

Übergangsvereinbarung zwischen
der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK Berlin)

und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

über die
Bewertung belegärztlicher Tätigkeit

1. Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag/ Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach BMÄ-Nr. 28 vergütet.

Bei Einzelvisiten, die wegen der Art der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden, kann der Belegarzt die BMÄ-Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach dem Abschnitt B II. sowie den BMÄ-Nrn. 2, 25, 26, 32 und 150 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Die Leistungen nach BMÄ-Nr. 29 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

a) die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze;

b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N mit mindestens 120 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 120 Punkten erreicht;

c) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn.

101, 102, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 379, 389, 398, 601, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 640, 641, 642, 650, 651, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 694, 698, 700, 707, 710, 715, 719, 720, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1587, 1588, 1614, 1745, 1746, 1850, 1860, 2173, 2174, 2175

mit 60 % der Vergütungssätze;

d)

- die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B IX, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- mit 60 % der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 25 und 11 Bundesmantelvertrag/ Ärzte

genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

- e) Die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) mit 60 % der Vergütungssätze;
 - f) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) und nach den BMÄ-Nrn. 5520 bis 5521 (MRT-Untersuchung) mit 20 % der Vergütungssätze;
 - g) die Leistungen des Kapitels T mit 33 1/3 % der Vergütungssätze,
 - h) der Beistand bzw. die Assistenz nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, sofern der Belegarzt der KV Berlin nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Die Leistung nach BMÄ-Nr. 51, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kasenärztliche Vereinigung Berlin erteilt worden ist und die belegärztliche operative Leistung mit mindestens 600 Punkten bewertet ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht nach BMÄ-Nr. 51 berechnungsfähig.
6. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag/ Ärzte berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen
 - die BMÄ-Nr. 50 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7236,

- die BMÄ-Nr. 50 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der BMÄ-Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffenden Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239;
 - b) für die Assistenz die Leistungen nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5;
 - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visiten nach den BMÄ-Nrn. 28 oder 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen;
 - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D.
7. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
8. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- 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) Belegabteilung(-en) rechtzeitig tätig zu werden. Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.
- Der Belegarzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu bestätigen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für den Belegpatienten entstanden sind.
- b) Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art der Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen ein Betrag von 6,00 DM pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung mit Nr. 7200 erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.

9. Inkrafttreten, Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01. 01. 1996 in Kraft. Sie gilt übergangsweise solange, bis die Bewertung belegärztlicher Tätigkeit im Rahmen eines Gesamtvertrages zwischen der AOK Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geregelt wird. Die Vereinbarung kann von jedem Partner mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Schluß eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. 12. 1996 gekündigt werden.

Berlin, den 06.05.1996

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

**2. Ergänzungsvereinbarung zur
Übergangsvereinbarung zwischen**

der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin (AOK Berlin)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

über die

Bewertung belegärztlicher Tätigkeit

Das Kapitel O des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurde zum 01.07.1999 geändert. Daher wird die Übergangsvereinbarung vom 06.05.1996 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 02.12.1996 wie folgt geändert:

I. Nr. 3. a) erhält folgende Fassung:

„die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119, Pauschalerstattungen des Kapitels U sowie Leistungen nach den Anhängen zu Kapitel O mit 100 % der Vergütungssätze;“

II. Nr. 3 d):

Der Wortlaut des ersten Spiegelstrichs entfällt.

Nr. 3 c) wird an die Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angepaßt:

III. Nr. 3 c):

Die BMÄ-Nrn. 640, 641, 642, 645 und 1441 entfallen.

Die Änderungen treten zum 01.07.1999 in Kraft.

Berlin, den 29.09.1999

Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Übergangsvereinbarung zwischen
dem BKK-Landesverband Ost
für die Betriebskrankenkassen im Land Berlin

und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

über die
Bewertung belegärztlicher Tätigkeit
im Land Berlin

1. Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag/ Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach BMÄ-Nr. 28 vergütet.

Bei Einzelvisiten, die wegen der Art der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden, kann der Belegarzt die BMÄ-Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach dem Abschnitt B II. sowie den BMÄ-Nrn. 2, 25, 26, 32 und 150 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Die Leistungen nach BMÄ-Nr. 29 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

a) die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze;

b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N mit mindestens 120 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 120 Punkten erreicht;

c) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn.

101, 102, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 379, 389, 398, 601, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 640, 641, 642, 650, 651, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 694, 698, 700, 707, 710, 715, 719, 720, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1587, 1588, 1614, 1745, 1746, 1850, 1860, 2173, 2174, 2175

mit 60 % der Vergütungssätze;

d)

- die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B IX, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- mit 60 % der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 25 und 11 Bundesmantelvertrag/ Ärzte

genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

- e) Die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) mit 60 % der Vergütungssätze;
 - f) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) und nach den BMÄ-Nrn. 5520 bis 5521 (MRT-Untersuchung) mit 20 % der Vergütungssätze;
 - g) die Leistungen des Kapitels T mit 33 1/3 % der Vergütungssätze,
 - h) der Beistand bzw. die Assistenz nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, sofern der Belegarzt der KV Berlin nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Die Leistung nach BMÄ-Nr. 51, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kasenärztliche Vereinigung Berlin erteilt worden ist und die belegärztliche operative Leistung mit mindestens 600 Punkten bewertet ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht nach BMÄ-Nr. 51 berechnungsfähig.
6. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag/ Ärzte berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen
 - die BMÄ-Nr. 50 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7236,

- die BMÄ-Nr. 50 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der BMÄ-Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffenden Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239;
 - b) für die Assistenz die Leistungen nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5;
 - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visiten nach den BMÄ-Nrn. 28 oder 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen;
 - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D.
7. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
8. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- 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) Belegabteilung(-en) rechtzeitig tätig zu werden. Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.
- Der Belegarzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu bestätigen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für den Belegpatienten entstanden sind.
- b) Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art der Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen ein Betrag von 6,00 DM pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung mit Nr. 7200 erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.

9. Inkrafttreten, Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01. 01. 1996 in Kraft. Sie gilt übergangsweise solange, bis die Bewertung belegärztlicher Tätigkeit im Rahmen eines Gesamtvertrages zwischen dem BKK-Landesverband Ost und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geregelt wird. Die Vereinbarung kann von jedem Partner mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Schluß eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. 12. 1996 gekündigt werden.

Berlin, den 06.05.1996

BKK-Landesverband Ost
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

**2. Ergänzungsvereinbarung zur
Übergangsvereinbarung zwischen**

**dem BKK-Landesverband Ost
für die Betriebskrankenkassen im Land Berlin
und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
über die
Bewertung belegärztlicher Tätigkeit**

Das Kapitel O des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurde zum 01.07.1999 geändert. Daher wird die Übergangsvereinbarung vom 06.05.1996 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 02.12.1996 wie folgt geändert:

I. Nr. 3. a) erhält folgende Fassung:

„die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119, Pauschalerstattungen des Kapitels U sowie Leistungen nach den Anhängen zu Kapitel O mit 100 % der Vergütungssätze;“

II. Nr. 3 d):

Der Wortlaut des ersten Spiegelstrichs entfällt.

Nr. 3 c) wird an die Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angepaßt:

III. Nr. 3 c):

Die BMÄ-Nrn. 640, 641, 642, 645 und 1441 entfallen.

Die Änderungen treten zum 01.07.1999 in Kraft.

Berlin, den 29.09.1999

BKK-Landesverband Ost
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Übergangsvereinbarung zwischen
dem IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin
für die
IKK der Friseure und des Gastgewerbes
und Vereinigte IKK
und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
über die
Bewertung belegärztlicher Tätigkeit

1. Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag/ Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach BMÄ-Nr. 28 vergütet.

Bei Einzelvisiten, die wegen der Art der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden, kann der Belegarzt die BMÄ-Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale nach den Nrn. 7234 bis 7239 berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach dem Abschnitt B II. sowie den BMÄ-Nrn. 2, 25, 26, 32 und 150 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Die Leistungen nach BMÄ-Nr. 29 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5 kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

a) die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze;

b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N mit mindestens 120 Punkten bewertet sind, mit 100 % der Vergütungssätze mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen. Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 120 Punkten erreicht;

c) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn.

101, 102, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 378, 379, 389, 398, 601, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 640, 641, 642, 650, 651, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 694, 698, 700, 707, 710, 715, 719, 720, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1441, 1521, 1587, 1588, 1614, 1745, 1746, 1850, 1860, 2173, 2174, 2175

mit 60 % der Vergütungssätze;

d)

- die Leistungen des Kapitels O, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B IX, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
 - die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- mit 60 % der Vergütungssätze.

- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 25 und 11 Bundesmantelvertrag/ Ärzte

genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.

- e) Die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) mit 60 % der Vergütungssätze;
 - f) die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) und nach den BMÄ-Nrn. 5520 bis 5521 (MRT-Untersuchung) mit 20 % der Vergütungssätze;
 - g) die Leistungen des Kapitels T mit 33 1/3 % der Vergütungssätze,
 - h) der Beistand bzw. die Assistenz nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, sofern der Belegarzt der KV Berlin nachweist, daß er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muß.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Die Leistung nach BMÄ-Nr. 51, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kasenärztliche Vereinigung Berlin erteilt worden ist und die belegärztliche operative Leistung mit mindestens 600 Punkten bewertet ist. Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht nach BMÄ-Nr. 51 berechnungsfähig.
6. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag/ Ärzte berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen
 - die BMÄ-Nr. 50 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7236,

- die BMÄ-Nr. 50 in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der BMÄ-Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffenden Wegepauschalen nach den Nrn. 7234 bis 7239;
 - b) für die Assistenz die Leistungen nach BMÄ-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5;
 - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visiten nach den BMÄ-Nrn. 28 oder 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach BMÄ-Nr. 5, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen;
 - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D.
7. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
8. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten
- 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) Belegabteilung(-en) rechtzeitig tätig zu werden. Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt durch seine belegärztliche Tätigkeit Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen.
- Der Belegarzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin zu bestätigen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für den Belegpatienten entstanden sind.
- b) Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art der Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen ein Betrag von 6,00 DM pro Patient und Pflage tag gezahlt. Die Abrechnung mit Nr. 7200 erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.

9. Inkrafttreten, Kündigung

Die Vereinbarung tritt zum 01. 01. 1996 in Kraft. Sie gilt übergangsweise solange, bis die Bewertung belegärztlicher Tätigkeit im Rahmen eines Gesamtvertrages zwischen dem IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geregelt wird. Die Vereinbarung kann von jedem Partner mit dreimonatiger Kündigungsfrist zum Schluß eines jeden Kalendervierteljahres, frühestens zum 31. 12. 1996 gekündigt werden.

Berlin, den 06.05.1996

IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

**2. Ergänzungsvereinbarung zur
Übergangsvereinbarung zwischen

der IKK Brandenburg und Berlin
und
der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
über die
Bewertung belegärztlicher Tätigkeit**

Das Kapitel O des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurde zum 01.07.1999 geändert. Daher wird die Übergangsvereinbarung vom 06.05.1996 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 02.12.1996 wie folgt geändert:

I. Nr. 3. a) erhält folgende Fassung:

„die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den BMÄ-Nrn. 74, 75, 78 und 119, Pauschalerstattungen des Kapitels U sowie Leistungen nach den Anhängen zu Kapitel O mit 100 % der Vergütungssätze;“

II. Nr. 3 d):

Der Wortlaut des ersten Spiegelstrichs entfällt.

Nr. 3 c) wird an die Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angepaßt:

III. Nr. 3 c):

Die BMÄ-Nrn. 640, 641, 642, 645 und 1441 entfallen.

Die Änderungen treten zum 01.07.1999 in Kraft.

Berlin, den 29.09.1999

IKK Brandenburg und Berlin
Der Vorstand

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Für den Vorstand

Anlage 3

zum Gesamtvertrag

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

- Landesvertretung Berlin -

(VdAK)

und

dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

- Landesvertretung Berlin -

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

über die

**Abgrenzung, Vergütung und Abrechnung der stationären vertragsärztlichen
Tätigkeit
nach § 33 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen**

1. Dem nach § 32 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach E-GO-Nr. 28 vergütet.

Bei Einzelvisiten, die wegen der Art der Erkrankung unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden, kann der Belegarzt die E-GO-Nr. 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5 berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale nach den E-GO-Nrn. 7234 bis 7239 berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach dem Abschnitt B II. sowie den E-GO-Nrn. 2, 25, 26, 32, 40, 44 und 150 ausgeschlossen.

2. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag oder an dem auf die Operation folgenden Tag.

Die Leistungen nach E-GO-Nr. 29 in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5 kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

- a) die Leistungen der Kapitel D und S, die Leistungen nach den E-GO-Nrn. 74, 75, 78 und 119 sowie Pauschalerstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze;
- b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, F bis N, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind und die Kostenlisten nach den Anhängen zu Kapitel O, mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen sowie unter Beachtung der letzten Strichaufzählung unter d).

Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistungen eine Bewertung von mindestens 120 Punkten erreicht.

- c) die Leistungen nach den E-GO-Nrn.
101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 152, 178, 191, 375, 376, 377, 378, 381, 384, 388, 389, 398, 601, 603, 604, 605, 606, 608, 609, 612, 613, 614, 616, 617, 618, 619, 621, 622, 625, 630, 631, 635, 636, 650, 651, 652, 653, 654, 656, 660, 661, 665, 667, 668, 671, 672, 680, 681, 682, 686, 687, 689, 691, 694, 698, 700, 707, 710, 715, 719*, 720*, 721, 722, 723, 775, 802, 805, 806, 809, 810, 811, 812, 1019, 1160, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1364, 1365, 1418, 1521, 1587, 1588, 1614, 1745, 1746, 1850, 1860, 2174, 2175, 2176

mit 60 % der Vergütungssätze

- d) - die Leistungen des Abschnittes P I, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,
- die Leistungen der Abschnitte P II und P III,
- die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B IX, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind,

die den Leistungen der Kapitel O und P entsprechenden Leistungen aus Abschnitt B X, die mit mindestens 120 Punkten bewertet sind

mit 60 % Vergütungssätze

* (wenn die Leistungen zugleich erfolgen)

- Die Leistungen des Kapitels O sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 39 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig.
 - e) die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der E-GO-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) mit 60 % der Vergütungssätze;
 - f) die Leistungen nach den E-GO-Nrn. 5210 bis 5222 (Computertomographie) und nach den E-GO-Nrn. 5520 bis 5521 (MRT-Untersuchung) mit 20 % der Vergütungssätze;
 - g) die Leistungen des Kapitel T mit 33 1/3 % der Vergütungssätze;
 - h) der Beistand bzw. die Assistenz nach der E-GO-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5, sofern der Belegarzt der KV Berlin nachweist, dass er für die Assistenz eines vom Krankenhaus angestellten Arztes dem Krankenhaus Kosten erstatten muss.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
5. Die Leistungen nach E-GO-Nr. 51 ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5, bei Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen kann nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erteilt worden ist und die belegärztliche operative Leistung mit mindestens 600 Punkten bewertet ist.
- Assistenzen durch angestellte Ärzte des Krankenhauses sind nicht nach E-GO-Nr. 51 berechnungsfähig.
6. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen berechnen:
- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen oder von Anästhesieleistungen
 - die E-GO-Nr. 50 für jeden Kranken und insgesamt einmal die Wegepauschale nach den E-GO-Nrn. 7234 bis 7236,
 - die E-GO-Nr. 50 in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der E-GO-Nr. 5 erfüllt sind, sowie je Fall die zutreffenden Wegepauschalen nach den E-GO-Nrn. 7234 bis 7239;

- b) für die Assistenz die Leistungen nach E-GO-Nr. 46, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5;
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visiten nach den E-GO-Nrn. 28 oder 29, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach E-GO-Nr. 5, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen;
- d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den E-GO-Nrn. 1, (ggf. 2), 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D mit 100 % der Vergütungssätze.

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

8. Entgelt des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

- 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) Belegabteilung(-en) rechtzeitig tätig zu werden. Die Vertragskrankenkassen entgelten die Wahrnehmung dieses Bereitschaftsdienstes, wenn dem Belegarzt 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 den Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin unterrichtet hierüber den VdAK(AEV).

- b) Der von den Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

Dies gilt auch für jegliche Art der Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen ein Betrag von 6,00 DM pro Patient und Pfllegetag gezahlt. Die Abrechnung nach der E-GO-Nr. 7200 erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfllegetage.

9. Inkrafttreten

Die Änderungen des Kapitels O (Laborreform-Nr. 3 b) treten zum 01.07.1999 in Kraft.

Im Übrigen tritt diese Anlage zum 01.01.2000 in Kraft und tritt an die Stelle der Anlage 3 vom Januar 1997.

Berlin, den 16.03.2000

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
sowie
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Landesvertretung Berlin -
Leiter der Landesvertretung

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Für den Vorstand