

Änderungsvereinbarung ab dem 01.01.2009

zu den Vereinbarungen über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit
(belegärztliche Behandlung), gültig ab 01.01.2006
zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

- nachfolgend KV Berlin genannt -

und

der AOK Berlin - Die Gesundheitskasse,

handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V mit Wirkung für die Ortskrankenkassen,

den Ersatzkassen,

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal,
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg,
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg,
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover,
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd,
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg,
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 SGB V: Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Sieburg (VdAK), vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Berlin,

dem BKK-Landesverband Ost,

der BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse,

handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V mit Wirkung für die Innungskrankenkassen,

der Knappschaft – Dienststelle Berlin

sowie

der Krankenkasse für den Gartenbau,

handelnd als Landesverband für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin

nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt

Die kassenspezifischen Vereinbarungen über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung), gültig ab 01.01.2006, zuletzt geändert zum 01.10.2006, werden im Jahr 2009 kassenartenübergreifend und mit redaktionellen Anpassungen an den EBM und die Vergütungsregelungen 2009 für die o.g. Vertragspartner zusammengefasst fortgeführt.

Ab dem 01.01.2009 gilt die Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung) mit folgendem Text:

§ 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 berechnete Ärzte gelten folgende Regelungen:

§ 2 Berechnung von Visiten

Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. § 31 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag 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 Wegepauschale / 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, 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 § 4a) in anderen als den in der Präambel 36.2.1 Nr. 4 genannten Fällen ausgeschlossen.

§ 4 Vergütungssätze

Ferner werden dem Belegarzt vergütet:

- a) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4 und 40.5 mit 100 % der Preise der Euro-Gebührenordnung,
- b) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Preise der Euro-Gebührenordnung, mit Ausnahme der unter c) aufgeführten Leistungen,
- c) die Leistungen der Liste mit den angegebenen Abschlägen auf die Preise der Euro-Gebührenordnung:

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 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 bzw. § 33 Abs. 2, 6 und 7 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag berechnen:

- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 01414 mit 70 % des Preises der Euro-Gebührenordnung 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 Preises der Euro-Gebührenordnung, 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,

§ 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 Verbände der Krankenkassen.

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 Pflage-tag 3,10 EURO gezahlt, sofern nicht auf Bundesebene etwas anderes vereinbart wird. (Nr. 40170). Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage-tage.

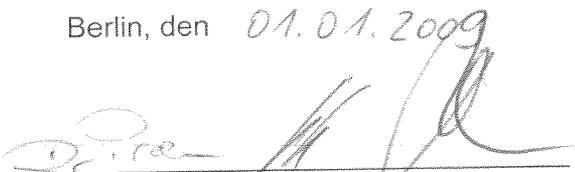
§ 8 Anpassungsbedarf und salvatorische Klausel

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

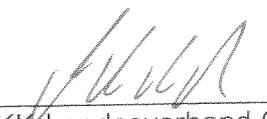
Die Vereinbarung gilt ab dem 01.01.2009 und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Berlin, den 01.01.2009

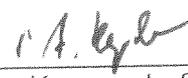

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

i.V. Harald Mählmann
AOK Berlin - Die Gesundheitskasse

i.V. 
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.


BKK-Landesverband Ost


BIG Gesundheit – Die Direktkrankenkasse

i.V. 
Knappschaft

i.V. Harald Mählmann
Krankenkasse für den Gartenbau