

chung (U2) auch nachgereicht werden kann. Der Berechtigungsschein verbleibt beim Arzt und ist von diesem mindestens zwei Jahre nach Durchführung der Untersuchung aufzubewahren.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verständigen sich über Form und wesentlichen Inhalt des Berechtigungsscheines. Er soll insbesondere Aufschluß geben über den Leistungsinhalt und über die Notwendigkeit der regelmäßigen Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen.“

Die Anlage 1 „Untersuchungsheft für Kinder“ wird gemäß Anlage geändert und ergänzt.

Die vorstehenden Änderungen und Ergänzungen treten am 1. Oktober 1989 in Kraft.

Köln, den 24. August 1989

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende
Dr. Matzke

Änderung der Anlage 5 des Bundesmantelvertrages – Ärzte

Durch Beschlußfassung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V ist die Anlage 5 des Bundesmantelvertrages – Ärzte und damit der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) wie folgt geändert worden:

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 32:

„32 Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 25 bis 30 oder 150“

2. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 60:

„Eine mehrfache Berechnung der Nr. 60 oder die Berechnung der Nr. 60 und der Leistungen nach den Nrn. 160, 161 oder 162 in demselben Behandlungsfall bedarf der Begründung.“

3. Änderung des 2. Absatzes der Präambel zu Abschnitt B IX:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 100 bis 105, 140, 142 bis

149, 157, 158, 160, 161 und 162 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 11, 13, 60, 61 und 63 nicht berechnungsfähig.“

4. Neuaufnahme eines weiteren (dritten) Absatzes in die Präambel zu Abschnitt B IX:

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 160, 161 und 162 die Leistungen nach den Nrn. 250, 603, 3500, 3630, 3632, 3633, 3635, 3661, 3664, 3668 und 3670 nicht berechnungsfähig.“

5. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 149:

„149 Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat340“

6. Änderung der Leistungsnumerierung und der Leistungslegende der Nr. 149:

„150 Besuch im Rahmen einer Früherkennungsmaßnahme nach den Nrn. 140 oder 142 bis 149“

7. Änderung der Überschrift zu Abschnitt B IX 3.:

„3. Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“

8. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 160:

„160 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien780“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 161:

„161 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau990“

10. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 162:

„162 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann940“

11. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 162:

„Die Abrechnung der Leistung nach Nr. 603 bedarf der Begründung, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen nach den Nrn. 160, 161 oder 162 abgerechnet werden.“

Die Beschlüsse 1 bis 11 treten zeitgleich mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in Kraft.

Änderungen des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, – einerseits – und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R., Berg. Gladbach und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, – andererseits – vereinbaren auf der Grundlage des § 37 Abs. 4 des Bundesmantelvertrages folgende Änderungen des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ):

1. Änderung der dritten vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 8 BMÄ

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 Leistungen aus den Ab-

schnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 149, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

2. Änderung der zweiten vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 62 BMÄ

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 60 bis 63 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 149, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

3. Änderung der ersten vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 148 BMÄ und Verschiebung beider Anmerkungen hinter Nr. 148 BMÄ hinter Nr. 149 BMÄ

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 143 bis 149 sind die Leistungen nach den Nrn. 951 und 952 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.“

Die Vereinbarung tritt zeitgleich mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in Kraft.

Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages

aus der 154. Sitzung (Teil I) am 13./14. September 1989

598. Änderungen und Ergänzungen der E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 32 E-GO:

„32 Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 25 bis 30 oder 150“

2. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 60 E-GO:

„Eine mehrfache Berechnung der Nr. 60 oder die Berechnung der Nr. 60 und der Leistungen nach den Nrn. 160, 161 oder 162 in demselben Behandlungsfall bedarf der Begründung.“

3. Änderung des 2. Absatzes der Präambel zu Abschnitt B IX:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 100 bis 105, 140, 142 bis 149, 157, 158, 160, 161 und 162 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 11, 13, 60, 61 und 63 nicht berechnungsfähig.“

4. Neuaufnahme eines weiteren (dritten) Absatzes in die Präambel zu Abschnitt B IX:

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 160, 161 und 162 die Leistungen nach den Nrn. 250, 603, 3500, 3630, 3632, 3633, 3635, 3661, 3664, 3668 und 3670 nicht berechnungsfähig.“

5. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 149 E-GO:

„149 Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat 340 38,25 DM“

6. Änderung der Leistungsnumerierung und der Leistungslegende der Nr. 149 E-GO:

„150 Besuch im Rahmen einer Früherkennungsmaßnahme nach den Nrn. 140 oder 142 bis 149 (A II § 4 a)“

7. Änderung der Überschrift zu Abschnitt B IX 3.:

„3. Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“

8. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 160 E-GO:

„160 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien 780 87,75 DM“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 161 E-GO:

„161 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau . . . 990 111,38 DM“

10. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 162 E-GO:

„162 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann . . . 940 105,75 DM“

11. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 162 E-GO:

„Die Abrechnung der Leistung nach Nr. 603 bedarf der Begründung, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen nach den Nrn. 160, 161 oder 162 abgerechnet werden.“

(Der Beschluß tritt zeitgleich mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in Kraft.)

599. Änderungen der E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A II. § 4 a) E-GO

„Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Nrn. 25 bis 30 oder 150 sowie für jede Einzelvisite nach den Nrn. 18 bis 21 oder 24 ein Wegepauschale nach den Nrn. 34 bis 39 in unterschiedlicher Höhe nach Wegebereichen und Besuchszeiten. Darüber hinaus erhält der Vertragsarzt ein gesondertes Wegepauschale für Besuche zur Durchführung konsiliarischer Tätigkeit nach der Nr. 42 oder 43 oder für den ersten Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen nach den Nrn. 7160 und 7161 in unterschiedlicher Höhe nach Besuchszeiten.“

2. Änderung der 2. vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 8 E-GO

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klini-

sche Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 149, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

3. Änderung der 2. vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 62 E-GO

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 60 bis 63 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 149, 157, 158, 160, 161, 162, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

4. Änderung der 1. vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 148 E-GO und Verschiebung beider Anmerkungen hinter Nr. 148 E-GO hinter Nr. 149 E-GO

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 143 bis 149 sind die Leistungen nach den Nrn. 951 und 952 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.“

5. Verschiebung der vertraglichen Anmerkung hinter Nr. 149 E-GO hinter Nr. 150 E-GO

(Der Beschluß tritt zeitgleich mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in Kraft.)

600. Ergänzung der Anlage 1 zur E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Die Anlage 1 zur E-GO wird um Punkt 8. wie folgt ergänzt:

„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 Vertragskassen 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 nachzuweisen, daß ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet

hierüber den VdAK-Ortsausschuß.

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

Jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt fällt nicht unter diese Regelung.

c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskassen ein Betrag von 5,- DM pro Patient und Pflage tag gezahlt.

Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach Zahl der Pflage tage.“

(Gültig ab 1. Juli 1989)

601. Zu Nr. 7200 E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

In Kapitel U (Pauschalerstattungen) wird ein Kostenersatz neu aufgenommen.

„7200 Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflage tag 5,00 DM“

(Gültig ab 1. Juli 1989)

602. Zu den Nrn. 185, 193 und 488 E-GO:

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Hinter Nr. 185 E-GO wird folgende Anmerkung neu aufgenommen:

„Die Leistung nach Nr. 185 kann der die Narkose ausführende Arzt nur dann berechnen, wenn er die Narkose während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur ist die Leistung nicht berechnungsfähig.“

Hinter Nr. 193 E-GO wird folgende Anmerkung neu aufgenommen:

„Die Leistung nach Nr. 193 kann der die Narkose ausführende Arzt nur dann berechnen, wenn er die Narkose während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur ist die Leistung nicht berechnungsfähig.“

Die Anmerkung hinter Nr. 488 E-GO wird wie folgt geändert:

„Kombinationsnarkosen nach den Nrn. 485 bis 488 kann der die Narkose ausführende Arzt nur dann berechnen, wenn er die Narkose während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur sind die Leistungen nicht berechnungsfähig.“

(Gültig ab 1. Oktober 1989)

Servatius Keuler, der Hauptgeschäftsführer der ärztlichen Organisationen in Trier, tritt mit dem 30. September in den Ruhestand. Keuler gehört zu den oft apostrophierten und mittlerweile selten werdenden „Männern der ersten Stunde“. Er trat nämlich schon am 1. Juli 1946 als Mitarbeiter in die Dienste der Ärzteschaft. Damals, in den Aufbaujahren, waren nicht nur in Trier die ärztlichen Organisationen – Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung – organisatorisch und personell eng verflochten. Diese Verflechtungen sind mit zunehmender Verselbständigung und zunehmender Aufgabenteilung allenthalben lockerer geworden, nicht aber in Trier, denn bis zu seiner Pensionierung führte Keuler die Geschäfte der Bezirksärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Versorgungseinrichtung in Personalunion. Auch organisatorisch sind in Trier die ärztlichen Organisationen weiterhin eng miteinander verbunden.

Servatius Keuler, am 19. Mai 1926 in Trier geboren, hat bei den ärztlichen Organisationen eine stete Karriere gemacht: 1949 Abteilungsleiter für das Ersatzkassenvertrags- und Rechnungswesen, 1962 Geschäftsführer der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer, 1965 Geschäftsführer der Bezirksärztekammer sowie der Kassenärztlichen Vereinigung.

Auch über den Trierer Raum hinaus hat sich Keuler große Verdienste erworben, so führt er die Geschäfte der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Rheinland-Pfalz und Saarland und des Rechenzentrums der Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz, Saarland und Trier – das übrigens schon seit 1967; Keuler ist einer der Pioniere der Datenverarbeitung für die Ärzteschaft. Auch auf Bundesebene war Keuler als Mitglied verschiedener Ständiger Konferenzen aktiv.

Keuler ist von seiner Heimat geprägt und seiner Heimat eng verbunden, ein typischer Moselaner. Diese sind bekanntlich gesellig und gastfreundlich. Für Servatius Keuler gilt das in besonderem Maße. Bei aller Geselligkeit – Keuler war und ist bis heute ein harter Arbeiter, der seine Verantwortungsbereiche in gutem Zustand an seine beiden Nachfolger übergibt. NJ