

Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern über die Abhaltung von Sprechstunden, Durchführung von Besuchen und Regelung der Vertretung von Kassenärzten

in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 12.12.2007

Diese Richtlinie tritt zum 20. Dezember 2007 in Kraft.

§ 1

Im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, in dem im § 73 Abs. 2 SGB V und § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bezeichneten Umfang sind Vertragsärzte und -psychotherapeuten gehalten, an ihrem Vertragsarztsitz sowie genehmigter ärztlicher Tätigkeit an weiteren Orten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung mindestens in dem in § 2 geregelten Umfang festzusetzen und ihre Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben; die Höchstzeiten für Tätigkeiten an weiteren Tätigkeitsorten sind zu beachten. Die Sprechstunden sind grundsätzlich mit festen Uhrzeiten auf dem Praxisschild anzugeben.

Sprechstunden „nach Vereinbarung“ oder die Ankündigung einer Vorbestellpraxis dürfen zusätzlich angegeben werden. Die Ankündigung besonderer Sprechstunden ist nur für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen zulässig.

Die regulären Sprechzeiten und die Sondersprechzeiten sind der KVMV mitzuteilen.

§ 2

Der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht, wobei wöchentlich mindestens 4 Vormittags- und 2 Nachmittagsprechstunden anzukündigen sind. Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sind die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) zu berücksichtigen. Ungeachtet der Einrichtung eines Notfalldienstes hat der Vertragsarzt im Einzelfall auch außerhalb seiner Sprechstunden für die Betreuung seiner Patienten Sorge zu tragen, sofern deren Krankheitszustand dies erfordert.

Für einen Teilversorgungsauftrag nach § 19a Ärzte-ZV gelten die in Satz 1 festgelegten Sprechstundenzeiten entsprechend auf der Grundlage von zehn Stunden wöchentlich für den Vertragsarztsitz. In allen Fällen der anzeige- bzw. genehmigungspflichtigen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit an einem weiteren oder mehreren Tätigkeitsorten außerhalb des Vertragsarztsitzes gilt, dass die Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes zeitlich insgesamt überwiegen muss. Bei Medizinischen Versorgungszentren gelten die vorgenannten Regelungen mit der Maßgabe, dass die angegebenen Mindestzeiten für den Versorgungsauftrag des Medizinischen Versorgungszentrums insgesamt unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte anzuwenden sind. Satz 5 gilt entsprechend. Zur Sicherung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz und den weiteren Orten sollen Mindest- und/oder Höchstzeiten an den weiteren Orten festgelegt werden.

Im übrigen bedürfen Sonderregelungen der Genehmigung durch den Vorstand der KVMV.

§ 3

Paragraph 2 gilt hinsichtlich des zeitlichen Umfangs nicht für Anästhesisten und Belegärzte.

§ 4

Ist der Vertragsarzt länger als eine Woche an der Ausübung seiner Praxis verhindert, so hat er dies der jeweiligen KV-Kreisstelle unter Benennung der vertretenden Ärzte unverzüglich mitzuteilen. Darüber hinaus hat der Vertragsarzt - auch bei Verhinderung von weniger als einer Woche - dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang) bekanntzugeben. Die Vertretung ist jeweils mit dem vertretenden Arzt abzusprechen. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der Vertragsarzt innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten ohne Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten lassen. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von sechs Monaten vertreten lassen; die Vertretungszeiten dürfen zusammen mit den Vertretungszeiten nach Satz 4 innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten.

§ 5

Versicherte haben Anspruch auf einen Hausbesuch nur, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

§ 6

Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:

1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.

§ 7

Im übrigen sind die in den Bundesmantelverträgen und der Zulassungsverordnung für Ärzte getroffenen Regelung zu beachten. Das gleiche gilt für Auflagen u. ä., die im Zusammenhang mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung oder im Rahmen besonderer Genehmigungsverfahren (z. B. hinsichtlich einer Tätigkeit an weiteren Orten) ausgesprochen worden sind.