

Vertrag

**über die ärztliche Behandlung der Mitglieder
der Postbeamtenkasse, die der
Mitgliedergruppe A angehören***

vom 20. September 1983

Gültig ab: 1. Januar 1989

* zuletzt geändert durch die 16. Nachtragsvereinbarung vom 08.06.2021.
Inkrafttreten: 01.07.2021.

Inhalt:

§ 1 Zweck	3
§ 2 Mitgliederkreis	3
§ 3 Am Vertrag beteiligte Ärzte (Vertragsärzte)	4
§ 4 Beendigung der Beteiligung.....	5
§ 5 Abgrenzung der vertragsärztlichen Behandlung.....	5
§ 6 Arztwahl.....	6
§ 7 Krankenversichertenkarte/Vordrucke	6
§ 8 Inanspruchnahme vertragsärztlicher Behandlung	7
§ 9 Stationäre Krankenhausbehandlung	7
§ 10 Behandlungs- und Verordnungsweise	7
§ 11 Vergütungsregelung	8
§ 12 Abrechnung	9
§ 13 Honorarzahlung	9
§ 14 Durchführung des Vertrages.....	10
§ 15 Vertragsdauer und Kündigung.....	10
§ 16 Übergangsbestimmungen.....	10
Anlage A zum Vertrag	11
Protokollnotiz zur 8. Nachtragsvereinbarung vom 06. Februar 1996.....	12

Zwischen

der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK),

Körperschaft des öffentlichen Rechts, Stuttgart,

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),

Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln,

wird folgender **Vertrag** geschlossen:

§ 1 Zweck

1. Gegenstand dieses Vertrages ist die ärztliche Versorgung der Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse und ihrer mitversicherten Angehörigen.
2. Soweit sich Vorschriften dieses Vertrages einschließlich der Anlage auf Vertragsärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sich aus den nachstehenden Vorschriften nichts abweichendes ergibt.
3. Insbesondere folgende Vorschriften finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung:
§ 6 Absätze 2 und 3
§ 9
§ 10 Absatz 2, Sätze 3 und 4 (Regelungen zu Verordnungen und Bescheinigungen)

§ 2 Mitgliederkreis

1. Die Gruppe A der Mitglieder der PBeaKK umfaßt die Beamten und Ruhestandsbeamten (Besoldungsgruppen A 2 bis A 6) und ihre Hinterbliebenen sowie auf Antrag die Ruhestandsbeamten und Hinterbliebenen anderer Besoldungsgruppen, soweit dies die Satzung der PBeaKK in Ausnahmefällen*) zuläßt. Die Einbeziehung anderer Personengruppen in die Gruppe A wirkt sich nur dann auf diesen Vertrag aus, wenn darüber vorher das Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern herbeigeführt ist.

*) Ausnahmefälle liegen dann vor, wenn die monatlichen Versorgungsbezüge ohne Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, die Dienstbezüge eines Beamten in der ersten Dienstalterstufe der Besoldungsgruppe A 7 unterschreiten. Außerdem können B-Mitglieder aus Anlass einer Pflegebedürftigkeit bei einer notwendigen dauernden Unterbringung in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie Pflegeheimen in die Mitgliedergruppe A wechseln. Dies gilt auch für B-Mitglieder, die wegen der Unterbringungskosten in Alten- und Pflegeheimen Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, so daß ihnen nur noch das gesetzlich zustehende Taschengeld zur Verfügung steht.

2. Dieser Vertrag erstreckt sich nicht auf die ärztliche Behandlung der den übrigen Gruppen der PBeaKK angehörenden Mitglieder sowie ihrer mitversicherten Angehörigen. Die PBeaKK stellt sicher, daß Krankenversichertenkarten nur an Mitglieder der Gruppe A ausgegeben werden. Bei Ausgabe an Mitglieder der anderen Gruppen der PBeaKK haftet die PBeaKK dem Arzt gegenüber für einen daraus entstehenden Schaden.

§ 3 Am Vertrag beteiligte Ärzte (Vertragsärzte)

1. An diesem Vertrag kann ein Arzt beteiligt werden,
 - a) der in ein Arztregister eingetragen ist und
 - b) der in eigener Praxis niedergelassen ist, seine Tätigkeit ganz oder überwiegend freiberuflich ausübt und nicht auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses seine Arbeitskraft überwiegend einem oder mehreren Dritten (z. B. Krankenhäusern, Kliniken, Instituten, Betrieben, Behörden (Körperschaften und Versicherungsträgern) zur Verfügung stellen muss und
 - c) in dessen Person oder Verhalten keine Mängel liegen, die ihn als Vertragsarzt ungeeignet erscheinen lassen.
2. Darüber hinaus kann auch ein in ein Arztregister eingetragener leitender Arzt eines Krankenhauses für die Dauer seiner Tätigkeit in diesem Krankenhaus beteiligt werden.
3. Die Voraussetzung für die Beteiligung ist die Abgabe folgender schriftlicher Erklärung durch den Arzt gegenüber der für seinen Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV):

"Ich bin bereit, zu den Bedingungen des zwischen der Postbeamtenkrankenkasse und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Vertrages über die ärztliche Versorgung der Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse und ihrer mitversicherten Angehörigen tätig zu werden, den Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung und die zu seiner Durchführung erlassenen Bestimmungen als für mich verbindlich anzuerkennen."
4. Die KV entscheidet über den Antrag auf Beteiligung.
5. Die KV übersendet der für ihren Bezirk zuständigen Bezirksstelle der PBeaKK auf deren Anforderung eine ausreichende Anzahl von Verzeichnissen der am Vertrag jeweils beteiligten Ärzte.
6. Im Rahmen der in § 5 festgelegten ärztlichen Behandlung wird die PBeaKK Nichtärzte, Nichtvertragsärzte, Krankenhäuser und Institute weder vertraglich noch auf andere Weise an der Versorgung der A-Mitglieder und ihrer mitversicherten Angehörigen für untersuchende, beratende und behandelnde Tätigkeiten beteiligen.

Ausnahmen sind im Einvernehmen zwischen der PBeaKK und der für den Ort der Ausführung zuständigen KV möglich.

§ 4 Beendigung der Beteiligung

1. Die Beteiligung nach diesem Vertrag endet
 - a) durch den Tod des Vertragsarztes,
 - b) bei Wegzug aus dem Ort, für den die Beteiligung ausgesprochen wurde,
 - c) durch eine schriftliche Verzichtserklärung des Vertragsarztes gegenüber der KV.
2. Die Beteiligung nach diesem Vertrag ist von der KV zu widerrufen, wenn der Vertragsarzt die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt, seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine Pflichten aus diesem Vertrag gröblich verletzt.

§ 5 Abgrenzung der vertragsärztlichen Behandlung

1. Zur ärztlichen Behandlung nach diesem Vertrag gehören die ambulante Behandlung sowie die belegärztliche Behandlung.

Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch:

- a) Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- b) die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern,
- c) die Anwendung der Psychotherapie,
- d) die Maßnahmen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
- e) die Maßnahmen zur Empfängnisregelung sowie zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und zur nicht rechtswidrigen Sterilisation gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung.

Leistungen nach diesem Vertrag sind auch die nach Maßgabe besonderer vertraglicher Regelungen mit den Ersatzkassen vereinbarten Leistungen. Für die psychotherapeutische Behandlung gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen entsprechend. Dies gilt auch für die Regelungen zur Qualitätssicherung.

2. Nimmt ein A-Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger die persönliche ärztliche Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte eines Krankenhauses als gesondert berechnungsfähige Leistungen nach § 22 der Bundespflegesatzverordnung in Anspruch, so gelten die Bestimmungen des Vertrages nicht; der Arzt ist dann nicht an die Gebührenreglung dieses Vertrages gebunden.
3. Zur Ausführung von Röntgenleistungen und zur Anwendung von radioaktiven Stoffen sind nur Vertragsärzte berechtigt, die eine genügende Ausbildung und die Verwendung einer ausreichenden Apparatur nachweisen können. Wenn Vertragsärzte die Erlaubnis haben, solche Verrichtungen bei Versicherten gesetzlicher Krankenkassen vorzunehmen, gilt für sie der Nachweis als erbracht.
4. Nicht Gegenstand dieses Vertrages ist die Behandlung von nach dem Bundesversorgungsgesetz anerkannten Schädigungsfolgen, von Schädigungsfolgen, deren Heilbehandlung nach gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Opferentschädigungsgesetz und Bundesseuchengesetz) in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes

erfolgt, von Dienstunfällen und von Unfällen, für die ein gesetzlicher Unfallversicherungsschutz nach dem SGB VII besteht.

5. Bescheinigungen, die für Zwecke des Arbeitgebers benötigt werden (ausgenommen Dienstunfähigkeitsbescheinigungen), sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 6 Arztwahl

1. Den Anspruchsberechtigten steht in jedem Krankheitsfall die Wahl unter den am Vertrag beteiligten Ärzten frei. Sie dürfen bei dieser Wahl in keiner Weise beeinflusst werden.
2. Der Vertragsarzt kann die Behandlung in der Wohnung des Kranken ablehnen, wenn diese außerhalb seines üblichen Tätigkeitsbereiches liegt.
3. Der Kranke kann sich in seiner Wohnung nur durch einen der nächsterreichbaren Vertragsärzte behandeln lassen. Wird ein anderer Vertragsarzt in Anspruch genommen, so hat der Anspruchsberechtigte die Mehrkosten zu tragen.
4. Außer in Notfällen dürfen innerhalb des im § 5 festgelegten Rahmens andere als die am Vertrag beteiligten Ärzte von den A-Mitgliedern und ihren mitversicherten Angehörigen zu Lasten der PBeaKK nicht in Anspruch genommen werden.

§ 7 Krankenversichertenkarte/Vordrucke

1. Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind alle Versicherten, die ihre Anspruchsberechtigung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nachweisen. Das A-Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger ist verpflichtet, die Krankenversichertenkarte bei jeder Inanspruchnahme mit sich zu führen. Die PBeaKK wird ihre Mitglieder in geeigneter Weise unterrichten.
2. Falls dem Vertragsarzt die Krankenversichertenkarte bei der ersten Inanspruchnahme nicht vorgelegt wird, kann er vom Versicherten nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangen. Wird dem Vertragsarzt bis zum Ende des Quartals die Krankenversichertenkarte vorgelegt, ist die entrichtete Vergütung zurückzuzahlen. Kann die Krankenversichertenkarte nicht eingesehen werden, kann der Vertragsarzt ein Ersatzverfahren durchführen. 2.5, 2.6 und 2.7 der Anlage 4a zum BMV-Ä gelten entsprechend.
3. Überweist ein Vertragsarzt den Kranken an einen anderen beteiligten Arzt (eine Überweisung an einen Arzt desselben Fachgebietes ist grundsätzlich nicht statthaft), so geschieht dies auf einem Überweisungsschein, notfalls auf einem Verordnungsblatt. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelten Konsiliarverfahrens vornehmen.
4. Die Zulassung der PBeaKK zum Krankenversichertenkartenverfahren sowie dessen Handhabung richtet sich nach der hierzu gesondert zwischen der KBV und der PBeaKK geschlossenen Vereinbarung.
5. Durch Vertragsärzte sind die Vordrucke für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung zu verwenden; die entsprechenden Vorgaben insbesondere der Anlagen 1, 2 und 2a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte sind einzuhalten.

6. Die Vertragsärzte stellen Arzneimittelverordnungen in elektronischer Form erst ab dem Zeitpunkt aus, zu dem die PBeaKK den Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte mit den Anwendungen der Telematikinfrastruktur zur Verfügung gestellt hat. Die Anforderungen zum digitalen Vordruck bei diesen elektronischen Verordnungen ergeben sich aus Anlage 2b des Bundesmantelvertrages-Ärzte.
7. Für die Verordnung von Arzneimitteln ist Muster 16 zu verwenden.

§ 8 Inanspruchnahme vertragsärztlicher Behandlung

Die PBeaKK wird ihre A-Mitglieder darauf hinweisen, dass sie und ihre mitversicherten Angehörigen nur Anspruch auf diejenigen Leistungen haben, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind und dass sie Leistungen, die zur Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, zu Lasten der PBeaKK nicht beanspruchen können.

§ 9 Stationäre Krankenhausbehandlung

Stationäre Krankenhausbehandlung soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art und Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme ist auf dem in der Kassenarztpraxis üblichen Vordruck zu bescheinigen.

§ 10 Behandlungs- und Ordnungsweise

1. Im Rahmen der ärztlichen Behandlung nach diesem Vertrag hat der Kranke Anspruch auf die ärztlichen Leistungen, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sind. Darüberhinausgehende Leistungen kann der Kranke nicht beanspruchen; der Vertragsarzt soll sie nicht bewirken oder verordnen.
2. Der Vertragsarzt hat in seiner Behandlungsweise die mit der Erzielung des angestrebten Heilerfolges zu vereinbarende Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit zu beachten. Er soll sich hierbei an den in der Kassenpraxis üblichen Rahmen halten.

Das gleiche gilt für die vom Vertragsarzt ausgestellten Verordnungen (z.B. für Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel), Bescheinigungen usw. Auch hinsichtlich der Angaben in den Verordnungen soll er sich nach den für die Kassenpraxis geltenden Kriterien richten.

3. Bestehen zwischen einer Bezirksstelle der PBeaKK und einem am Vertrag beteiligten Arzt Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Behandlungs- und/oder Ordnungsweise, so gibt die für den Praxissitz des Vertragsarztes zuständige KV auf Antrag der Bezirksstelle der PBeaKK eine Stellungnahme hierzu ab, aus der sich ggf. der Umfang der Unwirtschaftlichkeit erkennen läßt. Die PBeaKK stellt die Höhe des Schadens fest und fordert sie vom Vertragsarzt zurück.
4. Bei fortgesetzten schweren Verstößen des Vertragsarztes gegen Absatz 2 kann die Beteiligung an diesem Vertrag entzogen werden (§ 4 Absatz 2).

§ 11 Vergütungsregelung

Für die Vergütung der nach diesem Vertrag ausgeführten Leistungen der Vertragsärzte gelten die Bestimmungen der Honorarvereinbarung (Anlage A des Vertrages). Diese ist Bestandteil des Vertrages.

§ 12 Abrechnung

1. Die Vertragsärzte rechnen ihre ärztlichen Leistungen über die für ihren Praxissitz zuständige KV ab. Die KV erstellt für jedes Kalendervierteljahr eine Abrechnung für die PBeaKK. Die Abrechnung erfolgt gemäß den gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltenden Regelungen und ggf. unter Beachtung besonderer Absprachen auf regionaler Ebene.
2. Insbesondere wird die Abrechnung des mittels EDV-abrechnenden Arztes auf Datenträgern gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen, wenn eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung für eine entsprechende Abrechnungsweise im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt und die für diesen Bereich geltenden Kriterien eingehalten werden.

Die Abrechnung der mittels EDV-abrechnenden Ärzte erfolgt gemäß den gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltenden Regelungen, die im Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern sowie der zugehörigen technischen Anlage festgelegt sind. Änderungen dieses Vertrages bzw. der zugehörigen technischen Anlage werden auch unmittelbar gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse wirksam. Die von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Postbeamtenkrankenkasse zu liefernden Daten betreffen ausschließlich den Einzelfallnachweis, Prüfung der Leistungspflicht sowie in begründeten Einzelfällen die Zusammenführungsinformation. Die genannten Daten werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern von der Kassenärztlichen Vereinigung an die zentrale Datenannahmestelle der Postbeamtenkrankenkasse übermittelt. Die bisher erfolgte Lieferung von Papierausdrucken entfällt damit.

Abrechnungsbegründende Unterlagen von Vertragsärzten, die nicht mittels EDV abrechnen, werden von dem Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt. Diese werden von der Kassenärztlichen Vereinigung, sofern keine Übermittlung dieser Abrechnungsdaten mittels maschinell verwertbarer Datenträger erfolgt, an die Postbeamtenkrankenkasse weitergeleitet.

3. Die Abrechnungen der Vertragsärzte sind nach Schluss eines jeden Kalendervierteljahres bis zu dem von der KV bestimmten Termin einzureichen. Danach eingehende Abrechnungen können von der KV bis zur Abrechnung für das nächste Vierteljahr zurückgestellt werden. Im Übrigen werden auf verspätet eingehende Abrechnungen die bei der KV geltenden Ordnungsvorschriften auf den Vertragsarzt angewendet.
4. Die KV stellt die Abrechnungen rechnerisch und sachlich richtig.
5. Eine Zuzahlung über die vertraglich vereinbarten Vergütungssätze hinaus darf der Vertragsarzt von den A-Mitgliedern oder ihren mitversicherten Angehörigen nicht verlangen.

§ 13 Honorarzahlung

1. Die PBeaKK zahlt an die KV die von dieser anerkannten Honorare der Vertragsärzte mit befreiender Wirkung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Abrechnung. Die KV leitet die Honorare an die Vertragsärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarzahlungen weiter. Sie ist berechtigt, hiervon die bei ihr üblichen Verwaltungskosten abzusetzen.

2. Bis zum 15. eines jeden Monats überweist die PBeaKK an die KV eine Abschlagszahlung in Höhe von einem Drittel der im entsprechenden Kalendervierteljahr des Vorjahres abgerechneten Honorarsumme.
3. Für die Währungsumstellung von DM auf Euro gelten die mit den Ersatzkassen getroffenen Regelungen.

§ 14 Durchführung des Vertrages

Streitigkeiten und Beschwerden, die sich aus der Durchführung dieses Vertrages ergeben, sollen zwischen der KV und der zuständigen Bezirksstelle der PBeaKK geklärt werden. Ist dies nicht möglich, so sind die Vertragsschließenden anzurufen.

§ 15 Vertragsdauer und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 1983 in Kraft. Er kann mit einer Frist von sechs Monaten jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember gekündigt werden, frühestens jedoch zum 30. September 1984.
2. Der Vertrag vom 28. Oktober 1965 läuft mit dem 30. September 1983 aus.

§ 16 Übergangsbestimmungen

Vertragsärzte, die an dem bisherigen Vertrag beteiligt waren, werden Vertragsärzte im Sinne dieses Vertrages.

Stuttgart/Köln, den 20. September 1983

Postbeamtenkrankenkasse
gez. Pressner
gez. Weihe

Kassenärztliche Bundesvereinigung
gez. Dr. Muschallik

Anlage A zum Vertrag

Honorarvereinbarung

(Stand: 1. Oktober 2013)

- 1) Die nach den folgenden Absätzen festgelegte Vergütung gilt für alle Leistungen des EBM sowie der bundesmantelvertraglich vereinbarten Leistungen und der regional mit den Ersatzkassen vereinbarten Leistungen. Für die Vergütung werden die nach Satz 1 beschriebenen Leistungen nach den folgenden Maßgaben vergütet.
- 2) Die erbrachten ärztlichen Leistungen nach Abs. 1 - ausgenommen die Leistungen des Kapitels 32 – werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 21,0159 ct; der Wirtschaftlichkeitsbonus des Kapitel 32 mit einem Punktwert von 20,4487 ct vergütet. für die Modalitäten der Abrechnung belegärztlicher Leistungen sind die auf Landesebene getroffenen Regelungen anzuwenden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterrichten die Hauptverwaltung der PBeaKK über die hierzu getroffenen Regelungen .Die aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen mit den Ersatzkassen erbrachten Leistungen (z. B. Onkologie) sind entsprechend den jeweiligen Empfehlungsvereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem VdAK in Rechnung zu stellen.
- 3) Die Verordnung von Sprechstundenbedarf richtet sich nach den durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung getroffenen Regelungen und ist dem Bestand für die privatärztliche Versorgung zu entnehmen. Die Ersatzbeschaffung des im Behandlungsfall verbrauchten Sprechstundenbedarfs (z. B. Arznei- und Verbandmittel) ist auf den Namen des Versicherten mittels des Arzneiverordnungsblattes - Muster 16 - vorzunehmen; das Feld 9 "Spr-St. Bedarf" und das Feld "Gebühr frei" sind anzukreuzen.
- 4) Fallzahl- bzw. häufigkeitsabhängige Abstufungsregelungen des EBM sowie die Regelungen zur Honorarverteilung nach § 87b SGB V finden keine Anwendung.
- 5) Die Parteien vereinbaren vor dem Hintergrund der seit dem Jahr 2005 nicht mehr durchgeführten und zum 1. Oktober 2013 lediglich rechnerisch auf die neue EBM-Ausgestaltung vorgenommene Punktwertanpassung die Aufnahme von Verhandlungen. Dabei soll die durch Vertragsparteien bei Vereinbarung des Abs. 2 gewünschte GOÄ-Parität besondere Berücksichtigung finden.

Stuttgart/Köln, den 06. Februar 1996

Protokollnotiz zur 8. Nachtragsvereinbarung vom 06. Februar 1996

zwischen der

Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), Stuttgart

und der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Köln

Aufgrund der am 01.01.1996 in Kraft getretenen Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zur Vereinfachung der Abrechnung die Abrechnungsgrundlage für die erbrachten ärztlichen Leistungen von der Gebührenordnung für Ärzte auf die Ersatzkassen-Gebührenordnung umgestellt worden.

Die mit dieser Umstellung verbundenen finanziellen Auswirkungen sind mangels konkreter Daten nicht abzuschätzen. Um nach Möglichkeit eine kostenneutrale Umstellung zu erreichen, haben sich die Vertragspartner zur Minimierung des honorarmäßigen Risikos auf folgende Vorgehensweise geeinigt:

Stellen die Vertragspartner ausgehend von dem Gesamthonorarvolumen für das Jahr 1995 fest, dass dieses für den Abrechnungszeitraum 1996 erheblich unter- bzw. überschritten wurde, wird eine Überprüfung der Berechnungsgrundlage und entsprechende Korrekturmaßnahmen bei den vereinbarten Punktwerten vorgenommen.

Stuttgart/Köln, den 06. Februar 1996

Postbeamtenkrankenkasse

Kassenärztliche Bundesvereinigung