Vereinbarung
über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
(belegärztliche Behandlung)
ab 01.01.2009

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen,
  vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch den Geschäftsführer
  Herrn Rainer Striebel,

- BKK-Landesverband Ost - Landesrepräsentanz Thüringen,

- IKK Thüringen,

- Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main,

- Krankenkasse für den Gartenbau,
  handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

und

den Ersatzkassen

Barmer Ersatzkasse
Techniker Krankenkasse
Deutsche Angestellten-Krankenkasse
KKH-Allianz
Gmünder ErsatzKasse - GEK
HEK – Hanseatische Krankenkasse
Hamburg Münchener Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Thüringen

§ 1
Vorbemerkungen

(1) 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 aufgenommen wird. Dies gilt nicht bei ärztlichen Leistungen, die in Verbindung mit Besuchen erbracht werden sowie Notfällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt.

(2) Bei festgestellter Fehlbelegung als Ergebnis einer Fehlbelegungsprüfung nach § 17c KHG und § 275 SGB V ist die belegärztliche Behandlung nach den Grundsätzen der ambulanten Behandlung abzurechnen.

(3) Belegärztliche stationäre Behandlung ist nur zulässig für Maßnahmen, die der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen. Darüber hinausgehende Maßnahmen des Belegarztes sind der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit zuzurechnen und im Belegarztfall nicht gesondert berechnungsfähig. Behandlungs-, Betreuungs- und Diagnosekomplexe, insbesondere mit mehreren Arzt-Patientenkontakten, sind im belegärztlichen Fall deshalb nicht berechnungsfähig.

(4) Für gemäß § 121 SGB V erbrachte belegärztliche Leistungen durch hierzu berechtigte Ärzte gelten folgende Regelungen:

§ 2
Berechnung von Visiten

(1) Dem nach § 31 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) und nach § 39 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01414 EBM vergütet.

(2) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Leistungen nach der GOP 01414 EBM oder bei Erfüllung der Voraussetzungen die GOP 01100 oder 01101 oder 01412 je Betriebsstätte einmalig berechnen. Nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100 bzw. 01101 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist – entsprechend den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2) - eine Begründung erforderlich.

§ 3
Vergütungssätze

Die belegärztlichen Leistungen werden dem Belegarzt wie folgt vergütet:

1. zu 100 %:

a) die Leistungen des Kapitels 36 (Belegärztliche Leistungen) und Kapitels 8.4 (Geburtshilfe) EBM,
b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5 EBM,

c) die nachfolgenden Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOP)

01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01412, 01414, 01602, 01620, 01621, 05210[1], 05211[1], 05212[1], 06210[1], 06211[1], 06212[1], 07210[1], 07211[1], 07212[1], 08210[1], 08211[1], 08212[1], 09210[1], 09211[1], 09212[1], 09351, 10210[1], 10211[1], 10212[1],13210[1], 13211[1], 13212[1], 13311, 15210[1], 15211[1], 15212[1], 16210[1], 16211[1], 16212[1], 17210, 17214, 17370, 18210[1], 18211[1], 18212[1], 20210[1], 20211[1], 20212[1], 24210[1], 24211[1], 24212[1], 26210[1], 26211[1], 26212[1], 31900, 31914, 31920

2. zu 80 %:

02321, 09320, 09321, 09322, 09323, 09324, 09326

3. zu 65 %:

01711, 01712

4. zu 60 %:

08541, 09310, 09311, 09312, 09313, 09314, 09315, 09316, 09317, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 13257, 13260, 13501, 13502, 13561, 13700, 13701, 15311, 15322, 15323, 30600, 30601

5. zu 55 %:

02341, 08310, 30200, 30201

6. zu 50 %:

01781, 01782, 01787, 01853, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 01950, 01952, 02100, 02101, 02110, 02111, 02112, 02120, 02313, 02320, 02322, 02323, 02330, 02331, 02342, 02343, 05310, 05331, 05340, 05341, 05360, 05361, 05370, 05371, 05372, 06310, 06333, 06350, 06351, 06352, 08311, 08332, 08333, 10320, 10322, 10324, 13552, 17373, 26310, 26311, 26320, 26321, 26322, 26323, 26324, 26325, 26341, 26350, 26351, 26352, 30501, 30610, 30611

7. zu 45 %:

30900

8. zu 40 %:

01780, 02300, 02340, 08340, 13250

9. zu 35 %:

01902, 02310, 02312, 05330, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13670, 33000, 33001, 33002, 33010, 33011, 33012, 33020, 33021, 33022, 33023, 33030, 33031, 33040, 33041, 33042, 33043, 33044, 33050, 33051, 33052, 33060, 33061, 33062, 33063, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33076, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092

1 EBM-Regelung gem. Allgemeine Bestimmungen 4.1 Abs. 2 (Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale): „Bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulanter Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen."

10. zu 30 %:

01856, 01913, 02301, 02302, 08334, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13551, 13663, 16310, 16311, 16322, 26312

11. zu 25 %:

02311, 09325, 13402, 13410, 13423, 13424, 13560, 13660, 13661, 13664, 30712, 30740, 34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34270, 34271, 34272, 34273, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297

12. zu 20 %:

13400, 13401, 13411, 13412, 13422, 13430, 13431, 13662, 17372, 30710, 30723

13. zu 15 %:

01785, 13301, 17371, 30431, 30750, 30751, 30760, 30901

14. zu 10 %:

01786, 01857, 01910, 01911, 02520, 05350, 13310, 13420, 13421, 30430, 30720, 30721, 30722, 30724, 34310, 34311, 34312, 34320, 34321, 34322, 34330, 34340, 34341, 34342, 34343, 34344, 34345, 34350, 34351, 34360, 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430, 34431, 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34452, 34460, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492, 34500, 34501, 34502, 34600

15. zu 5 %:

17310, 17311, 17312, 17320, 17321, 17330, 17331, 17332, 17333, 17340, 17341, 17350, 17351, 17360, 30730, 30731

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

§ 4
Berechnung von Leistungen hinzugezogener Vertragsärzte

Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 41 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen berechnen:

a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen:

- die Leistung nach der GOP 01414 EBM mit **70 % des Vergütungssatzes**, ggf. in Verbindung mit der Leistung nach der GOP 01100 EBM bzw. GOP 01101 EBM, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der GOP 01100 EBM bzw. GOP 01101 EBM erfüllt sind und je Visitentag die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,

- die Leistungen nach der GOP 01412 EBM mit **70 % des Vergütungssatzes** und je Visitentag die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,

b) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen:

- die Leistung nach der GOP 05230 EBM, ggf. in Verbindung mit der Leistung nach der GOP 01100 EBM bzw. GOP 01101 EBM, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der GOP 01100 EBM bzw. GOP 01101 EBM erfüllt sind,

c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses:

- die Visite nach der GOP 01414 EBM mit **70 % des Vergütungssatzes,** ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach GOP 01100 EBM oder GOP 01101 EBM und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen und je Visitentag die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,

- die Visite nach der GOP 01412 EBM mit **70 % des Vergütungssatzes** und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen und je Visitentag die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld

§ 5
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.

§ 6
Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten

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

a) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitschaftsdiensthabende 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 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 Thüringen nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Dieser Nachweis ist pro Quartal in schriftlicher Form den Abrechnungsunterlagen beizufügen.

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 wird pro Patient und Pflegetag 3,10 Euro (Abr. Nr. 97200) innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb des Regelleistungsvolumens gezahlt, sofern nicht auf Bundesebene etwas anderes vereinbart wird. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflegetage.

§ 7
Vergütung neuer Leistungen

Leistungen, die nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung in den EBM aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden. Das gilt auch für Gebührenordnungspositionen des EBM, die aufgrund von Neuzulassungen von Belegärzten weiterer Fachgruppen, abrechenbar werden.

§ 8
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, Inkrafttreten, Kündigung

(1) Diese Regelungen sind Bestandteil der Gesamtverträge und gelten ab 1. Januar 2009.

(2) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 06.05.2009

gez.
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen .....

gez.
AOK PLUS .....

gez.
BKK-Landesverband Ost
- Landesrepräsentanz Thüringen - .....

gez.
IKK Thüringen .....

gez.
Knappschaft, Verwaltungsstelle Frankfurt/Main .....

gez.
Krankenkasse für Gartenbau, handelnd für .....
die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

gez.
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen - .....