

EMPFEHLUNGSVEREINBARUNG

zur

**stationären kassenärztlichen Versorgung
in Bayern**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

**dem AOK Landesverband Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

**dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

**dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -**

den Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern

und der

Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V.

sowie dem

Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V.

**auf der Grundlage von
§ 115 Abs. 2 Nr. 1 und § 121 Abs. 1 SGB V**

Den Partnern der bayerischen Gesamtverträge wird zur Umsetzung in den Gesamtverträgen nach § 85 SGB V empfohlen, ab 1. Juli 1989 die stationäre kassenärztliche Versorgung wie folgt zu regeln:

I.

Grundsätze für die Vergütung der belegärztlichen Leistungen

1. Abrechnungsfähig sind in Belegarztfällen die

- a) vom Belegarzt persönlich erbrachten Leistungen (Abschnitt II. A)
- b) von seinem von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns genehmigten Assistenten erbrachten Leistungen *) (Abschnitt II. A, B)
- c) von hinzugezogenen Ärzten erbrachten Leistungen (Abschnitt II. C)
- d) von am Krankenhaus angestellten Ärzten - soweit es sich dabei nicht um Anästhesisten handelt - im Vertretungsfall (Abschnitt II. A, Abschnitt III. 1.), sowie in Einzelfällen nach Abschnitt II, B 2. erbrachten Leistungen.
- e) vom Belegarzt unter Beachtung der Bestimmungen dieses Vertrages veranlaßten Leistungen außerhalb des Krankenhauses, die von Ärzten (Abschnitt II. C, 4.) und ärztlich geleiteten Einrichtungen, soweit sie an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen (Abschnitt II. C, 7), erbracht werden.
- f) Entgelte für einen vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienst.

2. Konsiliarärztliche Leistungen, die Belegärzte in Behandlungsfällen von Anstaltsärzten erbringen, sind grundsätzlich nicht abrechnungs- und vergütungsfähig. Soweit die konsiliarärztlichen Leistungen einen zumutbaren Umfang überschreiten, ist eine Vergütung hierfür zwischen dem Belegarzt, dem Krankenhausträger und den Partnern des Gesamtvertrages zu vereinbaren.

3. Die ärztliche Präsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst) für Belegarztfälle ist grundsätzlich von den Belegärzten sicherzustellen. Soweit dies aufgrund der geringen Zahl von Belegärzten (zuzüglich der von der KVB genehmigten Assistenten) an einem Krankenhaus nicht möglich ist, haben die Belegärzte die Sicherstellung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für ihre Belegarztfälle durch eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger und den Partnern der Gesamtverträge zu regeln.

4. Leistungen, die durch am Krankenhaus angestelltes nichtärztliches Personal (z. B. Anästhesie- und/oder OP Personal usw.) für Belegarztfälle erbracht werden, sind allgemeine Krankenhausleistungen (§ 3 Abs. 2 BPfIV) und deshalb durch den Belegarzt nicht abrechnungsfähig.

*) Hierunter fallen auch die vom Krankenhausträger angestellten Ärzte, für welche Belegärzte dem Krankenhausträger die Personalkosten ganz oder teilweise erstatten und für die dem Belegarzt durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eine Assistentengenehmigung erteilt wurde.

II.

Abrechnungsfähige Leistungen

Bei stationärer kassenärztlicher Behandlung durch die dazu berechtigten Kassenärzte sind folgende Leistungen des BMA'87 ansatzfähig:

A) Für den behandelnden Belegarzt:

1. Dem anerkannten Belegarzt werden die Visiten im Krankenhaus je Patient nach Nr. 17 vergütet.

Bei dringend angeforderten Einzelvisiten nach den Nrn. 18, 19, 20 oder 24 kann zusätzlich das entsprechende Wegepauschale berechnet werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 25 bis 32 ausgeschlossen.

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

Die Leistungen nach den Nrn. 19, 20 oder 24 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 sowie die Leistungen nach den Nrn. 42, 62, 74, 75 und 119 sowie die Pauschalentstattungen des Kapitels U mit 100 % der Vergütungssätze

- b) die Leistungen, die in den Kapiteln B, C, im Abschnitt E VI und in den Kapiteln 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 Nrn. 106, 107, 118, 178, 191, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 398, 563, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 607, 608, 610, 611, 615, 616, 617, 618, 620, 621, 625, 630, 631, 641, 642, 650, 651, 653, 655, 656, 660, 661, 665, 671, 676, 677, 680, 681, 682, 685, 686, 687, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 700, 705, 706, 711, 712, 715, 716, 717, 721, 723, 802, 803, 804, 805, 806, 808, 809, 810, 811, 812, 814, 1000, 1001, 1002, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1440, 1441, 1586, 1745, 1746 mit 40 % der Vergütungssätze

d) die Leistungen des Kapitels O I und O II sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X BMA werden vom Krankenhausträger vorgehalten bzw. von diesem zur Verfügung gestellt und sind vom Belegarzt nicht berechnungsfähig.

e) Die Leistungen des Kapitels O III sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X BMA werden wie folgt vergütet:

1. Soweit diese vom Belegarzt in seiner Praxis erbracht werden, mit 100 % der Vergütungssätze.
2. Soweit diese im Krankenhaus selbstverantwortlich vom Belegarzt erbracht werden mit 25 % der Vergütungssätze.
3. Soweit der Belegarzt diese nach außerhalb als Auftragsleistungen veranlaßt, werden die Leistungen vom erbringenden Kassenarzt über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. (siehe Buchstabe C, 4.)

Die Leistungen des Kapitels O III sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X BMA sind nur berechnungsfähig, wenn die in den Labor-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

f) die Leistungen des Kapitels P sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X BMA werden wie folgt vergütet:

1. Soweit diese vom Belegarzt in seiner Praxis erbracht werden, mit 100 % der Vergütungssätze.
2. Soweit diese im Krankenhaus selbstverantwortlich vom Belegarzt erbracht werden mit $33 \frac{1}{3}$ % der Vergütungssätze.
3. Soweit der Belegarzt diese nach außerhalb als Auftragsleistungen veranlaßt, werden die Leistungen vom erbringenden Kassenarzt über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. (siehe Buchstabe C, 4.)

g) die Leistungen des Kapitels Q mit Ausnahme der Nrn. 5200 bis 5205 (Computertomographie) mit $33 \frac{1}{3}$ % der Vergütungssätze

h) die Leistungen nach den Nrn. 5200 bis 5205 (Computertomographie) und nach den Nrn. 5500 bis 5512 (Kernspintomographie) mit 20 % der Vergütungssätze

i) die Leistungen des Kapitels T mit $33 \frac{1}{3}$ % der Vergütungssätze

4. Soweit Leistungen nach den Nummern 3 a) bis c) und e) bis i) mit vorhandenen Krankenhaus-Einrichtungen erbracht werden können, sind diese Einrichtungen zu nutzen. Eine Verlagerung der Leistungserbringung nach außerhalb des Krankenhauses ist nicht möglich. Erbringt ein Krankenhausarzt diese Leistungen, sind sie nicht abrechnungsfähig.

5. Die Vergütung nach Abschnitt 1. Nr. 1 Buchstabe f) wird nach einer entsprechenden Regelung auf Bundesebene vereinbart.

B) Assistenzen durch genehmigte Assistenten oder durch Krankenhausärzte

1. Die Leistungen nach den Nrn. 51, 52 oder 53 (Assistenz durch den genehmigten Assistenten bei Operationsleistungen) können nur berechnet werden, wenn dem Belegarzt eine Assistentengenehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns erteilt worden ist. (siehe hierzu auch Fußnote zu Abschnitt I, 1. b))

2. Werden in Einzelfällen angestellte Ärzte des Krankenhauses (hauptamtliche Abteilung) durch den Belegarzt - ohne Vorliegen einer Assistentengenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns - zur Assistenz hinzugezogen, so ist hierfür nach den Nrn. 51, 52 oder 53 abzurechnen; diese Nummern sind mit dem Symbol "A" zu kennzeichnen, Abschnitt III. 1. gilt sinngemäß.
3. Assistenzen nach den Nrn. 51, 52 oder 53 sind nur abrechnungsfähig in Verbindung mit operativen Leistungen, die mit mehr als 450 Punkten bewertet sind. Die Abrechnung erfolgt durch den hinzuziehenden Belegarzt.

C) Für hinzugezogene Ärzte

1. Assistenz durch freipraktizierenden Kassenarzt, der nicht regelmäßig an demselben Krankenhaus tätig ist

- a) Wird von einem Belegarzt ein freipraktizierender Kassenarzt zur Assistenz bei Tage hinzugezogen, so kann dieser die Leistungen nach den Nrn. 46. ggf. 49 und für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Nr. 50 je Fall berechnen. Daneben ist für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses insgesamt einmal das Wegepauschale nach den Nrn. 34 bis 36 berechenbar.
- b) Wird von einem Belegarzt ein freipraktizierender Kassenarzt zur Assistenz zwischen 20.00 und 8.00 Uhr hinzugezogen, so kann dieser neben den Leistungen nach den Nrn. 47 oder 48 und ggf. 49 für die Nachtzeit ebenso wie der Belegarzt die Einzelvisiten nach den Nrn. 19 oder 20 für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses berechnen. Als Wegepauschale können die Nrn. 37, 38 oder 39 berechnet werden.

2. Narkose/Anästhesie durch freipraktizierenden Kassenarzt, der nicht regelmäßig an demselben Krankenhaus tätig ist

- a) Wird von einem Belegarzt ein freipraktizierender Kassenarzt zur Narkose/Anästhesie bei Tage hinzugezogen, so kann dieser für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Nr. 50 je Fall berechnen. Daneben sind die Wegepauschalen nach den Nrn. 34 bis 36 insgesamt einmal berechnungsfähig. Ggf. sind die Leistungen nach Nr. 61, 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D zu berechnen.
- b) Wird von einem Belegarzt ein freipraktizierender Kassenarzt zur Narkose/Anästhesie zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr hinzugezogen, so kann dieser für die Nachtzeit die Einzelvisiten nach den Nrn. 19 oder 20 für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses berechnen. Als Wegepauschale können die Nrn. 37, 38 oder 39 berechnet werden. Daneben können ggf. die Leistungen nach Nr. 61, 181, 182, 185, 189, 192, 193 und 199 sowie nach den Kapiteln C und D berechnet werden.
- c) Der von einem Belegarzt zur Narkose/Anästhesie zugezogene freipraktizierende Kassenarzt oder als Kassenarzt beteiligte oder ermächtigte Arzt für Anästhesie kann die von ihm stationär erbrachten Leistungen nach Nrn. 2. a) und 2. b) nicht abrechnen, wenn sie vom Krankenhaus durch einen Chefarzt für Anästhesie, durch dessen Vertreter oder durch einen anderen geeigneten Krankenhausarzt sichergestellt werden können.

3. Hinzuziehung eines anderen Belegarztes oder eines an demselben Krankenhaus regelmäßig tätigen Kassenarztes

a) Wenn ein Belegarzt einen anderen Belegarzt, der an demselben Krankenhaus tätig ist oder einen anderen am Krankenhaus regelmäßig tätigen Kassenarzt zu

- einer Auftragsleistung
- einer Konsiliaruntersuchung
- einer Mitbehandlung oder
- einem Konsilium

zuzieht, so kann auch der zugezogene Belegarzt bzw. Kassenarzt nach Buchstabe A abrechnen.

b) Wenn ein Belegarzt einem anderen Belegarzt, der an demselben Krankenhaus tätig ist oder einen anderen am Krankenhaus regelmäßig tätigen Kassenarzt zu

- einer Assistenz

zuzieht, so kann auch der zugezogene Belegarzt bzw. Kassenarzt nach Buchstabe C 1. a) oder b) abrechnen.

c) Wenn ein Belegarzt einem anderen Belegarzt, der an demselben Krankenhaus tätig ist oder einen anderen am Krankenhaus regelmäßig tätigen Kassenarzt zu

- Erbringung von Narkosen/Anästhesien

zuzieht, so kann auch der zugezogene Belegarzt bzw. Kassenarzt nach Buchstabe C 2. a) oder b) abrechnen; 2. c) gilt sinngemäß.

4. Hinzuziehung eines nicht regelmäßig an demselben Krankenhaus tätigen Kassenarztes oder eines Nicht-Kassenarztes

Wenn ein Belegarzt eine Auftragsleistung, eine Konsiliaruntersuchung, eine Mitbehandlung oder ein Konsilium für erforderlich hält, so kann der zugezogene Kassenarzt, wenn er nicht regelmäßig selbst an demselben Krankenhaus tätig und auch das betreffende Fach an dem Krankenhaus nicht vertreten ist, seine Leistungen nach den für ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen abrechnen. Das gleiche gilt, wenn ein Nicht-Kassenarzt oder ein nach § 116 SGB V ermächtigter Krankenhausarzt, der nicht an diesem Krankenhaus tätig ist, deshalb hinzugezogen wird, weil ein Kassenarzt nicht zur Verfügung steht.

5. Regelmäßige Tätigkeit

Eine regelmäßige Tätigkeit ist zu vermuten, wenn der zugezogene Arzt in mehr als einem Quartal in 26 oder mehr Belegarztfällen dieses Krankenhauses je Quartal tätig wurde. Diese Regelmäßigkeit stellt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf Antrag einer Krankenkasse anhand der Anzahl der Leistungen nach Kapitel D und/oder Nr. 46 fest. Die Feststellung gilt für die folgenden vier Abrechnungsquartale.

6. Weiterbehandlung durch einen anderen Belegarzt

Eine Weiterbehandlung durch einen anderen Belegarzt liegt vor, wenn der Kranke vorübergehend oder für die restliche Dauer der Krankenhausbehandlung allein von dem zugezogenen Belegarzt behandelt wird. In diesen Fällen richtet sich die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen des weiterbehandelnden Belegarztes nach Abschnitt II Buchstabe A).

7. Auftragsleistungen an ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen

Wenn ein Belegarzt eine Auftragsleistung, die mit den vorhandenen Krankenhaus-Einrichtungen nicht erbracht werden kann, durch eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung ausführen läßt, rechnet diese nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen ab.

Dies gilt nicht für die in Abschnitt II. Buchstabe A, 3. d) genannten Leistungen.

III.

Anwendungsbestimmungen

1. Werden für den Belegarzt abrechnungsfähige Leistungen nach Abschnitt II. A im Vertretungsfall *) von Krankenhausärzten erbracht, so sind diese in die Abrechnung des Belegarztes aufzunehmen und zusätzlich mit dem Symbol "A" zu kennzeichnen. Die Vergütung für diese Leistungen wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns direkt an den Krankenhausträger weitergeleitet. Diese Vergütungen sind ggf. als Abschlagszahlungen auf die vom Belegarzt an den Krankenhausträger zu leistende Kostenerstattung anzusehen.
2. a) Bei stationären Belegarztfällen können die von einem aushelfenden Belegarzt erbrachten ärztlichen Leistungen auf dem Belegarztschein des vertretenen Arztes abgerechnet werden. Der aushelfende Belegarzt wird in diesen Fällen wie ein Vertreter in der Praxis tätig.
b) Anstelle der Abrechnung nach a) können die Leistungen auch vom vertretenden Belegarzt (unter Verwendung von Vordruck-Muster 19) abgerechnet werden.
3. Die Anlage C zum Gesamtvertrag gilt auch für Klinikbesitzer, die wie Belegärzte tätig werden, mit der Einschränkung, daß neben abrechnungsfähigen Visiten Wegegepauschalen nicht ansatzfähig sind.
4. Die Abrechnung stationärer kassenärztlicher Leistungen ist erst nach Anerkennung als Belegarzt durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns möglich.

*) Unter einem Vertretungsfall wird die Vertretung des Belegarztes bei dessen Krankheit, Urlaub, Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung verstanden. Als Vertretungsfall in diesem Sinne gilt auch eine Notfallbehandlung des Beleg-Patienten durch einen Krankenhausarzt. Das schließt aus, daß unter einem "Vertretungsfall" Auftragsleistungen bzw. Mitbehandlungen durch angestellte Krankenhausärzte erbracht und diese Leistungen vom Belegarzt abgerechnet werden.

5. Der Belegarzt rechnet seine stationären Leistungen auf einem Belegarztschein ab. Der Belegarzt stellt sich für die Abrechnung stationärer kassenärztlicher Leistungen einen Belegarztschein nach vereinbartem Muster aus. Im übrigen gelten die Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.
6. Belegärzte oder sonstige Ärzte, die zur Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung, zum Konsilium, zur Assistenz oder zur Narkose/Anästhesie zugezogen werden, rechnen ihre erbrachten Leistungen auf einem vom behandelnden Belegarzt ausgestellten Überweisungsschein ab. In diesen Fällen ist vom ausstellenden Belegarzt der Überweisungsschein auf der Vorderseite in der Zeile "andere Gründe" mit der Kennzeichnung "stationär" zu versehen. Diese Fälle sind vom abrechnenden Arzt ebenfalls unter "stationär" abzurechnen.
7. Bei Assistenzen und Narkosen ist die Art der Operation anzugeben.

IV.

Für die nach Abschnitt II ansatzfähigen Leistungen gelten die Regelungen nach den Anlagen A und B des Gesamtvertrages entsprechend.

V.


Soweit Krankenhausträger Belegabteilungen vorhalten, gehen die Vertragspartner davon aus, daß die dazu erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger zu stellen ist. Wird diese erforderliche medizinische Geräteausstattung vom Krankenhausträger nicht vorgehalten, ist eine externe Leistungserbringung nicht abrechnungsfähig.

VI.

Diese Vereinbarung gilt mit Wirkung ab 1. Juli 1989. Sie kann durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden. Die Kündigung kann jedoch frühestens zum 31.12.1990 erfolgen. Eine teilweise Kündigung der Vereinbarung ist zulässig. Der Kündigungsempfänger kann jedoch in diesem Fall mit einer Frist von 14-Tagen nach Eingang der Kündigung die Vereinbarung ganz oder teilweise zum gleichen Termin gegenkündigen.

München, den 8. Juni 1989

Kassenärztliche Vereinigung Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Professor Dr. med. Dr. h. c. Sewering
Vorsitzender des Vorstandes

AOK-Landesverband Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.



Verband der
Privatkrankenanstalten in Bayern e. V.



BKK-Landesverband Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Landesverband der Innungskrankenkassen
in Bayern
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -



Landwirtschaftliche Krankenkassen
in Bayern