

**Vereinbarung**  
**zwischen**  
**der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**  
**und**  
**der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse -**  
**über die**  
**Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit**  
**(belegärztliche Behandlung) ab 01.01.2006**

### **§ 1 Vorbemerkung**

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt dann nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke unmittelbar im Anschluss an diese Leistungen in die stationäre Behandlung desselben Vertragsarztes genommen wird. Dies gilt nicht bei ärztlichen Leistungen, die in Verbindung mit Besuchen erbracht werden, sowie in Notfällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinsweisung erfolgt.

Für gemäß § 121 SGB V erbrachte belegärztliche Leistungen durch hierzu berechnigte Ärzte gelten folgende Regelungen:

### **§ 2 Berechnung von Visiten**

Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der Nr. 01414 vergütet.

Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt, die Leistungen nach der Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegebpauschale/Wegegeld angesetzt werden.

Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich. Dies gilt – entsprechend den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2) – nicht für Visiten am OP-Tag und/ oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

### **§ 3 Berechnungsausschlüsse**

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten II 1.5, II.1.7.1 (Ausnahme 01707, 01708, 01711) - II 1.7.3, 1.7.4 (mit Ausnahme der Nrn. 01781, 01785, 01786, 01782, 01787); 1.7.5 ), II 2.5, III 3, III 4.2.1, 4.3.2, III 7.3, III 14, III 18.3, III 21, III 22, III 23, IV 30.4 (mit Ausnahme der Nrn. 30430 und 30431), IV 30.8; IV 30.9; IV 31.1.2, IV 31.6, Laborleistungen nach IV 32, IV 35.1, IV 35.2,

Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413, 01440, 01910, 01911, 02310, 08542, 10330, 13600, 13601, 13602, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30701, 32000, 32001, V (mit Ausnahme der Leistungen unter § 4 b) sowie der arztgruppenspezifischen Konsultationskomplexe in anderen als den in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 genannten Fällen ausgeschlossen.

#### **§ 4 Vergütungssätze**

Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

- a) die Operationen des Abschnitts IV 31.2 mit den in Nr. 10 der Präambel zum Abschnitt IV 31.2 genannten Vergütungssätzen,
- b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4 und 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
- c) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d) und e) aufgeführten Leistungen,
- d) die Leistungen der Liste mit den angegebenen Abschlägen:

Nrn. 13500, 13501, 13502, 13700, 13701, 25213, 25214 mit 32% Abschlag

Nrn. 04311, 04312, 04313, 04350, 04351, 04352, 04354, 13561, 25210, 25211 mit 37% Abschlag

Nrn. 04353, 08310, 30200, 30201 mit 42% Abschlag

Nrn. 02341, 05331, 05340, 05341, 10320, 10322, 10324, 13552, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 30710, 30711, 33051, 33081 mit 47% Abschlag

Nrn. 33000, 33002, 33010, 33011, 33012, 33040, , 33043, 33061, 33076, 33080, 33091, 33092 mit 52% Abschlag

Nrn. 01856, 01913, 02300, 13250, 13670, 33001, 33042, 33050, 33062, 33071, 33074 mit 57% Abschlag

Nrn. 01902, 02312, 02340, 04331, 04332, 04340, 05330, 13300, 13550, 13551, 13663, 33021, 33022, 33030, 33031, 33041, 33044, 33052, 33060, 33063, 33070, 33072, 33073, mit 62% Abschlag

Nrn. 02301, 02302, 04321, 04341, 30740, 33020, 33023, 34222, 34281, 34600 mit 67% Abschlag

Nrn. 02311, 04330, 04360, 09325, 13402, 13410, 13411, 13423, 13424, 13560, 13651, 13660, 13661, 13664, 17372, 30712, 30723, 34223, 34236, 34247, 34251, 34252, 34273, 34284, 34285, 34286, 34293, 34294, 34345, 34500 mit 72% Abschlag

Nrn. 04320, 13401, 13412, 13430, 13431, 13650, 17370, 17371, 25330, 30750, 33090, 34211, 34221, 34234, 34235, 34240, 34241, 34246, 34248, 34256, 34260, 34280, 34283, 34292, 34295, 34296, 34312, 34340, 34341, 34342, 34344, 34452, 34501 mit 77% Abschlag

Nrn. 01785, 04322, 04333, 04334, 13301, 13400, 13421, 13422, 13662, 25331, 25333, 30431, 30721, 30722, 30751, 30760, 34210, 34212, 34220, 34230, 34231, 34232, 34233, 34242, 34243, 34244, 34250, 34255, 34270, 34282, 34291, 34297, 34310, 34320, 34321, 34322, 34330, 34343, 34350, 34351, 34502 mit 82% Abschlag

Nrn. 01786, 01857, 01914, 05350, 13310, 13420, 17310, 17332, 25342, 30430, 30720, 30724, 34245, 34271, 34272, 34311, 34360, 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451 mit 87% Abschlag

Nrn. 02520, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 17361, 17362, 17363, 25310, 25320, 25321, 25322, 25323, 25332, 25340, 25341, 30730, 30731, 33075, 34290, 34431, 34460 mit 90% Abschlag

Die Höhe des Abschlages für die Nrn. 31800, 31801 bemisst sich nach der Höhe des Abschlages für die Operation nach Abschnitt IV 31.2 analog Präambel Nr. 10 zu Kap.31.2.

Die reduzierten Vergütungssätze gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

## **§ 5 Berechnung von Leistungen hinzugezogener Vertragsärzte**

Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Absatz 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte berechnen:

- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
  - die Leistung nach der Nr. 01414 mit 70 % des Vergütungssatzes ggf. in Verbindung mit der Leistung nach der Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/Wegegeld,
- b) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen
  - die Leistung nach der Nr. 05230 ggf. in Verbindung mit der Leistung nach der Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/ Wegegeld,
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach der Nr. 01414 mit 70 % des Vergütungssatzes, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach den Nrn. 01100 oder 01101 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
- d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien nach Abschnitt IV 31.5 erfolgt ein Abschlag für Anästhesien. Die Höhe des Abschlages bemisst sich nach der Höhe des Abschlages für die Operation nach Abschnitt IV 31.2 analog Präambel Nr. 10 zu Kap.31.2. Bei anderen Narkosen/Anästhesien gelten die Abschläge gemäß § 4 Abs. d.

## **§ 6 Berechnung der Leistungen anderer an demselben Krankenhaus tätiger Belegärzte**

Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der §§ 1 bis 4 vergütet.

## **§ 7 Vergütung von ärztlichem Bereitschaftsdienst für Belegpatienten**

Die Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten erfolgt gemäß nachstehenden Grundsätzen:

- a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der (den ) Belegabteilungen rechtzeitig tätig zu werden. Die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes wird dem Belegarzt vergütet, wenn ihm durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen. Der Belegarzt hat – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Dieser Nachweis ist pro Quartal in schriftlicher Form den Abrechnungsunterlagen beizufügen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet hierüber die AOK Berlin.

- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt. Dies gilt auch für jegliche Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.
- c) Als Vergütung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes werden pro Patient und Pflegetag 3,10 EUR gezahlt, sofern nicht auf Bundesebene etwas anderes vereinbart wird. (Nr. 40170 alt: 7200). Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfllegetage.

## **§ 8 Anpassungsbedarf und salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein, berührt dies nicht die Gültigkeit der Vereinbarung insgesamt. Die Vertragspartner treffen in diesem Fall zeitnah eine Regelung, die dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung am nächsten kommt.

## **§ 9 Geltung**

Die Vereinbarung gilt ab dem 01.01.2006 und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Berlin, den

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Für den Vorstand

AOK Berlin - Die Gesundheitskasse -