ¹Der Kassenärztlichen Vereinigung obliegt die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. ²Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerks.
- (4) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. ²Die Gesamtverträge regeln das Nähere über das Antragsrecht der Krankenkassen für nachgehende sachlich-rechnerische Berichtigungen, insbesondere die dazu vorgesehenen Fristen.
- (5) Im Übrigen gelten neben den gesamtvertraglichen Regelungen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V in der jeweiligen gültigen Fassung.

§ 46

Plausibilitätskontrollen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen führen Plausibilitätsprüfungen gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen gemäß § 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V sowie nach den ergänzenden gesamtvertraglichen Regelungen durch.

§ 47

Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die vertragsärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen nach § 106c SGB V überwacht.
- (2) Bei der Prüfung der vertragsärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise ist die Wirtschaftlichkeit der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen.
- (3) ¹Sofern der Vertragsarzt an verschiedenen Betriebsstätten und/oder Nebenbetriebsstätten tätig ist, wird für die Beurteilung der Behandlungs- und Verord-

nungsweise seine Tätigkeit an allen Betriebsstätten einbezogen, es sei denn, es handelt sich um Fälle der Verordnung von Versicherungsleistungen bei Mitgliedern einer Berufsausübungsgemeinschaft, welche in Bereichen mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen tätig ist. ²Die Partner der Prüfvereinbarungen regeln Ausnahmen für Fälle einer weiteren Zulassung des Vertragsarztes oder seiner Tätigkeit in unterschiedlichen Berufsausübungsgemeinschaften oder in unterschiedlichen statusrechtlichen Verhältnissen.

§ 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 § 106c 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) ¹Macht eine Krankenkasse einen Schaden geltend, der ihr dadurch entstanden ist, dass sie der Vertragsarzt auf den Abrechnungs- oder Verordnungsunterlagen fälschlicherweise als Kostenträger angegeben hat, so ist auf Antrag dieser Krankenkasse ein Schadenersatzanspruch durch die Kassenärztliche Vereinigung festzustellen.
²Voraussetzung 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.
- (4) Lag der Leistungserbringung oder -verordnung eine unzulässige Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte zugrunde, so ist ein Schadenersatzanspruch nach Absatz 3 gegen den Vertragsarzt grundsätzlich ausgeschlossen, es sei denn, die Entstehung des Schadens lag in diesen Fällen im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes.
- (5) Die Kassenärztliche Vereinigung hat einen Schadenersatzanspruch gegen die Krankenkasse, deren elektronische Gesundheitskarte für die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung in unzulässiger Weise verwendet worden ist, in der Höhe des an den Vertragsarzt gezahlten Honorars, wenn
 - die Entstehung des Schadens nicht im Verantwortungsbereich des Vertragsarztes lag,
 - die Kassenärztliche Vereinigung und der Vertragsarzt vorsorglich eventuelle Schadenersatzansprüche gegen den Patienten abgetreten haben und
 - die Krankenkasse nicht nachweisen kann, dass eine Kassenärztliche Vereinigung für diesen Versicherten einen Anteil an der Gesamtvergütung erhal-

ten hat.

§ 49

Prüfung und Feststellung von Schadenersatzansprüchen durch Schlichtungsstellen

- (1) ¹Schadenersatzansprüche, 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. ²Dies 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) ¹Die Schlichtungsstelle ist paritätisch aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen zu besetzen. ²Über die Zusammensetzung der Schlichtungsstelle im Einzelnen werden Regelungen im Gesamtvertrag geschlossen.
- (3) ¹Der Schlichtungsvorschlag ergeht mit der Mehrheit der Mitglieder der Schlichtungsstellen. ²Der Schlichtungsvorschlag ist für die Beteiligten bindend. ³Der 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) ¹Wird die Schlichtungsstelle nicht angerufen oder kommt ein Schlichtungsvorschlag nicht zustande, ist das Schlichtungsverfahren gescheitert. ²In diesem Falle bleibt der Krankenkasse die gerichtliche Durchsetzung ihres Anspruchs unbenommen.

§ 50

Schadenersatzansprüche wegen Behandlungsfehler

¹Schadenersatzansprüche, 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. ²Ansprüche der Versicherten und der Krankenkassen richten sich nach Bürgerlichem Recht (§§ 66 und 76 Abs. 4 SGB V, § 116 SGB X). ³Die Krankenkasse kann in diesen Fällen eine Schlichtung beantragen. ⁴Die Kassenärztliche Vereinigung bestellt im Einvernehmen mit der Krankenkasse unabhängige med. Sachverständige, die den Fall beurteilen. ⁵Für 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

¹Unbeschadet bestehender gesamtvertraglicher Regelungen können Schadenersatzansprüche nach §§ 48 und 49 nicht gestellt werden, wenn der Schadensbetrag

pro Vertragsarzt, Krankenkasse und Quartal 30,00 EUR unterschreitet. ²Für 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

¹Die 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. ²Erhöht 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.
- (2) ¹Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung nach Maßgabe der Gesamtverträge und der in Formblatt 3 festgelegten Kriterien an die Kassenärztlichen Vereinigungen. ²Den Inhalt des Formblattes 3 vereinbaren die Vertragspartner.
- (3) ¹Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V oder § 87a SGB V vereinbarten Vergütungen unter den nachstehenden Voraussetzungen teilweise zurückbehalten. ²Das Zurückbehaltungsrecht setzt eine schuldhafte, noch andauernde und erhebliche Verletzung des Sicherstellungsauftrags voraus. ³Die Krankenkasse hat konkret zu benennen, in welcher Weise und in welchem Umfang die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachgekommen ist und in welcher Höhe sie beabsichtigt, die vereinbarte Vergütung teilweise zurückzubehalten. ⁴Fälle der Unterversorgung nach § 100 SGB V oder des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs begründen kein Zurückbehaltungsrecht, es sei denn, die Kassenärztliche Vereinigung ist den ihr insoweit obliegenden Pflichten schuldhaft nicht nachgekommen und die Krankenkasse hat den in § 105 Abs. 1a SGB V vorgesehenen Betrag in den Strukturfonds entrichtet, sofern die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds gebildet hat. ⁵Die Höhe der zurückbehaltenen Gesamtvergütung hat dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu entsprechen. ⁶Die Krankenkasse hat die Absicht, Teile der Gesamtvergütung zurückzubehalten, der Kassenärztlichen Vereinigung anzukündigen und ihr eine Frist von vier Wochen einzuräumen, dazu Stellung zu nehmen bzw. Abhilfe zu schaffen. ⁷Abweichend hiervon ist eine kürzere Frist zur Stellungnahme bzw. Abhilfe zulässig, wenn die Versorgung des überwiegenden Teils der betroffenen Versicherten der Krankenkasse gefährdet ist. ⁸Hilft die Kassenärztliche Vereinigung der angezeigten Verletzung des Sicherstellungsauftrags ab, entfällt das Recht zur Ausübung der Zurückbehaltung. ⁹Ist keine Abhilfe erfolgt und liegt auch unter Berücksichtigung der Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung eine schuldhafte Pflichtverletzung vor, kann die Krankenkasse Teile der Gesamtvergütung in der angezeigten Höhe einbehalten. ¹⁰Nach Abstellung der Verletzung des Sicherstellungsauftrags, sind die zurückbehaltenen Beträge an die Kassenärztliche Vereinigung auszuzahlen. ¹¹Bei unrechtmäßiger Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zahlt die Krankenkasse ab dem Zeitpunkt der Zurückbehaltung Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden. ¹²Soweit der Krankenkasse aufgrund der Pflichtverletzung Schäden entstanden sind, können sich daraus ergebende Ansprüche mit den auszuzahlenden Beträgen aufgerechnet werden; es können abweichende gesamtvertragliche Regelungen getroffen werden.

§ 55

Abrechnungsunterlagen und Datenträgeraustausch

Die Aufbereitung der Abrechnungsunterlagen sowie das Nähere über den Datenaustausch 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, 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 Erfassung und den Nachweis der Ausgaben für 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 EBM beziehen - werden die Krankenkassen auf deren Verlangen informiert.
- (4) Das Nähere zu Abs. 1, 2 und 3 wird im Gesamtvertrag geregelt.
- (5) ¹Die Anspruchsnachweise werden den Krankenkassen nach erfolgter Abrechnung zur Verfügung gestellt. ²Näheres 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) ¹Die 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. ²Sofern die Aufzeichnungen elektronisch dokumentiert worden sind, hat der Vertragsarzt dafür Sorge zu tragen, dass sie innerhalb der Aufbewahrungszeit verfügbar gemacht werden können.

§ 57a

Diagnosekodierung, Verwendung Ersatzwert

- (1) Gemäß § 295 SGB V sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen bei ärztlicher Behandlung Diagnosen aufzuzeichnen und verschlüsselt nach der jeweils vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10-GM) zu übermitteln.
- (2) In den nachfolgend aufgeführten Konstellationen kann anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-10-Kode Z01.7 Laboruntersuchung angegeben werden:
 1. Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen spezielle Regelungen getroffen.
 2. Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

§ 58

Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden

- (1) ¹Liegen 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. ²Bei

Hinweisen auf drittversursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung, einer Vergewaltigung oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.³Bei Hinweisen auf drittversursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung einer oder eines volljährigen Versicherten sein können, besteht die Mitteilungspflicht nach Satz 1 nur dann, wenn die oder der Versicherte in die Mitteilung ausdrücklich eingewilligt hat.⁴Für die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen, die nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die erforderlichen Angaben versichertenbezogen.

- (2) ¹Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass sich Versicherte eine Krankheit durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. ²Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.
- (3) Anhaltspunkte im Sinne der Absätze 1 und 2 liegen vor, wenn sie auf konkreten Tatsachen beruhen, die z. B. durch eindeutige Befunde oder Berichte gestützt werden können.

§ 59

Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

- (1) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirkes und deren Verbänden regelmäßig ein Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
²Das Verzeichnis enthält die Namen der Ärzte (Institute) sowie Angaben über deren Gebietsbezeichnung (Gebietsbezeichnung des ärztlichen Leiters des Instituts), Betriebsstätte, Sprechzeiten und Telefonnummer. ³Ärzte, 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 auf Verlangen 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) ¹Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Verbandes der Krankenkassen gegen einen Vertragsarzt wegen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Verband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens. ²Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Verbände auch über Disziplinarmaßnahmen, die von ihr bean-

trägt worden sind, soweit das Verhältnis des Vertragsarztes zu den Krankenkassen berührt wird.

- (3) ¹Die 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. ²Die Krankenkasse soll dies der Kassenärztlichen Vereinigung vor einer Befragung mitteilen. ³Bei 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. ⁴Eine ausschließlich fernmündliche Befragung ist unzulässig. ⁵Die Kassenärztliche Vereinigung wird über das Ergebnis der Befragung unterrichtet. ⁶Diese unterrichtet in geeigneter Weise den Vertragsarzt. ⁷Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 61

Statistische Auswertung der Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband tauschen die Ergebnisse der statistischen Auswertung bei den Früherkennungsmaßnahmen aus.

15. Abschnitt – Medizinischer Dienst

§ 62

Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst

- (1) ¹Der Medizinische Dienst 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. ²Er hat das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Krankenkasse mitzuteilen. ³Er ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung abweicht, verpflichtet, dem Vertragsarzt das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen. ⁴Im Falle einer Begutachtung nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V muss der betroffene Versicherte in die Übermittlung des Ergebnisses an den Vertragsarzt eingewilligt haben. ⁵Fordert der Vertragsarzt die Übermittlung der wesentlichen Gründe für das Ergebnis einer Begutachtung, muss er die Einwilligung des Versicherten einholen und dem Medizinischen Dienst vorlegen. ⁶In den Fällen nach Satz 5 ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung der wesentlichen Gründe verpflichtet.
- (2) ¹Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten angefordert, so sind die Vertragsärzte verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. ²Für die Übermittlung der versichertenbezogenen Daten an den Medizinischen Dienst stellt die Krankenkasse den Vertragsärzten einen vollständig vorausgefüllten Weiterleitungsbogen (Muster 86) zur Verfügung. ³Für den Versand der Unterlagen an den Medizinischen Dienst stellt die Krankenkasse dem Vertragsarzt einen Freiumschlag zur Verfügung.
- (3) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist vorbehaltlich der Bestimmung in Abs. 4 verbindlich.
- (4) ¹Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem Medizinischen Dienst Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der Medizinische Dienst 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. ²Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der Medizinische Dienst mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

§ 63

Vertragsausschuss

- (1) Die Vertragspartner bilden einen Vertragsausschuss.
- (2) Der Vertragsausschuss hat die Aufgabe, Beschlüsse der Vertragspartner über die verbindliche Auslegung des Vertrages sowie Entscheidungen in grundsätzlichen Fragen, die für die Durchführung des Vertrages von Bedeutung sind, vorzubereiten.

16. Abschnitt – Inkrafttreten, Kündigung

§ 64

Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung

- (1) ¹Dieser Vertrag tritt am 1. Oktober 2013 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft. ²§ 48 Abs. 5 gilt nur für vertragsärztliche Leistungen, die nach Inkrafttreten dieses Vertrages erbracht wurden.
- (2) Gleichzeitig treten außer Kraft
 1. der Bundesmantelvertrag Ärzte vom 1. Januar 1995,
 2. der Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen vom 1. Juli 1994.

§ 65

Kündigung

- (1) ¹Dieser Vertrag kann von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband insgesamt oder in Teilen gekündigt werden. ²Die Kündigungsfrist beträgt sechs Monate zum Schluss eines Kalenderjahres. ³Die Kündigung hat durch eingeschriebenen Brief zu erfolgen.
- (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.

Protokollnotizen zum Bundesmantelvertrag – Ärzte

Protokollnotiz zu § 18 Abs. 4 bis 7a und Anlage 18

Für bis zum 31.12.2018 aufgetretene Fälle zur Umsetzung der Kostenerstattung und des Kostennachweises im Zusammenhang mit der Durchsetzung der Zahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V gelten die Regelungen der § 18 Abs. 4 bis 7a BMV-Ä und der Anlage 18 in der jeweils bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung.

Protokollnotiz zu § 18 Abs. 5

Die Kassenärztliche Vereinigung soll sich soweit möglich im Rahmen des Verwaltungsverfahrens über das Vorgehen in geeigneter Weise mit der jeweiligen Krankenkasse abstimmen. Bereits bestehende Vereinbarungen zur Abstimmung sollen fortgeführt werden.

Protokollnotiz zu § 19 Abs. 2 und 3

Unter der Voraussetzung, dass die verpflichtende Aktualisierung der Versichertenstammdaten gemäß § 291 Abs. 2b SGB V bestehen bleibt, § 291 Abs. 4 Satz 1, 5 und 6 SGB V geändert werden und eine Sperrung der elektronischen Gesundheitskarte durch die gesetzlichen Krankenkassen technisch realisiert wird, vereinbaren die Partner des Bundesmantelvertrages, § 19 Abs. 2 Satz 4 und Abs. 3 Satz 4 dahingehend zu ändern, dass anstelle des Einzugs die Sperrung durch die Krankenkassen erfolgt.

Protokollnotiz zu §29a

Die Regelung in § 29a BMV-Ä wird fortentwickelt, sobald die Vorgaben und Anforderungen an die Arzneimitteltherapiesicherheit umzusetzen sind.

Protokollnotiz zu § 37a und § 44 Abs. 6 (Stand: 1. Juli 2008)

1. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird vor jeder zukünftigen Änderung der Richtlinie zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummer (§ 75 Abs. 7 i. V. m. § 293 Abs. 4 SGB V) den GKV-Spitzenverband rechtzeitig informieren und Änderungen mit dem GKV-Spitzenverband abstimmen.
2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird vor Änderungen der Technischen Richtlinie zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz den GKV-Spitzenverband rechtzeitig informieren.

Protokollnotiz zu § 37 und 37a (Stand: 1. Juli 2008)

Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- sowie Heil- und Hilfsmitteln ist jeder Arzt einer versorgungsbereichs- und fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaft, der nur an einem Ort tätig ist, unabhängig von der gemäß § 37a Abs. 1 BMV-Ä angegebenen Arztnummer, unterschriebenberechtigt.

Protokollnotiz 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 zugrunde zu legen ist. Sie bekräftigen ihre gemeinsame Absicht zur Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens.

Protokollnotiz 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.

Protokollnotiz zu § 62 Abs. 2
(Stand: 1. Januar 2017)

„Die Vertragspartner werden 1 Jahr nach Inkrafttreten der Regelung in § 62 Abs. 2 die praktischen Erfahrungen mit den im Zusammenhang mit der Umstellung des Umschlagsverfahrens vereinbarten Verfahren auswerten und hieraus notwendige Anpassungen im Hinblick auf den Weiterleitungsbogen und das Verfahren zur Bereitstellung von Freiumschlägen ableiten.“