

AMTLICHE BEKANTMACHUNGEN

Beitragsordnung der Ärztekammer Nordrhein ab 01. Januar 2000

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein hat im Rahmen der Haushaltsberatungen für das Haushaltsjahr 2000 die bisherigen Beitragssätze erneut bestätigt. Für das Kalenderjahr 2000 gelten die seit 1991 unveränderten Beitragssätze fort.

Die Beitragsveranlagung erfolgt wiederum durch Selbsteinstufung des Kammerangehörigen. Jedes Kammermitglied wird gebeten, sich bis zum 01. März des Jahres selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr aufgrund der Einkünfte aus 1998 einzustufen. Zur Selbsteinstufung kann sich der Kammerangehörige des von der Ärztekammer bereits zugestellten Vordrucks bedienen. Die Verwaltung der Ärztekammer Nordrhein bittet alle Kammermitglieder – nach Erhalt der Selbsteinstufung – diese umgehend auszufüllen, damit Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 der Beitragsordnung vermieden werden können.

Der Ärztekammerbeitrag ist ein Jahresbeitrag

Die Beitragspflicht für das Beitragsjahr besteht, wenn der Arzt am 01. Februar (Veranlagungsstichtag) Mitglied der Ärztekammer Nordrhein gewesen ist. D. h., alle Ärzte, die zu diesem Zeitpunkt im Bereich der Ärztekammer Nordrhein tätig waren oder - falls sie ihren Beruf nicht ausüben - ihren Wohnsitz hatten, werden für das laufende Jahr durch die Ärztekammer Nordrhein zur Beitragsleistung herangezogen. Der Kammerbeitrag wird am 01. März 2000 fällig. Der sich aufgrund der Selbsteinstufung ergebende oder durch Beitragsbescheid festgestellte Betrag ist innerhalb eines Monats zu entrichten. Auf Wunsch des Kammerangehörigen können die Beiträge, mit Ausnahme der Beiträge in den Gruppen N und 001, auch in vier gleichen Teilbeträgen am 01. April, 01. Juli., 01. Oktober und 31. Dezember des Beitragsjahres entrichtet werden. Die Kammermitglieder, deren Beiträge nicht zu Lasten ihres Honorarkontos bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eingezogen werden und die der Ärztekammer Nordrhein bislang keinen Abbuchungsauftrag erteilt haben, werden gebeten, die fälligen Beiträge ohne besondere Aufforderung auf ein Bankkonto der Ärztekammer zu überweisen.

Bankkonten der Ärztekammer Nordrhein:

Commerzbank AG Düsseldorf, Konto-Nr.: 310 6911 (BLZ 300 400 00)

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer eG Düsseldorf, Konto-Nr.: 0001145290 (BLZ 300 606 01)

Zur Vermeidung von Fehlbuchungen auf Konten der „Nordrheinischen Ärzteversorgung“ wird gebeten, Überweisungen ausschließlich auf eines der o. g. Konten vorzunehmen.

Die Ärztekammer Nordrhein wiederholt die Bitte, regelmäßig fällige Beiträge auf dem Wege des Lastschrift-Einzugsverfahrens abbuchen zu lassen. Einen entsprechenden Vordruck stellt Ihnen die Beitragsabteilung auf Anforderung gerne zur Verfügung.



**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
NORDRHEIN**



ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Hinweise für die Erbringung und Abrechnung vertrags- und privatärztlicher Leistungen bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Vorstände der ÄKNo und der KVNo haben in ihren Sitzungen am 1.12.99 und 8.12.99 die nachstehenden Hinweise beschlossen.

I. Gesetzliche Grundlage

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§§ 2, 12 SGB V).

Der Inhalt der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen Leistungen ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abschließend beschrieben (§ 87 Abs. 2 SGB V).

II. Umfang der GKV-finanzierten Krankenbehandlung

GKV-finanzierte ärztliche Krankenbehandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung sowie Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich ist (§§ 28 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 S. 1 SGB V).

Die GKV-Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig

A M T L I C H E B E K A N T M A C H U N G E N

oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen, dürfen die Ärzte nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 S. 2 SGB V).

Der Begriff des „Notwendigen“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der vom Arzt auszulegen und gerichtlich überprüfbar ist. Was notwendig ist, wird hauptsächlich durch den medizinischen Zweck der Leistung bestimmt. Ob eine Leistung notwendig ist, muss anhand ihres Zwecks bestimmt werden, der vor allem in der Erkennung und Heilung einer Krankheit, in der Verhütung einer Verschlimmerung und der Linderung von Krankheitsbeschwerden liegen kann. Unter Zugrundelegung dieses Leistungszwecks können notwendig nur jene Maßnahmen sein, die je nach Art und Umfang unentbehrlich, unvermeidlich oder unverzichtbar sind.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet sind, ihre ärztlichen Behandlungsmaßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 70 SGB V) zu erbringen. Im Einzelfall kann – legt man den Stand der medizinischen Wissenschaft zugrunde – eine ärztliche Leistung notwendig sein, obwohl sie nicht als GKV-Leistung abrechenbar ist. Bei der Beurteilung eines ärztlichen Behandlungsfehlers wird der Arzt nicht an dem gemessen, was Gegenstand der kassenärztlichen Versorgung ist, sondern an dem, was die Regeln der ärztlichen Kunst verlangen, so dass insofern für ihn ein Risiko bestehen kann.

Wirtschaftlich ist eine Leistung, bei der das angestrebte Ziel der Erkennung, Heilung oder Linderung einer Krankheit mit angemessen geringem Aufwand erreicht wird.

III. Leistungspflicht des Vertragsarztes

(LSG NRW Beschluss v. 21.10.1998 - 11 B 35/98 Ka -)

Der Vertragsarzt ist gehalten, die üblicherweise zum Fachgruppenstandard und zum Kernbereich einer Praxis des jeweiligen Fachgebietes gehörenden Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen anzubieten. Das Angebot von Standardleistungen aus dem Kernbereich des Fachgebiets gehört zu den Grundpflichten des Vertragsarztes.

Ausnahmen von der Verpflichtung, dem Fachgruppenstandard zuzurechnende Leistungen anbieten zu müssen, können nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Sie dürfen den GKV-Versicherten dann auch nicht privat angeboten werden.

Es ist dem Vertragsarzt untersagt, vertragsärztliche Leistungen aus monetären Gründen aus der gesetzlichen

Krankenversicherung als Sachleistung auszugliedern, um sie gegenüber gesetzlich Versicherten privat anzubieten und zu erbringen. Bietet der Arzt eine ärztliche Leistung an, muss er diese dann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als Sachleistung anbieten.

Der Vertragsarzt ist nicht gehalten, alle im Rahmen seines Fachgebietes zulässigerweise erbringbaren, im EBM als abrechnungsfähig bezeichneten Leistungen in seiner Praxis vorzuhalten, um sie im Einzelfall bei medizinischer Indikation einsetzen zu können. Dies gilt insbesondere für den Bereich, in dem Leistungen besondere Fähigkeiten, Spezialisierungen, Einrichtungen oder apparative Ausstattungen verlangen, erst recht, wenn der Arzt persönlich nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt oder unwirtschaftliche Investitionen sich für seine Praxis nicht rentieren.

IV. Vergütungsanspruch für vertragsärztliche Leistungen

1. Der Vergütungsanspruch richtet sich gegen die Kassenärztliche Vereinigung, die die ärztliche Versorgung über die gesetzlich versicherten Personen sicherzustellen hat. Es besteht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für ärztliche Leistungen gegen Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Vergütungsanspruch gegen gesetzlich Versicherte ist dann gegeben, wenn der Versicherte ausdrücklich vor Behandlungsbeginn verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies schriftlich erklärt (§ 18 Abs. 1 Nr. 2 BMV-Ä), oder wenn der Versicherte bei seiner Krankenkasse Kostenerstattung gewählt hat (§ 13 SGB V).
2. Die Abrechnung ärztlicher Leistungen als privatärztliche Leistungen bei GKV-Patienten ist dann begründet, wenn der Versicherte die Versicherungskarte nicht vorlegt und diese nicht innerhalb der gesetzlich geregelten Frist nachreicht (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 BMV-Ä).
3. Privatärztlich abrechnungsfähig sind Leistungen, die der Arzt erbringt und die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. In diesem Fall muss der Patient zuvor der privatärztlichen Leistungserbringung zugestimmt haben und er auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen worden sein (§ 18 Abs. 1 Nr. 3 BMV-Ä).
4. Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen – mit Ausnahme der Zuzahlung bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden – von GKV-Patienten keine Zuzahlungen für einzelne Leistungen fordern (§ 18 Abs. 3 S. 1 BMV-Ä).

V. Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung

1. Leistungen, die generell nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind

A M T L I C H E B E K A N T M A C H U N G E N

- a) § 3 BMV-Ä regelt, dass die vertragsärztliche Versorgung keine Leistungen umfasst, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt. Dies gilt insbesondere für Leistungen, die nach der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen wurden.
- b) Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkasse 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, z.B.
 - a) Außenseiterbehandlungen,
 - b) kosmetische Operationen,
 - c) Einstellungs-, Reihen- und Tauglichkeitsuntersuchungen,
 - d) vorbeugende Impfungen für Auslandsreisen,
 - e) Alkoholtests für die Polizei.
- c) Privat liquidiert wird auch die Ausstellung von Bescheinigungen u. a., die nicht den Aufgaben der Krankenversicherung dienen, z.B.:
 - aa) Bescheinigung über die Arbeitsfähigkeit für den Arbeitgeber,
 - bb) Bescheinigung für Kindergarten, Schule, Finanzamt etc.,
 - cc) Verordnung bzw. Anregung von Heilverfahren durch einen Rentenversicherungsträger,
 - dd) Ausfüllung von Notfallausweisen,
 - ee) Totenscheine.
2. Leistungen, die im speziellen Fall nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind
 - a) Wünscht der Patient über das notwendige Maß hinausgehende ärztliche Leistungen, dürfen diese aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages erbracht werden. Der Behandlungsvertrag sollte aus Beweisgründen schriftlich fixiert werden. In diesem Zusammenhang verabreichte Arzneimittel dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.
 - b) Wünscht der Patient eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Verordnung, ist diese auf Privatrezept zulässig (§ 30 Abs. 7 BMV-Ä). Will ein Versicherter die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, sind diese Mittel auf Kasenzettel mit dem Vermerk „Kostenerstattung“ zu verordnen (§ 30 Abs. 6 BMV-Ä).
3. Alle Rechnungen für ärztliche Leistungen sind nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstellen.

VI. Information und Beratung durch Ärzte

Neben Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, sonstigen Sozialleistungsträgern, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, und Beratungsstellen haben auch die Ärzte das Recht, über gesundheitliche Belange zu informieren und zu beraten.

Die Information und Beratung kann erfolgen auf Nachfrage des Patienten. Der Arzt ist verpflichtet, auf die Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten.

Es ist Ärztinnen und Ärzten gestattet, ihre Patientinnen und Patienten mit sachlichen Informationen auch unaufgefordert zu versorgen, wenn dies in zurückhaltender und unaufdringlicher Weise erfolgt (z. B. Informationsblatt) und erkennbar wird, dass der allgemeinen Information eine spezielle und individuelle Beratung nachfolgen muss. Dieses Recht stützt sich auf die Berufsordnung. Gemäß Kapitel D I Nr. 6 Abs. 2 BO sind sachliche Informationen medizinischen Inhalts in Praxisinformationsschriften gestattet, wenn sie bestimmte medizinische Vorgänge beschreiben, die in der Praxis des Arztes zur Vorbereitung des Patienten auf spezielle Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen für zweckmäßig erachtet werden oder aber Hinweise auf einzelne besondere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren des Arztes im Rahmen seines Fachgebietes gegeben werden, die nicht den Kern der Weiterbildung ausmachen.

Die allgemeine wie die individuelle Information über die Notwendigkeit einer ärztlichen Leistung muss vollständig und richtig sein. Jede unsachliche Beeinflussung hat zu unterbleiben. Patientinnen und Patienten sind geneigt, aus Unwissenheit, Angst, Leichtgläubigkeit, Autoritätsdenken, Hilflosigkeit oder verzweifelter Hoffnung Aussagen zu medizinischen Methoden, Verfahren, Einsatz besonderer medizinischer Geräte, zur Qualifikation oder Qualität wie zur Notwendigkeit nicht auf ihren Wahrheitsgehalt hin zu überprüfen. Sie sollen daher darauf vertrauen dürfen, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht von Gewinnstreben leiten lassen, sondern in den Dienst ihrer Aufgabe stellen.

Patienten sind über die Kosten der von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfassten Leistungen vollständig aufzuklären. Verträge sind auf der Grundlage der ärztlichen Gebührenordnung zu schließen. Den Patienten ist Gelegenheit zur Einsichtnahme in die GOÄ zu gewähren.

Unzulässig ist es, Patientinnen oder Patienten dahingehend zu beeinflussen, dass sie sich bezogen auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen in einer vom Arzt bestimmter Weise verhalten, z.B. bei Ausnutzen einer Notlage, Zeitdruck, oder dem An-

AMTLICHE BEKANTMACHUNGEN

gebot zusätzlicher Leistungen während der Ausführung von Untersuchungs- und Behandlungsleistungen.

Berufswidrig ist das Verhalten, wenn die gegebenen mündlichen oder schriftlichen Informationen insbesondere unsachlich, unwahr, unwürdig, unseriös, vergleichend, täuschend oder zur Täuschung geeignet, anpreisend, primär auf einen Werbeeffect abzielend, sind.

Unsachlich ist eine Information, wenn sie sich nicht auf die sachliche Unterrichtung medizinischer Inhalte bezieht.

Unwahr ist eine Information, wenn sie den Tatsachen nicht entspricht.

Vergleichend ist eine Information, wenn Arzt oder Ärztin Vergleiche, auch Kostenvergleiche zu anderen Kolleginnen oder Kollegen oder deren Verfahren herstellen und dies vergleichend herausstellen.

Täuschend oder zur Täuschung geeignet sind Informationen, wenn sie ungerechtfertigte Erwartungen erwecken, wenn der Eindruck der medizinischen Exklusivität erweckt werden kann oder Informationen gegeben werden, die die Unwissenheit der Patientinnen und Patienten ausnutzt.

Anpreisend ist eine Information, wenn die eigene Person oder die ärztliche Tätigkeit in aufdringlicher Weise hervorgehoben wird.

Unwürdig ist die Information, wenn sie dem Ansehen der Ärzteschaft schadet oder zu Schaden geeignet ist.

Unseriös ist sie, wenn beispielsweise fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass das Verfahren oder bestimmte Behandlungen erfolgreich, ungefährlich oder wissenschaftlich erprobt sind.

Düsseldorf 12.12.99



**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
NORDRHEIN**

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind

Die Kassennärztliche Vereinigung Nordrhein schreibt auf Antrag der betreffenden Ärzte, bzw. deren Erben, die folgenden Vertragsarztsitze zur Übernahme durch Nachfolger aus:

**Im Bereich der Bezirksstelle
Düsseldorf:**

**Bewerbungsfrist:
3 Wochen**

Stadt Mönchengladbach
Facharzt für
Innere Medizin
Chiffre-Nr. 012/2000

Stadt Düsseldorf
Facharzt für
Innere Medizin
Chiffre-Nr. 013/2000

Stadt Krefeld
Facharzt für
Innere Medizin
Chiffre-Nr. 014/2000

Stadt Düsseldorf
Facharzt für
Anästhesiologie
Chiffre-Nr. 015/2000

Bewerbungen

richten Sie bitte innerhalb der angegebenen Frist nach Erscheinen dieser Veröffentlichung an die KV Nordrhein, Bezirksstelle Düsseldorf, Niederlassungsberatung, Emanuel-Leutze-Straße 8, 40547 Düsseldorf, Tel.: 0211/59 70 - 462.

**Im Bereich der Bezirksstelle
Köln:**

**Bewerbungsfrist:
Bis 07.02.2000
(Posteingangsstempel)**

Stadt Köln
Facharzt für
Kinderheilkunde
Chiffre-Nr. 004/2000

Kreis Euskirchen
Facharzt für Allgemein-
medizin (Ausscheiden
aus einer Gemein-
schaftspraxis)
Chiffre-Nr. 006/2000

Stadt Köln
Praktischer Arzt
(Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 007/2000

**Bewerbungsfrist:
Bis 17.02.2000
(Posteingangsstempel)**

Erftkreis
Facharzt für Allgemein-
medizin (Einzelpraxis)
Chiffre-Nr. 001/2000

Stadt Köln
Facharzt für Frauenheil-
kunde und Geburtshilfe
(Ausscheiden aus einer
Gemeinschaftspraxis)
Chiffre-Nr. 002/2000

Stadt Leverkusen
Facharzt für Innere Me-
dizin/hausärztlich tätig
(Ausscheiden aus einer
Praxisgemeinschaft)
Chiffre-Nr. 003/2000