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

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Rainer Striebel,
zugleich handelnd für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland und die Krankenkasse für den Gartenbau
Sternplatz 7, 01067 Dresden

dem BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Sachsen

der IKK Sachsen
vertreten durch den Vorstand, Herrn Gerd Ludwig

der Knappschaft, Regionaldirektion Chemnitz

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand, Herrn Dr. med. Klaus Heckemann,

§ 1
Grundsätze

(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. Die Abrechnung von Berichten, Briefen und Mitteilungen nach den GOP 01600 bis 01601 ist nur bei Überweisung zur poststationären Behandlung an einen anderen Arzt zulässig.

§ 2
Berechnung von Visiten

(1) Dem nach § 31 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) und nach § 40 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01412 und 01414 EBM vergütet. Eine Konsiliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.

(2) Bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100, 01101 und 01412 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale / das entsprechende Wegegeld angesetzt werden. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2), eine Begründung erforderlich.

§ 3
Vergütungssätze

Die belegärztlichen Leistungen werden dem Belegarzt außerbudgetär vergütet.

Mit 100 % werden vergütet:

a) die Leistungen des Kapitels 36 EBM;
b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5, 40.17
c) die Pauschalerstattung nach der GOP 80230,
d) die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 (ärztlicher Bereitschaftsdienst).
   Die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 ist am Behandlungstag nicht neben der GOP 36861 berechnungsfähig. Die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 ist im Behandlungsfall nicht neben der GOP 36867 berechnungsfähig.

Die zusätzlich dem Belegarzt zu vergütenden GOP sind in der Anlage 1 aufgeführt.

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

Hinzugezogene Ärzte (nicht Belegärzte) können grundsätzlich keine Leistungen auf einem belegärztlichen Behandlungsschein abrechnen. Sofern diese Ärzte Leistungen im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbringen, sind diese gemäß § 33 Abs. 7 EKV und § 41 Abs. 7 BMV-Ä auf einem vom behandelten Belegarzt ausgestellten Überweisungsschein (Muster 6 bzw. Muster 10) abzurechnen. Dabei können folgende Leistungen berechnet werden:

- bei der Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen aus Abschnitt 36.5.3,
- im Rahmen der postoperativen Überwachung die Leistungen aus Abschnitt 36.3.2,
- im Rahmen der postoperativen Behandlung die Leistungen aus Abschnitt 31.4.

§ 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
Rechnungslegung

Die Leistungsabrechnung erfolgt für bereichseigene und bereichsfremde Ärzte gemäß diesem Belegarztvertrag durch die KV Sachsen. Die KV Sachsen weist die abgerechneten Leistungen im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 (Gebührenordnungsposition), Kontenarten 463 oder 531 aus.

§ 7
Vergütung neuer Leistungen und Änderung von Bewertungen

Leistungen, die nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden. Die Vertragspartner werden nach Aufnahme neuer GOP in den EBM und Prüfung dieser, unverzüglich Verhandlungen zur Implementierung dieser GOP in den Leistungskatalog aufnehmen. Bei Neubewertungen von bereits im Katalog befindlichen EBM-Leistungen werden die belegärztliche Vergütungen ebenfalls angepasst.

§ 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 2010 und ersetzen die Belegarztvereinbarung vom 14. November 2008 sowie den 1. Nachtrag vom 18. Mai 2009.

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

(3) Änderungen des EBM nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung wirken sich, ohne dass es einer Kündigung bedarf, unmittelbar auf diese aus.

Dresden, den 26.11.2009

gez. Dr. med. Klaus Heckemann
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez. Rainer Striebel
AOK PLUS

gez. Bernd Spitzhofer
BKK-Landesverband Ost
Landesrepräsentanz Sachsen

gez. i. V. Andreas Mielke
IKK Sachsen

gez. Thorsten Zöfeld
Knappschaft
Regionaldirektion Chemnitz

gez. Silke Heinke
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Sachsen