

Empfehlung der KBV zur Umstellung der Vergütung und
Abrechnung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit mit
regionaler Anpassung

1. Dem nach dem Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen und dem Bundesmantelvertrag Ärzte anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet.

Die Grundsätze des Vertrages nach § 115b SGB V auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sind zu beachten, insbesondere der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe sowie die relevanten Ausnahmetatbestände.

Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 31.2, die Leistung nach der Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld angesetzt werden.

Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in 3.d) genannten Leistungen), 3.2, 3.3.2, 4.2, 4.3.2, 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in 3.d) genannten Leistungen), 31.1.2, 31.3, 35.1, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 03120, 04120, 05220, 06220, 07220, 08220, 08542, 09220, 10220, 10330, 11220, 13220, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 15220, 16220, 16230, 16231, 18220, 20220, 21230, 21231, 21232, 26220, 27220, 30700, 30701, 32000, 32001 und 40100 ausgeschlossen.

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

Die Leistung nach Nr. 01414 in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 kann der Belegarzt, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 31.2, auch dann berechnen, wenn die Visite wegen der Art der Erkrankung zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war und unverzüglich ausgeführt wurde.

3. Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
- a) die Operationen des Abschnitts 31.2 mit den in der Präambel 10. zu 31.2 genannten Vergütungssätzen.
 - b) die Pauschalerstattungen des Abschnittes 40 mit 100 % der Vergütungssätze,
 - c) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d), e), f), g) und h) aufgeführten Leistungen,
 - d) die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in 1. genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03320, 03321, 03322, 03323, 03324, 03330, 03331, 03332, 04320, 04321, 04322, 04323, 04324, 04330, 04331, 04333, 04334, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13300, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13561, 13650 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 mit 60 % der Vergütungssätze,
 - e) - die Kosten der Laborleistungen des vertraglichen Anhangs zu Kapitel 32 werden durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 bei Abschnitt 32.2 bzw. dem Faktor 28,6 bei Abschnitt 32.3 in Punkte umgerechnet, sofern sich eine Bewertung von mindestens 160 Punkten ergibt,
 - die Leistungen des Abschnittes 19.3,
 - die den Leistungen des Kapitels 32, einschl. des vertraglichen Anhangs und des Abschnitts 19.3 entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind,mit 60 % der Vergütungssätze.
 - Die Leistungen des Kapitels 32 sowie die entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten 1.7 und 11.3 sind nur berechnungsfähig, wenn sie in Belegkrankenhäusern erbracht werden und die in den §§ 28 und 39 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
 - f) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.
 - g) Die Leistungen des Abschnittes 25.3 mit 33 1/3 % der Vergütungssätze.
 - h) Die Leistungen des Abschnittes 31.4 mit 35 % der Vergütungssätze.
4. Die reduzierten Vergütungssätze nach 3. gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.

5. Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen 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 Nr. 01414 für jeden Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - b) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen
 - die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 05320 in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind, und je Fall die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 oder 01101 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
 - d) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2, 5 und Abschnitt 31.5.
6. Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den Bestimmungen der Punkte 1 bis 4 vergütet.
7. 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 Vertragskrankenkassen 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 die 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 Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt.

- c) Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen der auf der Bundesebene vereinbarte Beträge je Patient und Pflage tag gezahlt.
Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.