

Gesamtvertrag
zwischen der
Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK)
und der
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin)
vom 9. Dezember 1976

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Die kassenärztliche Versorgung (§ 368 Abs. 2 RVO), die den Anspruchsberechtigten der AOK zusteht, wird durch den Bundesmantelvertrag in der jeweils gültigen Fassung und die Bestimmungen dieses Vertrages geregelt.
- (2) Dieser Vertrag regelt ferner die stationäre kassenärztliche Behandlung in Belegkrankenhäusern durch freipraktizierende Kassenärzte (Belegärzte).
- (3) Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten für die auftragsweise versorgten Personen entsprechend.
- (4) Bei Vertragsverhandlungen mit den Universitäten über Umfang und Vergütung der ambulanten Behandlung Anspruchsberechtigter der AOK in den Polikliniken wirkt die AOK Berlin mit.
- (5) Die auf Grund des § 16 Abs. 1 der Zulassungsordnung für medizinisch-diagnostische Institute vom 3. September 1951 (GVBl. für Berlin Nr. 50 vom 12. September 1951) in der Fassung vom 30. Januar 1953 (GVBl. für Berlin Nr. 10 vom 13. Februar 1953) und auf Grund der bisherigen vertraglichen Bestimmungen an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden nichtärztlichen, unter ärztlicher Leitung stehenden medizinisch-diagnostischen Institute gelten weiterhin als nach § 10 Abs. 2 Bundesmantelvertrag zur Entgegennahme von Überweisungen zur ambulanten Ausführung medizinisch-diagnostischer Leistungen ermächtigt. Die Bestimmungen dieses Vertrages gelten entsprechend. Bei einem Wechsel des ärztlichen Leiters kann die weitere Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung nur erfolgen, wenn der neue Arzt die Voraussetzungen für die Zulassung als Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik erfüllt.

Die Berechtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung erlischt

- a) bei einem Wechsel des Inhabers oder bei dessen Tod,
- b) wenn die Erlaubnis der Gesundheitsbehörde zum Betreiben eines Institutes wegfällt.

(6) Unberührt von diesem Vertrag bleibt die ärztliche Versorgung in den Eigeneinrichtungen der AOK (Artikel 3 Abs. 1 Nr. 2 GKAR in Verbindung mit § 368 d Abs. 1 Satz 4 RVO). Die ärztliche Tätigkeit muß den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit entsprechen.

§ 2

Kassenärztliche Tätigkeit

(1) Der Kassenarzt ist verpflichtet, seine Sprechzeiten auf seinem Praxisschild anzukündigen. Er hat an einer ausreichenden Zahl von Tagen - wöchentlich mindestens 15 Stunden - Sprechstunden anzukündigen und abzuhalten. Die Sprechzeiten sowie deren Veränderung hat der Kassenarzt der KV Berlin bekanntzugeben, die der AOK entsprechende Mitteilung macht.

(2) Ist der Kassenarzt an der Ausübung der Praxis länger als eine Woche verhindert, so hat er unverzüglich für geeignete Vertretung zu sorgen. Die Vertretung hat er alsbald der KV Berlin anzuzeigen, die der AOK unverzüglich eine entsprechende Mitteilung macht. Der Kassenarzt hat die Weiterbehandlung seiner Patienten auch dann sicherzustellen, wenn er weniger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert ist. Die in Behandlung stehenden Patienten sind in geeigneter Weise über die Möglichkeit der Weiterbehandlung während der Verhinderung an der Ausübung der Praxis zu verständigen.

(3) Kassenärzte, die als Fachärzte zugelassen sind, haben sich auf die Behandlung von Krankheitsfällen ihres Fachgebietes zu beschränken.

(4) Honoraranforderungen für ärztliche Selbstbehandlung dürfen nicht erfolgen.

(5) Der Kassenarzt darf ärztliche Sachleistungen (§ 31 (3) des BMV/Ä nur dann ausführen, wenn er die dafür geeigneten Einrichtungen besitzt und über die erforderliche Vorbildung verfügt. Röntgenleistungen und nuklearmedizinische Leistungen dürfen nur von solchen Kassenärzten ausgeführt werden, die der KV Berlin nachweisen, daß ihnen eine ausreichende Röntgeneinrichtung bzw. eine ausreichende apparative Ausstattung zur Ausführung nuklearmedizinischer Leistungen zur Verfügung steht. Zusammenschlüsse mehrerer Kassenärzte zur Erbringung von Laborleistungen (Laborgemeinschaften) sowie die jeweiligen Veränderungen sind von den teilnehmenden Kassenärzten unter Angabe der eingesetzten Geräte der KV Berlin anzuzeigen. Diese informiert die AOK. Zur Entscheidung, ob die Voraussetzungen bestimmter Leistungen erfüllt sind, kann die KV Berlin Fachausschüsse einsetzen, die mit solchen Ärzten zu besetzen sind, die über die entsprechenden Fachkenntnisse verfügen. Die AOK ist berechtigt, in jeden Ausschuß einen Arzt zu entsenden. Die KV Berlin regelt die Befugnisse dieser Ausschüsse. Die Fachausschüsse stehen den Prüfungseinrichtungen beratend zur Verfügung.

(6) Die von dem Kassenarzt auf den Namen des Versicherten ausgestellten Verordnungsblätter sind dem Patienten auszuhandigen; der Kassenarzt darf solche Verordnungsblätter nicht selbst in Apotheken einlösen, es sei denn, daß wichtige Gründe vorliegen.

(7) Der Kassenarzt ist verpflichtet, laufende Aufzeichnungen für jeden Patienten über die von ihm erbrachten Leistungen, einschließlich der Befundberichte für Früherkennungsmaßnahmen und Arbeitsunfähigkeitsschreibungen, zu machen. Sie sind für die Dauer von 5 Jahren und die Durchschriften der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1 c) für die Dauer von 12 Monaten aufzubewahren. Der Kassenarzt soll auch Aufzeichnungen über die von ihm vorgenommenen Überweisungen, Zuweisungen und Verordnungen von Arzneien und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege machen, damit er auch diese im Bedarfsfalle den Prüfungseinrichtungen vorlegen kann.

(8) Besuche, die rechtzeitig verlangt werden, sollen möglichst noch am gleichen Tage ausgeführt werden. In dringenden Fällen - besonders, wenn anzunehmen ist, daß Lebensgefahr oder eine Krankheit vorliegt, die durch Verzögerung der Behandlung eine gefährliche Wendung nehmen kann - soll der Besuch des Kassenarztes sofort ausgeführt werden.

(9) Arbeitsunfähige, aber gehfähige Kranke sind möglichst nur während der vorgesehenen Ausgehzeit in die Sprechstunde zu bestellen.

(10) Kranke, die den Arzt aufsuchen können, haben keinen Anspruch auf den Besuch eines Kassenarztes. Zu Unrecht geforderte Besuche sollen der AOK gemeldet werden. Dies gilt auch für Besuche im Ärztlichen Notfalldienst.

§ 3

Behandlungsausweis

(1) Der Anspruchsberechtigte ist - außer in dringenden Fällen - verpflichtet, seinen Anspruch auf kassenärztliche Versorgung durch Vorlage eines Behandlungsausweises (Krankenschein, Überweisungsschein, Vorsorgeschein, Berechtigungsschein zu Früherkennungsmaßnahmen usw.) nachzuweisen. Der Arzt hat auf die zeitliche Gültigkeit zu achten. Der Krankenschein und der Überweisungsschein sind gültig für das Kalendervierteljahr, in dem sie ausgestellt werden bzw. für den Zeitraum, der sich aus dem Aufdruck ergibt, sofern sie keinen abweichenden Vermerk der Krankenkasse enthalten.

(2) Solange ein Mutterschaftsvorsorgeschein nicht vorliegt, sollen vom Kassenarzt Vorsorgeleistungen nicht erbracht werden. Ein MU-Vorsorgeschein gilt jeweils für den gesamten MU-Vorsorgefall bei demselben Arzt, sofern nicht von der Krankenkasse eine kürzere Laufzeit angegeben ist.

(3) Früherkennungsmaßnahmen sollen nur durchgeführt werden, wenn der Berechtigungsschein vorliegt. Die Gültigkeitsvermerke der AOK sind zu beachten.

(4) Sind Krankenscheine in den Besitz des Kassenarztes gelangt, ohne daß eine Behandlung erfolgte, sind diese zu entwerten und mit der Abrechnung einzureichen.

(5) Ein zu Unrecht ausgestellter Krankenschein im Sinne des § 8 Abs. 8 Bundesmantelvertrag liegt dann nicht vor, wenn der Krankenschein lediglich eine unzutreffende Symbolbezeichnung trägt.

§ 4

Überweisungen

(1) Für die Mitbehandlung gilt § 10 Abs. 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag sinngemäß, Überweisungen in den zulässigen Ausnahmefällen zu einem anderen Kassenarzt derselben Disziplin (Arztgruppe) sind besonders zu begründen.

(2) Überweisungsscheine zur Mit- und Weiterbehandlung dürfen nur von dem Kassenarzt ausgestellt werden, der im Besitz des Krankenscheines ist. Abweichend hiervon sind Überweisungen zur fachärztlichen Untersuchung (Diagnosestellung), Überweisungen zur Röntgentherapie und Zuweisungen zu Röntgen- oder medizinisch-diagnostischen Untersuchungen, zur Ausführung von Sachleistungen und von sonstigen nach Art und Umfang genau zu bezeichnenden Leistungen sowie Krankenseinweisungen auch zulässig, wenn lediglich ein Überweisungsschein vorliegt.

(3) Überweisungen und Zuweisungen aus der freien Praxis an eine andere Behandlungsstelle für ambulante Fälle oder umgekehrt sind unzulässig, wenn der Arzt auch an dieser Behandlungsstelle tätig ist.

Überweisungsscheine von Universitäts-Polikliniken dürfen nicht von Kassenärzten entgegengenommen werden, die als Chefärzte einer Universitäts-Poliklinik tätig sind.

(4) Überweisungsscheine an einen Facharzt dürfen nur von einem Facharzt der auf dem Überweisungsschein angegebenen Fachgruppe angenommen werden.

(5) Überweisungen an Kassenzahnärzte sind nicht zulässig. Erforderlichenfalls ist die Notwendigkeit der Inanspruchnahme eines Kassenzahnarztes auf Rezeptvordruck zu bescheinigen.

(6) Überweisungen von Kassenzahnärzten dürfen nur von Fachärzten für Mund- und Kieferkrankheiten und Zuweisungen von Kassenzahnärzten nur von Röntgen- und medizinisch-diagnostischen Instituten entgegengenommen werden.

(7) Aufgrund einer Überweisung zur fachärztlichen Untersuchung darf eine Behandlung nicht erfolgen.

(8) Betriebsärzte und Fürsorgeärzte dürfen, auch wenn sie Kassenärzte sind, im Rahmen ihrer Tätigkeit in den Betrieben und Fürsorgestellen keine Behandlungsscheine fordern oder annehmen. Zuweisungen und Heilmittelverordnungen von Betriebsärzten oder Fürsorgeärzten werden nicht von der KV Berlin honoriert. Das gilt nicht für eine Ermächtigung zur Erbringung von Früherkennungsmaßnahmen.

(9) Durch Arbeitsunfall Verletzte oder an einer Berufskrankheit Erkrankte sind nach den Bestimmungen des RVA vom 19. Juni 1936 (AN 1936, Seite 195) und dem Abkommen Ärzte/Berufsgenossenchaft unverzüglich den von den Trägern der Unfallversicherung hierfür bestimmten Ärzten vorzustellen bzw. in die Unfallkrankenhäuser einzuweisen.

§ 5

Wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise

(1) Der Kassenarzt hat bei Erfüllung der ihm obliegenden Verpflichtungen die AOK vor unnötigen Ausgaben zu bewahren.

(2) Neben den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 368 p RVO in ihrer jeweils geltenden Fassung (§ 7 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages)

- a) über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung vom 16. Dezember 1974,
- b) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vom 16. Dezember 1974,
- c) über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung vom 27. Januar 1976,
- d) über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 181 ff RVO,
- e) sonstige Hilfen nach § 200e und f RVO vom 17. Dezember 1975,

sind auch die bisherigen Richtlinien vom 30. Januar 1953

- f) für die wirtschaftliche Verordnung von Heilmitteln,
- g) für die Anwendung elektro-physikalischer Heilmethoden,
- h) für die Verordnung von Krankenhauspflege

zu beachten.

(3) Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise sind neben eigenen Behandlungen auch Überweisungen bzw. Zuweisungen an Ärzte und Nichtärzte sowie gegebenenfalls Verordnungen von Krankenhauspflege mit zu berücksichtigen.

(4) Erfordert die Art der Erkrankung eine sofortige Verordnung, so darf eine solche mit dem Vermerk "cito" ausgestellt werden, wenn der Patient dem Arzt seinen Anspruch an die AOK glaubhaft macht. Wird gemäß § 8 Abs. 4 Bundesmantelvertrag bei Nichtvorliegen eines Behandlungsausweises ein Privatrezept ausgestellt und bringt der Berechtigte den Behandlungsausweis innerhalb der Frist von 10 Tagen nach, so hat der Kassenarzt auf Wunsch des Berechtigten den Vermerk "mangels Krankenscheines" auf dem ihm vom Patienten wieder vorgelegten Privatrezept zu streichen und dafür die Bezeichnung der Krankenkasse, die sonst auf Kassenrezepten üblichen Vermerke und ggf. den Kassenarztstempel anzubringen.

(5) Verordnungen, die nachts (20.00 Uhr bis 8.00 Uhr) ausgeführt werden müssen, sind vom Kassenarzt mit dem Vermerk "noctu" zu versehen.

(6) Für die Beschaffung des Sprechstundenbedarfs gilt die Vereinbarung über die Anforderung und Verwendung von Sprechstundenbedarf (Anlage 1). Verordnungen auf den Namen des Versicherten mit dem Zusatz "et alii", "pro communitate" oder ähnlich sind unzulässig.

(7) Reagenzien, Chemikalien und Farblösungen für diagnostische Untersuchungen, mit Ausnahme der Reagenzien für qualitative Harnuntersuchungen auf Eiweiß und Zucker, dürfen nicht auf Kosten der AOK verordnet werden. Das gilt nur insoweit, als nicht Empfehlungen bzw. Änderungen des Bewertungsmaßstabes Ärzte durch die Partner des Bundesmantelvertrages entgegenstehen.

(8) Zur Verwendung für die Zeit der stationären Behandlung ist die Verordnung von Arzneien, Heil- und Stärkungsmitteln zu Lasten der AOK unzulässig. Der Kassenarzt ist berechtigt, am Tage vor der Entlassung des Patienten Verordnungen für die Zeit nach der stationären Behandlung auszustellen.

(9) Sämtliche Vordrucke der AOK sind ebenso wie der Kassenarztstempel zur Vermeidung mißbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren. Bei dauerndem oder vorübergehendem Ausscheiden aus der kassenärztlichen Tätigkeit sind Vordrucke und Kassenarztstempel zurückzugeben.

(10) Die Abstempelung von Verordnungen durch die AOK entbindet den Kassenarzt nicht von seiner Verantwortung für den Umfang der Leistungen.

(11) Die AOK verpflichtet sich, ihre Anspruchsberechtigten auf die Notwendigkeit einer sparsamen Inanspruchnahme der Leistungen der AOK hinzuweisen.

§ 6

Arbeitsunfähigkeit

(1) Besondere Sorgfalt ist zu beachten bei Angabe des Befundes und der voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit, bei Angabe des Tages, an dem sie ärztlich festgestellt wird sowie bei der Bestätigung der weiteren Arbeitsunfähigkeit, der Bettlägerigkeit, der Gehunfähigkeit und der Ausgehzeiten. Das Datum, an dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird, darf in keinem Fall vor- oder rückdatiert werden.

(2) Wenn von vornherein feststeht, daß die Arbeitsunfähigkeit nur wenige Tage anhält und bereits bei der Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu übersehen ist, an welchem Tage wieder Arbeitsfähigkeit eintritt, soll der Kassenarzt dies in der Zeile "Voraussichtlich arbeitsunfähig bis ..." mit dem Vermerk "Af ab" unter Einsetzen des Datums angeben.

(3) § 12 Abs. 3 Satz 1 Bundesmantelvertrag bezieht sich ausschließlich auf eine neu eintretende Arbeitsfähigkeit.

§ 7

Bescheinigungen

Die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch von Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z.B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für Privatversicherungen, Totenscheine u.ä., auch Bescheinigungen für die Gewährung einer Badekur, es sei denn, daß die Bescheinigung für die Krankenkasse bestimmt ist, mit dem Ziel einer vollen oder anteiligen Übernahme der Kurkosten durch die Krankenkasse) stellt keine Kassenleistung dar.

§ 8

Krankenhauspflege

(1) Stationäre kassenärztliche Behandlung gemäß § 368 g Abs. 4 RVO in Belegkrankenhäusern darf nur von den Belegärzten für ihre Patienten verordnet werden. Voraussetzung hierfür ist, daß die AOK mit dem betreffenden Belegkrankenhaus einen Vertrag auch in bezug auf die Fachdisziplinen abgeschlossen hat.

(2) Für die Durchführung der stationären kassenärztlichen Behandlung gelten

- a) der Vertrag über die stationäre kassenärztliche Behandlung in Krankenhäusern - Anlage zum Bundesmantelvertrag (Ärzte) - ab 1. März 1966,
- b) die Vereinbarung über die stationäre kassenärztliche Behandlung in Belegkrankenhäusern - Anlage 2 zum Gesamtvertrag - ab 1. März 1966.

§ 9

Vertrauensärztlicher Dienst

(1) Der Kassenarzt erteilt dem Vertrauensärztlichen Dienst diejenigen Auskünfte, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben (§ 369 b Abs. 1 RVO) benötigt. Er gibt vorliegende Befunde den zum Vertrauensarzt bestellten Versicherten mit. Der Vertrauensarzt hat ergänzende oder abweichende Befunde dem Kassenarzt bekanntzugeben.

(2) Der Antrag eines Arztes auf Einholung eines Obergutachtens gemäß § 12 Abs. 7 Bundesmantelvertrag soll unverzüglich, spätestens am dritten Tage nach Bekanntwerden des vertrauensärztlichen Gutachtens, schriftlich und mit ausreichender Begründung bei der Kasse eingereicht werden.

§ 10

Vergütung

Über die von der AOK an die KV Berlin zu zahlende Vergütung treffen die Parteien des Gesamtvertrages eine besondere Vereinbarung.

§ 11

Vierteljährliche Rechnungslegung

(1) Die Abrechnungsunterlagen sind vom Kassenarzt entsprechend den von der KV Berlin erlassenen Bestimmungen für die Aufstellung der Abrechnung unter Angabe der Positionen des Bewertungsmaßstabes Ärzte in der jeweils geltenden Fassung aufzustellen. Dabei sind die den einzelnen Versicherten betreffende Scheine zusammenzulegen.

(2) Die Abrechnungsunterlagen sind bis zum 15. des ersten Monats nach Beendigung jeden Kalendervierteljahres der KV Berlin einzureichen. Die Bundesbehandlungsschein-Abrechnungen (BB-Scheine) sind bis zum 5. des ersten Monats nach Quartalschluß der KV Berlin vorzulegen, die sie bis zum 20. des gleichen Monats an die AOK fortlaufend weiterleitet. Werden die Abrechnungsunterlagen verspätet eingereicht, ist dies zu begründen, eine Inrechnungstellung ist nur bis zu vier rückliegenden Quartalen möglich. Die KV Berlin kann bei verspäteter Einreichung der vierteljährlichen Abrechnung nebst Unterlagen die Abrechnung des Arztes bis zum nächsten Vierteljahr zurückstellen.

(3) Honoraranforderungen an die KV Berlin können nur durch Behandlungsausweise (§ 3) begründet werden. Für die Richtigkeit der aufgestellten Rechnungen und Unterlagen trägt der Kassenarzt (ermächtigte Arzt) persönlich die Verantwortung. Er hat bei Einreichung der Abrechnungsunterlagen eine unterschrieben vollzogene Erklärung an die KV Berlin abzugeben, durch die er die Richtigkeit der Abrechnung und die vollständige Einreichung der Unterlagen bestätigt. Die Bestätigung schließt die Erklärung ein, daß die in Rechnung gestellten Leistungen von ihm persönlich oder unter seiner verantwortlichen Aufsicht vertragsgerecht ausgeführt wurden.

§ 12

Rechnerische und sachliche Prüfung
der Abrechnungen

(1) Die Abrechnungsstelle der KV Berlin überprüft die von den Kassenärzten eingereichten Abrechnungsunterlagen darauf, ob

- a) es sich um gültige Behandlungsausweise der AOK handelt,

- b) sie ordnungsgemäß ausgefüllt sind und
- c) die Honoraranforderungen gebührenordnungsmäßig stimmen.

(2) Die Abrechnungsstelle hat nicht abrechnungsfähige Leistungen zu streichen. Sonstige Mängel hat sie nur unter Mitwirkung des Kassenzarztes zu beheben; desgleichen sorgt sie für die Abstellung von Beanstandungen der AOK.

(3) Die KV Berlin teilt der AOK die im maschinellen Rechnungsprüfverfahren angewandten Plausibilitätskontrollen und deren Änderungen mit.

(4) Die AOK stellt Anträge auf rechnerische Berichtigung (Rechenfehler, Fehler bei der Anwendung der Gebührenordnung, sonstige derartige Fehler) der Abrechnungen bei der KV Berlin innerhalb von vier Monaten nach Übergabe der Abrechnungsunterlagen. Ist der Bewertungsmaßstab Ärzte in einer aus der Abrechnung nicht erkennbaren Weise, z.B. auf Grund irrtümlicher Auslegung, falsch angewandt worden, so können nachträgliche Berichtigungen binnen drei Monaten nach Kenntnis des Berichtigungsgrundes geltend gemacht werden, jedoch nicht länger als ein Jahr zurück. Unberührt von diesen Fristen bleibt der Anspruch der AOK auf Schadenersatz wegen unerlaubter Handlung. Die KV Berlin erteilt der AOK innerhalb von vier Monaten nach Antragstellung schriftlich Bescheid, ob und in welchem Umfang sie diesem Antrag stattgibt; Ablehnungen sind zu begründen. Gegen die Ablehnung kann die AOK Widerspruch beim Vorstand der KV Berlin einlegen.

(5) Ergeben sich im Einzelfall Zweifel, ob eine Beanstandung die rechnerische Richtigkeit oder die Wirtschaftlichkeit betrifft, so entscheidet der Prüfungsausschuß endgültig über die Zuständigkeit. Es gilt die Frist des Abs. 4.

§ 13

Prüfung der Behandlungs- und Ordnungsweise

(1) Im Rahmen der Prüfung der kassenärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise auf Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit ist die gesamte kassenärztliche Tätigkeit des Arztes für Versicherte der AOK zu berücksichtigen. Die Tätigkeit für andere RVO-Kassen kann herangezogen werden.

(2) Die AOK kann Prüfanträge stellen. Verfahren und weitere Einzelheiten sind durch die Prüfungsvereinbarung (Anlage 3 dieses Vertrages) geregelt.

(3) Der Kassenarzt ist verpflichtet, an der Sachaufklärung mitzuwirken. Bringt er vor, daß in seiner Praxis Besonderheiten vorliegen, so hat er diese nachzuweisen.

(4) Die AOK ist berechtigt, der KV Berlin Kassenärzte zu benennen, die insgesamt oder auf einem Teilgebiet die durchschnittlichen Verordnungskosten ihrer Fachgruppe oder sonstige Vergleichswerte überschritten haben. Als Teilgebiet in diesem Sinne werden auch die in § 5 Abs. 2 angesprochenen Verordnungsarten je für sich angesehen. Das gleiche gilt für die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit. Neben den Durchschnittswerten des benannten Arztes gibt die AOK der KV Berlin die entsprechenden Werte seiner Fachgruppe auf, wobei es genügt, wenn sich diese statistischen Unterlagen auf ein Kalendervierteljahr desselben oder des vorausgegangenen Sommer- bzw. Winterhalbjahres beschränken. Die KV Berlin unterrichtet die von der AOK benannten Kassenärzte spätestens vier Wochen nach Eingang über die ihr von der AOK gegebenen Mitteilungen.

(5) Die AOK kann auch sofort Schadenersatz fordern. Der Prüfungsausschuß stellt fest, ob und in welcher Höhe der Kassenarzt Schadenersatz zu leisten hat.

(6) Bei grundsätzlichen Fragen - z.B. Auslegung dieses Vertrages oder des Gebührenverzeichnisses - kann der Beschwerdeausschuß seine Entscheidung aussetzen und die aufgeworfene Frage an den Vertragsausschuß (§ 17) abgeben. Die Stellungnahmen des Vertragsausschusses gelten als Bestimmungen zur Auslegung und Durchführung dieses Vertrages, die Stellungnahmen sind für den Beschwerdeausschuß verbindlich.

(7) Die vorstehenden Bestimmungen über die Honorarprüfung gelten entsprechend für die in Notfällen erbrachten Leistungen anderer Ärzte und Krankenanstalten.

§ 14

Honorarverteilung

Die KV Berlin verteilt die von der AOK gezahlte Gesamtvergütung unter die Kassenärzte (Honorarverteilungsmaßstab). Sie ist verpflichtet, vor Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes mit der AOK die beabsichtigten Maßnahmen zu erörtern. Der Honorarverteilungsmaßstab soll auch allgemeine Maßnahmen gegen eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit der an der kassenärztlichen Versorgung Beteiligten enthalten.

§ 15

Abrechnungsunterlagen

(1) Die KV Berlin stellt der AOK bis spätestens zum Ende des vierten Monats, der auf das Abrechnungsvierteljahr folgt, folgende Abrechnungsunterlagen zur Verfügung:

- a) Nach Fachgruppen getrennt für jeden Kassenarzt die Zahl der Behandlungsfälle nach § 9 Abs. 2 Bundesmantelvertrag, aufgeteilt nach Versicherungsgруппen;
- b) nach Fachgruppen getrennt für jeden Kassenarzt die Gesamtzahl der ihm zugegangenen Zuweisungen;
- c) die nach Leistungsarten aufgeschlüsselten Honoraranforderungen gegliedert nach den jeweils in der Vergütungsvereinbarung genannten Personengruppen der Anspruchsberechtigten, die anerkannten Honorare und die an jeden Kassenarzt gezahlte Vergütung;
- d) getrennt für Mitglieder der allgemeinen Krankenversicherung, Familienangehörige von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung und Rentner einschließlich deren Familienangehörige,
 - aa) die eingereichten Mutterschaftsvorsorgescheine bzw. Überweisungsscheine zu serologischen Untersuchungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge,
 - bb) die Gesamtabrechnung über die Mutterschaftsvorsorge, aus der die Honorarforderung vor und nach der Prüfung ersichtlich ist,
 - cc) weitere Unterlagen, soweit sie zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden sollten.

(2) Die Lieferung der im Abs. 1 Buchstabe a) erwähnten Aufstellung beginnt schon im zweiten Monat des Quartals, das dem abzurechnenden Quartal folgt. Die KV Berlin teilt sobald wie möglich die Zahl der Behandlungsfälle der Kassenärzte, deren Verordnungstätigkeit die AOK zu überprüfen beabsichtigt, mit.

(3) Die abgerechneten Scheine werden der AOK bei Übergabe der Mantelrechnung zur Verfügung gestellt.

§ 16

Abfassung von Vordrucken

Die KV Berlin wirkt an der Abfassung von Vordrucken mit, die auch für die Kassenärzte bestimmt sind, soweit diese nicht nach § 20 Bundesmantelvertrag durch Vordruckvereinbarungen geregelt werden.

§ 17

Vertragsausschuß

(1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung dieses Vertrages, zur Vorbereitung der Anpassung dieses Vertrages an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses eines neuen Vertrages wird ein Vertragsausschuß gebildet.

(2) Der Vertragsausschuß besteht aus je 3 Vertretern der Gesamtvertragsparteien. Die Mitglieder des Vertragsausschusses können andere Personen zu ihrer Unterstützung zuziehen. Jede Partei trägt die Kosten ihrer Vertreter.

(3) Anträge an den Vertragsausschuß können nur von den Parteien des Gesamtvertrages oder vom Beschwerdeausschuß gestellt werden.

(4) Der Vertragsausschuß tritt innerhalb von zwei Wochen zusammen, wenn dies von einer Partei des Gesamtvertrages oder vom Beschwerdeausschuß beantragt wird. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der AOK und ein Vertreter der KV Berlin. Der Vertragsausschuß faßt seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Die Beschlüsse des Vertragsausschusses sind, soweit es sich um Fragen der Auslegung des Gesamtvertrages handelt, für die Beteiligten verbindlich. Im übrigen gelten sie als Empfehlungen an die Parteien des Gesamtvertrages.

§ 18

Zusammenarbeit

(1) Die erfolgreiche Durchführung des Vertrages hängt von der vertrauensvollen Gemeinschaftsarbeit zwischen den Parteien des Gesamtvertrages ab. Sie muß von dem Verständnis für die beiderseitigen Interessen getragen sein.

(2) Die Mitteilung des Ergebnisses des Verfahrens im Sinne des § 29 Bundesanteilvertrag erfolgt, indem die KV Berlin der AOK den Beschlußtenor und die die Entscheidung tragenden Gründe bekanntgibt. Die Mitteilung hat spätestens nach einem Jahr von dem Zeitpunkt an zu erfolgen, zu dem die AOK das Verfahren angeregt hat. Liegt zu diesem Zeitpunkt ein Ergebnis des Verfahrens noch nicht vor, so erhält die AOK einen Zwischenbescheid mit Angabe der Gründe, warum ein Ergebnis noch nicht vorliegt.

(3) Soweit nach Gesetz oder Vertrag vorgesehen ist, daß die KV Berlin sich mit der AOK ins Benehmen setzt, teilt die KV Berlin der AOK die beabsichtigten Maßnahmen innerhalb von zwei Wochen nach Beschlußfassung durch die KV Berlin schriftlich mit.

Die AOK erklärt sich hierzu innerhalb eines Monats nach Erhalt der Mitteilung der KV Berlin schriftlich. Auf Wunsch einer der Parteien hat innerhalb dieses Monats eine mündliche Aussprache stattzufinden. Werden innerhalb der genannten Frist von der AOK Einwendungen gegen die beabsichtigten Maßnahmen erhoben und entspricht die KV Berlin diesen nicht, so gibt die KV Berlin ihre abweichende Auffassung in einem schriftlichen Bescheid bekannt. Vorher dürfen die beabsichtigten Maßnahmen nicht in Kraft gesetzt werden.

§ 19

Vertragsdauer

(1) Der Gesamtvertrag gilt ab 1. April 1976. Die vorläufige Weitergeltung des Gesamtvertrages bis zum Tage des Abschlusses dieses Gesamtvertrages bleibt unberührt (§ 368 h Abs. 2 RVO).

(2) Der Gesamtvertrag kann von jeder Partei mit dreimonatiger Frist zum Schluß eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. Dezember 1977, gekündigt werden.

(3) Kündigt eine der Parteien des Gesamtvertrages die Vergütungsvereinbarung, so kann innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Kündigung die andere Partei den Gesamtvertrag zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

Berlin, den 9. Dezember 1976

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin

Für den Vorstand

Geschäftsführer

gez. Dr. Martin
gez. Nasserke

gez. Noetzel

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Der Vorstand

gez. Dr. Raudszus

gez. Dr. Knolle

Protokollarische Erklärungen
zum Gesamtvertrag AOK/KV Berlin
vom 9. Dezember 1976

1. Zu - Gesamtvertrag - § 2 Abs. 1
Von der vereinbarten Mindestsprechzeit kann in besonderen Ausnahmefällen (z.B. Alter, Krankheit) abgewichen werden.
2. Zu - Gesamtvertrag - § 5 Abs. 1
Die KV Berlin wird in gegebenen Fällen den Kassenarzt zur Vertragstreue anhalten.
3. Zu Anlage 3 - Prüfungsvereinbarung - § 14 Abs. 3
Der Versicherte ist nicht verpflichtet, den Schadensbetrag an den Arzt zu erstatten.
4. Zu Anlage 3 - Prüfungsvereinbarung -
Die Parteien sind bereit, unverzüglich formlos zusammenzutreten im Falle von Meinungsverschiedenheiten über den notwendigen Umfang des Prüfgeschäftes, über die Handhabung des Auswahlverfahrens oder über die Terminierung von Prüfungsausschußsitzungen. Wenngleich ein formloses Zusammentreten die beiderseitigen Rechte und Pflichten nicht verändern kann, soll im gegebenen Falle doch versucht werden, in praktischen Fragen eine Annäherung der Standpunkte herbeizuführen.
5. Zu - Gesamtvertrag - § 18 Abs. 2
Falls Schwierigkeiten in der Handhabung des Prüfgeschäftes auftreten, die durch formloses Zusammentreten und Beratung der Vertragsparteien nicht bereinigt werden können, sind die Parteien bereit, innerhalb der Laufzeit des Vertrages unverzüglich hierauf gerichtete Änderungen der Prüfungsvereinbarung vorzunehmen.
6. Zu - Prüfungsvereinbarung - § 11 Abs. 3 c i.V. mit § 13 Abs. 4 des Gesamtvertrages
Die AOK Berlin macht der KV Berlin diejenigen Kassenärzte namhaft, die bei den Versicherten mit Krankengeldanspruch (M 9-Fälle) die Vergleichswerte ihrer Fachgruppe in der Zahl der AU-Schreibungen und in der Dauer der AU-Tage je Fall wesentlich überschreiten. Bei besonders auffälligen Abweichungen macht die AOK auch diejenigen Ärzte namhaft, die in der Zahl der AU-Schreibungen oder in der Dauer der AU-Tage den Vergleichsfall ihrer Fachgruppe überschreiten.

Zur Vermeidung von Zufallsergebnissen werden hierbei die Werte der jeweils letzten 4 Quartale zusammengefaßt und den Durchschnittswerten der Fachgruppe des Verwaltungsbezirks, in dem der Arzt praktiziert, gegenübergestellt. Hierbei wird sich die AOK bis auf weiteres auf die praktischen Ärzte (Ärzte für Allgemeinmedizin) und die Internisten beschränken.

Berlin, den 9. Dezember 1976

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin

Für den Vorstand

Geschäftsführer

gez. Dr. Martin

gez. Noetzel

gez. Nasserke

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Der Vorstand

gez. Dr. Raudszus

gez. Dr. Knolle

V e r e i n b a r u n g

zwischen der

Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK)

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV)

Über

regionale strukturelle Maßnahmen zur Verminderung der
Krankenhaushäufigkeit durch Förderung der ambulanten
Behandlung

- Anlage I -

die kassenärztliche Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 1 RVO
für die Zeit vom 1. Januar 1983 bis zum 30. Juni 1983 und
zur Fortführung des Laborfallpauschales

- Anlage II -

Berlin, den 6. Juni 1983

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin
Für den Vorstand

Geschäftsführer


St. Schri



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand





(St. Randsausl)
11. 11. 1983

Dr. U.
St. H.

Anlage I

zu der Vereinbarung AOK/KV
vom 6. Juni 1983

Anlage Nr. 6 zum Gesamtvertrag *) zwischen der
Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK) und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV)
vom 9. Dezember 1976

Regionale strukturelle Maßnahmen zur Verminderung
der Krankenhaushäufigkeit durch Förderung der
ambulanten Behandlung

P r ä m b e l

Die vertragschließenden Parteien stimmen überein, daß die
mit der Vereinbarung vom 10. September 1981 begonnenen
Maßnahmen zur Verminderung der Krankenhaushäufigkeit
durch Förderung der ambulanten Behandlung gemeinsam
weiterentwickelt werden. Im März und im September eines
jeden Jahres erfolgt ein schriftlicher Meinungsaustausch
über die Einschätzung der Wirksamkeit der getroffenen
Maßnahmen, dem sich auf Wunsch eines Partners oder beider
Partner ein mündlicher Meinungsaustausch anschließt. Das
Ziel dieser Maßnahmen besteht darin, die sich bietenden
Möglichkeiten zu nutzen, Krankenhauspflege dort zu ver-
meiden, wo sie entbehrlich ist, gleichzeitig aber das
Angebot der Leistungen der niedergelassenen Kassenärzte
für die Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse
Berlin im Rahmen des gesetzlichen Auftrages zu verbessern
und näher an den Versicherten heranzubringen.

§ 1

Aufzählung der zur Zeit vertraglich
vereinbarten Regelungen

- a) Erste-Hilfe-Stellen (§ 2)
- b) Schutzimpfungen und Rachitisprophylaxe (§ 3)
- c) Wegepauschale (§ 4)

*) Es besteht Übereinstimmung, daß die Kündigung des
Gesamtvertrages durch die KV diese Vereinbarung
nicht tangiert.

- d) Sondergebühr für Hausbesuche examinierter Hilfskräfte (§ 5)
- e) Fuhrkostenzuschuß für den organisierten Ärztlichen Notfalldienst (§ 6)
- f) Förderung der ambulanten Behandlung tumorkrankter Patienten (§ 7)
- g) Erhebung und Veröffentlichung einer Statistik über Krankenhaushäufigkeit (§ 8)

§ 2

Erste-Hilfe-Stellen

- (1) Die AOK beteiligt sich an den Vorhaltekosten der im folgenden näher bezeichneten stationären Erste-Hilfe-Stellen.
- (2) Dies gilt zunächst nur für die Erste-Hilfe-Stelle in der Albrecht-Achilles-Straße 59/64 in Berlin 31.
- (3) Dies gilt ferner für 2 weitere von der KV zu errichtende stationäre Erste-Hilfe-Stellen in den Bezirken Wedding und Kreuzberg.
- (4) Die Erste-Hilfe-Stellen sind an allen Tagen (auch an Wochenenden, Sonn- und Feiertagen) durchgehend von 7 Uhr bis 22 Uhr für die Versicherten der AOK behandlungsbereit. Es sind ständig ein Arzt, eine technische Assistentin und eine weitere Hilfskraft anwesend. *)
- (5) Für jeden vollen Monat des uneingeschränkten Betriebes einer jeden Erste-Hilfe-Stelle beteiligt sich die AOK an deren Vorhaltekosten mit 25.000 DM.
- (6) Sollte die KV eine Erste-Hilfe-Stelle betreiben, in der neben einem Arzt nur eine weitere Hilfskraft ständig anwesend ist, so beteiligt sich die AOK an den Vorhaltekosten dieser Erste-Hilfe-Stelle nur mit 15.000 DM.
- (7) Für die Abrechnung der Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen wird der zwischen den Parteien des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbarte Vordruck Muster 20 verwandt.

*) Die vertragschließenden Parteien sind sich darüber einig, daß die Anwesenheit einer technischen Assistentin nicht erforderlich ist, wenn der diensthabende (radiologisch tätige) Arzt die Leistungen persönlich erbringt.

(8) Die KV erstellt monatlich eine Statistik über die Zusammensetzung der AOK-Patienten unterteilt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner, über die zeitliche Streuung des Erscheinens der Patienten und über die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen. Diese Statistik wird der AOK bis zum 20. des jeweils folgenden Monats übermittelt, getrennt für jede Erste-Hilfe-Stelle.

§ 3

Schutzimpfungen und Rachitisprophylaxe

Die Anlage II der Vereinbarung vom 10. September 1981 wird vollinhaltlich weitergeführt.

§ 4

Wegepauschale

Das Wegepauschale für Hausbesuche (ausschließlich Mitbesuche) beträgt

- a) bei Tage 8 DM,
- b) bei Nacht 16 DM.

§ 5

Sondergebühr für Hausbesuche examinierter
Hilfskräfte

Diese Sondergebühr (Position 5 E) beträgt 200 Punkte je Besuch. Für Mitbesuche wird diese Sondergebühr nicht gezahlt. Ein Wegepauschale wird neben dieser Sondergebühr nicht vergütet.

§ 6

Fuhrkostenzuschuß für den organisierten
Ärztlichen Notfalldienst

(1) Die AOK beteiligt sich an den Fuhrkosten des organisierten Ärztlichen Notfalldienstes mit einem Betrag von 14 DM je Einsatz des Notfallarztes.

(2) Mit diesem Betrag ist das Wegepauschale abgegolten.

(3) Zur Abrechnung der Leistungen im organisierten Ärztlichen Notfalldienst wird der zwischen den Parteien des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbarte Vordruck Muster 20 verwandt.

(4) In Erfüllung der ihr obliegenden Aufgabe, die jederzeitige ärztliche Versorgung der Versicherten der AOK sicherzustellen, legt die KV die Notfalldienstzeiten wie folgt fest:

Täglich von 20 Uhr bis 8 Uhr

Zusätzlich

mittwochs von 13 Uhr bis 20 Uhr

samstags, sonntags und an allen gesetzlichen Feiertagen von 8 Uhr bis 20 Uhr.

Der Notfalldienst ist nach den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend zu erweitern. Ergibt sich die Notwendigkeit einer spezialärztlichen Behandlung, so wird das Erforderliche vom Notfallarzt veranlaßt.

(5) Die KV übermittelt der AOK quartalsweise die Zahl der von den Notfallärzten vorgenommenen Krankenhauseinweisungen, getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner.

§ 7

Förderung der ambulanten Behandlung
tumorkrankter Patienten

(1) Die AOK zahlt an die KV für die ambulante Behandlung tumorkrankter Patienten (sogenannte Aggressivbehandlungen) kalenderjährlich zusätzlich bis zu 200.000 DM.

(2) Diese Mittel werden ausschließlich für Einzelbehandlungen von Versicherten der AOK durch niedergelassene Kassenärzte verwandt. Das Nähere regelt der Vorstand der KV.

(3) Die Abrechnung erfolgt anhand von Einzelnachweisen.

(4) Weitere Regelungen zur Konkretisierung der Abrechnungsvoraussetzungen und Einzelnachweise behalten sich beide Parteien vor.

§ 8

Erhebung und Veröffentlichung einer
Statistik über Krankenhaushäufigkeit

(1) Die AOK erhebt weiterhin die mit der Vereinbarung vom 10. September 1981 in Gang gesetzte Statistik des Krankenhausstandes und leitet diese monatlich der KV zu.

(2) Diese Statistik wird weiterhin monatlich im Mitteilungsblatt der KV veröffentlicht.

§ 9

Geltungsdauer

(1) Diese Anlage zum Gesamtvertrag gilt ab 1. Januar 1983.

(2) Sie kann mit der Frist des zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung geltenden Gesamtvertrages selbständig gekündigt werden, jedoch nicht früher als zum 31. Dezember 1984.

Anlage II

zu der Vereinbarung AOK/KV
vom 6. Juni 1983

Vereinbarung zwischen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) über die kassenärztliche Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 1 RVO für die Zeit vom 1. Januar 1983 bis zum 30. Juni 1983 und zur Fortführung des Laborfallpauschales

Die Anlage I der Vereinbarung vom 9. September 1982, deren Gültigkeitsdauer bis zum 31. Dezember 1982 begrenzt war, wird wie folgt weitergeführt:

Zu Abschnitt I

Die Vergütung der Kosten für Versand und Porto nach § 3 Abs. 4 der Anlage I der Vereinbarung vom 10. September 1981 wird für die Zeit vom 1. Januar 1983 bis zum 31. Dezember 1984 wie folgt festgelegt:

- a) für Fachärzte für Röntgenologie und Strahlenheilkunde
= DM 3,15 je Auftrag,
- b) für Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik
= DM 4,30 je Auftrag,
- c) für Ärzte, die nuklearmedizinische und/oder immunologische Leistungen erbringen,
= DM 3,15 je Auftrag,
- d) für Fachärzte für pathologische Anatomie
= DM 4,30 je Auftrag,
- e) für Ärzte, die zur Erbringung der zytologischen Diagnostik ermächtigt sind,
= DM 3,15 je Einsendung.

Zu Abschnitt II

Ziff. 1: Der Punktwert beträgt für die Zeit vom 1. Januar 1983 bis zum 30. Juni 1983 unverändert 9,7588 DPf.

Ziff. 2 entfällt

Ziff. 3 wird fortgeführt bis zum 31. Dezember 1984

Ziff. 4 - 8 entfallen

Zu Abschnitt III

entfällt

Zur Anlage I der Vereinbarung vom
10. September 1981

Es entfallen:

§ 4 Ziff. 5.1 einschließlich der darauf gerichteten
Protokollnotizen

§ 7 Ziff. 1, 2, 4, 5 und 6

§ 4 Ziff. 5 erhält für die Zeit vom 1. Januar 1983 bis
zum 30. Juni 1983 folgende Neufassung:

"Wenn der Teil der Gesamtvergütung für KV-interne kurative Leistungen - einschließlich Laborleistungen - für den Zeitraum vom 1. Januar 1983 bis 30. Juni 1983 gemäß nachstehender Berechnung (5.2.) den Teil der Gesamtvergütung für KV-interne Leistungen - einschließlich Laborleistungen - für den Zeitraum vom 1. Januar 1982 bis 30. Juni 1982 gemäß nachstehender Berechnung um jeweils mehr als 2,3 vH (Grenzbetragssteigerung) überschreitet, wird der Teil der Gesamtvergütung für KV-interne kurative Leistungen um den Überschreibungsbetrag gekürzt und mit der nächstfälligen Abschlagzahlung verrechnet. Es gilt das Formelwerk der Bundesempfehlungsvereinbarung vom 22. Dezember 1980.

Wenn für den Vertragszeitraum insgesamt eine Überschreitung des Grenzbetrages eingetreten ist, gilt zusätzlich folgendes: Für die im Formblatt 3 unter den Ziffern 201, 202 und 203 ausgewiesenen Leistungsarten wird getrennt nach allgemeiner Krankenversicherung und Krankenversicherung der Rentner und getrennt je Leistungsart festgestellt, ob der Honorarmehraufwand je Fall (Fallzahl nach Position 101 des Formblattes 3) gegenüber dem Vergleichszeitraum um mehr als 2,3 % gestiegen ist. Gegebenenfalls wird der Mehraufwand, der über 2,3 % liegt, je Leistungsart ermittelt und vom Überschreibungsbetrag abgesetzt. Für diese Berechnungen findet der jeweils vereinbarte Punktwert Anwendung."

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.