

Vertrag

**zwischen der
Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)
und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)
über die ärztliche Versorgung der Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der Krankenversorgung der
Bundesbahnbeamten
Stand 01.04.2021**

Zwischen
dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB),
- Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt (Main) -,
und
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV),
- Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln -,
wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1

Anspruchsberechtigt nach diesem Vertrag sind die Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der KVB, zu denen auch die Versorgungsempfänger und Hinterbliebenen gehören, und ihre mitversicherten Angehörigen.

§ 2

Zu den Mitgliedern der Beitragsklassen I, II und III der KVB gehören die Beamten der Besoldungsgruppen A 1 bis A 10 der Bundesbesoldungsordnung A. Sie und ihre mitversicherten Angehörigen haben nur Anspruch auf Behandlung nach diesem Vertrag, wenn sie sich bei der Inanspruchnahme des Arztes durch die Mitgliedskarte ausweisen, auf der die Beitragsklasse angegeben ist.

§ 3

Die Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der KVB und ihre mitversicherten Angehörigen sind dem Arzt gegenüber Selbstzahler.

§ 4

1. An diesem Vertrag nehmen – abgesehen von Notfällen – die Ärzte teil, die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind oder die diesen Vertrag gegenüber der für ihren Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung als für sich verbindlich anerkennen.
2. Soweit sich die Vorschriften dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sofern sich aus den nachfolgenden Vorschriften und den Anlagen zu diesem Vertrag nichts Abweichendes ergibt.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung übersendet der für ihren Bezirk zuständigen Bezirksleitung der KVB auf deren Anforderung eine ausreichende Anzahl von aktuellen Verzeichnissen der am Vertrag jeweils beteiligten Ärzte.
4. Zur Ausführung von Röntgenleistungen und zur Anwendung von radioaktiven Stoffen sind nur Ärzte berechtigt, die eine genügende Ausbildung und die Verwendung einer ausreichenden Apparatur nachweisen können. Wenn Ärzte die Erlaubnis haben, solche Verrichtungen bei Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen oder bei Mitgliedern der Ersatzkassen vorzunehmen, gilt für sie der Nachweis als erbracht.
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. Die Verwendung digitaler Vordrucke ist zulässig, soweit die Vorgaben der Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte eingehalten werden.

§ 5

1. Für die Vergütung der nach diesem Vertrag ausgeführten ärztlichen Leistungen gelten die Bestimmungen der als Anlage A zu diesem Vertrag abgeschlossenen Honorarvereinbarungen, die einen Bestandteil dieses Vertrages bilden.
2. Über die ärztliche Behandlung erhält das KVB-Mitglied eine Rechnung von dem Arzt selbst oder in dessen Auftrag von einer Verrechnungsstelle. Diese Rechnung soll mit dem Zusatz „KVB-Vertrag“ versehen sein; Rechnungsdurchschriften (Zweitausfertigungen, Duplikate) müssen als solche eindeutig gekennzeichnet sein.
3. Die Rechnung muss zusätzlich zu den in § 12 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geforderten Angaben die Diagnose enthalten.
4. Arztrechnungen sind spätestens innerhalb von 6 Wochen zu begleichen. Ist dies aus besonderen Gründen nicht möglich, ist der Arzt unter Angabe der Gründe zu benachrichtigen.

§ 6

1. Die KVB klärt ihre Mitglieder darüber auf, dass der Erstattungsbetrag unverzüglich an den Rechnungsaussteller abzuführen und der Unterschied zwischen Rechnungsbetrag und Erstattungsbetrag der KVB aus eigenen Mitteln zu zahlen ist und dass der Verzicht auf die Zuzahlung nicht verlangt werden darf. Bei säumigen Zahlern wird die KVB die Ärzte bei der Einziehung des Rechnungsbetrages unterstützen.
2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen klären die Ärzte darüber auf, dass sie auf den Unterschied zwischen Rechnungsbetrag und Erstattungsbetrag der KVB nicht ausdrücklich oder stillschweigend verzichten dürfen. Die Herabsetzung eines Rechnungsbetrages ist zwar zulässig, darf sich jedoch nicht nur auf den Anteil des Zahlungspflichtigen beschränken, sondern sie muss sich auf den Gesamtbetrag einer Rechnung beziehen.

§ 7

1. Die Ärzte sind gehalten, sowohl bei der Behandlung als auch bei der Verordnung von Arzneien sowie Heilmitteln und Hilfsmitteln die Wirtschaftlichkeit zu beachten und besonders teure Arzneimittel nur auf Grund strenger Indikation zu verordnen. Die Behandlungs- und Ordnungsweise ist gegebenenfalls auf Anfrage des beratenden Arztes der KVB zu begründen. Die Durchführung von wissenschaftlich oder praktisch nicht genügend erprobten Verfahren ist unstatthaft; das gleiche gilt für die Verordnung von wissenschaftlich oder praktisch nicht genügend erprobten Präparaten.
2. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen Verordnungen von Arzneimitteln sowie Heil- und Hilfsmitteln nicht vornehmen.
3. Bestehen zwischen einer Bezirksleitung der KVB und einem am Vertrag beteiligten Arzt Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Behandlungs- und Ordnungsweise, so gibt die für den Praxissitz des Arztes zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag der Bezirksleitung der KVB eine gutachtliche Stellungnahme ab, aus der sich ggf. der Umfang der Unwirtschaftlichkeit erkennen lässt. Die Kosten für vom Prüfarzt erstellte Gutachten tragen die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung je zur Hälfte.

§ 8

Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern sowie die Maßnahmen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und die Anwendung von Psychotherapie (Anlage B) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.

§ 9

Im Anhang zu diesem Vertrag werden den Ärzten die Anschriften und Kommunikationsverbindungen der Bezirksleitungen der KVB bekanntgegeben.

§ 10

Streitigkeiten und Beschwerden, die sich aus der Durchführung des Vertrages ergeben, sollen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Bezirksleitung der KVB geklärt werden. Ist dies nicht möglich, so sind die Vertragschließenden anzurufen.

§ 11

1. Dieser Vertrag tritt am 01.10.1983 in Kraft. Er ist mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres kündbar. Die Honorarvereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gesondert gekündigt werden, frühestens jedoch zum 30.09.1984.
2. Der bisherige Vertrag vom 04.06.1965 tritt mit dem 30.09.1983 außer Kraft.
3. Die Ärzte, die nach dem bisherigen Vertrag behandlungsberechtigt waren, sind auch behandlungsberechtigt nach diesem Vertrag.

§ 12

Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern aus dem bisherigen Vertrag werden nach diesem Vertrag behandelt; Streitigkeiten hinsichtlich der Rechnungslegung einzelner Ärzte aus dem bisherigen Vertrag werden nach dem bisherigen Vertrag geregelt.

Frankfurt/Köln, den 13.09.1983

Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) - KdöR - gez. Dr. Wüstefeld

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) - KdöR - gez. Dr. Muschallik

§§ 4 und 8 geändert mit Ergänzungsvertrag zwischen KVB und KBV, Frankfurt 24.01.2019 / Berlin 05.02.2019

§ 4 geändert mit Ergänzungsvertrag zwischen KVB und KBV, Frankfurt 16.01.2020 / Berlin 29.01.2020

§ 4 und Anhang geändert mit Ergänzungsvertrag zwischen KVB und KBV, Frankfurt 11.05.2021 / Berlin 19.05.2021

Anlage A zum Vertrag KVB/KBV

Honorarvereinbarung

Stand 1. Januar 2002

I. Allgemeines

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

II. Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlung

1. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen jeweils unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 5,82873 Cent wie folgt vergütet:
 - Leistungen mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O mit dem 2,2fachen des Gebührensatzes,
 - Leistungen der Abschnitte A, E und O mit dem 1,8fachen des Gebührensatzes und
 - Leistungen des Abschnitts M sowie nach Nr. 437 mit dem 1,15fachen des Gebührensatzes
2. Auf Leistungen, die nach den Bestimmungen der GOÄ nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind, ist der vereinbarte Multiplikator nicht anzuwenden.
3. Zu den Kosten für psychotherapeutische Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Zuschüsse nach den Bestimmungen der Tarifstelle 2 des Tarifs der KVB gezahlt.

III. Vergütung der ärztlichen Leistungen bei stationärer belegärztlicher Behandlung, soweit diese nach der Bundespflegesatzverordnung nicht durch den Pflegesatz abgegolten sind

1. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ stationär erbrachten belegärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen nach Abschnitt II dieser Anlage vergütet.
Von dem Rechnungsbetrag für die stationär erbrachten ärztlichen Leistungen ist gemäß § 6a GOÄ ein Abzug in Höhe von 15 % vorzunehmen und in der Rechnung auszuweisen.
2. Der von einem Belegarzt zur Assistenz oder Narkose/Anästhesie zugezogene Arzt kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nicht abrechnen, wenn diese vom Krankenhaus durch einen Chefarzt, durch seinen Vertreter oder durch einen anderen geeigneten Krankenhausarzt sichergestellt werden.
3. Der von einem Belegarzt zur Narkose/Anästhesie zugezogene Arzt für Anästhesie kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nicht abrechnen, wenn diese vom Krankenhaus durch einen Chefarzt für Anästhesie, durch seinen Vertreter oder durch einen anderen geeigneten Krankenhausarzt sichergestellt werden.
4. Die Vorschriften der Abs. 1 bis 3 finden für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten keine Anwendung.

Anlage B zum Vertrag KVB/KBV

Anwendung von Psychotherapie

Stand 1. Januar 2002

§ 1

Für die psychotherapeutische Behandlung gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen entsprechend.

§ 2

Bei der Durchführung von Psychotherapie gemäß § 1 sind die Gebührenpositionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, anzusetzen. Für Leistungen, die dort nicht ausdrücklich verzeichnet sind, gelten folgende Regelungen:

1. Nach **Nr. 860** GOÄ ist berechnungsfähig

Erhebung des psychodynamischen Status mittels der biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen oder verhaltensanalytischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen, ggf. einschließlich ergänzender Testverfahren, einschließlich Beratung des Kranken, ggf. in mehreren Sitzungen.

2. Nach **Nr. 801** GOÄ ist berechnungsfähig

vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung des Krankheitsbildes und psychotherapeutischer Indikationsstellung unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse des psychodynamischen Status.

3. Nach **Nr. 808** GOÄ ist berechnungsfähig

Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie.

4. Nach **Nr. 861** bzw. **870** GOÄ – auch als probatorische Sitzungen – und nach **Nr. 862** bzw. **871** GOÄ als Gruppenbehandlung ist berechnungsfähig

die Kurzzeittherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie.

5. Nach **Nr. 849** GOÄ ist berechnungsfähig

differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschl. Beratung, einmal im Behandlungsfall.

6. Nach **Nr. 806** GOÄ ist berechnungsfähig

verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 15 Minuten).

7. Nach **Nr. 76** GOÄ ist berechnungsfähig

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

§ 3

Vor Beginn einer Behandlung ist vom Mitglied der KVB ein Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht an die KVB zu stellen. In dem Antrag muss der Arzt die Indikation zur gewählten Behandlungsmethode und den Behandlungsplan (z. B. Frequenz, Leistungsumfang, prognostische Einschätzung, begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson(en) in der Kinderpsychotherapie) begründen.

§ 4

1. Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie ist ein Gutachterverfahren eingerichtet.
2. Die KVB übersendet dem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der die Psychotherapie ausführen wird, nach Beantragung der Leistung durch das Mitglied der KVB (vgl. § 3 dieser Anlage) die entsprechenden Vordrucke. Die Vordrucke sind auszufüllen und an die Bezirksleitung der KVB zu schicken. Bei Antrag auf Fortsetzung der Behandlung ist entsprechend zu verfahren.

§ 5

Die psychotherapeutischen Leistungen werden nach Anlage A vergütet.

§ 6

Für Gutachten und Obergutachten werden die Gebühren gesondert vereinbart.

Anhang zum Vertrag KVB/KBV

**Anschrift und Kommunikationsverbindung
für alle Bezirksleitungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, an die sich
die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Zweifelsfällen wenden können:**

Bezirksleitung der KVB

Klepperstraße 1a

83026 Rosenheim

Tel. (08031) 4076 - 104, Fax – 159

Bezirksleitung der KVB

Dessauerstr. 4

42119 Wuppertal

Tel. (0202) 4966 - 108, Fax – 159

Stand 1. April 2021

Raum für Notizen