



# Rahmenvereinbarung

Abrechnungsverfahren für die ermächtigten Krankenhausärzte

**zwischen**

der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, Stuttgart,  
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden, Karlsruhe,  
der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden, Freiburg,  
der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg, Tübingen,  
(KVen)

**und**

der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, Stuttgart  
(BWKG)

über die Durchführung des § 120 Abs. 1 Satz 3 SGBV in der Zeit 1. Juli 1989 bis 31. Dezember 1990

gültig ab 1. Juli 1989

(Gilt über den 31. Dezember 1990 weiter.)

## I

### Kalendervierteljahr 3/89

#### §1 Verlängerung der Rahmenvereinbarung vom 28. Februar 1989

1. Die Rahmenvereinbarung vom 28. Februar 1989 über die Durchführung des § 120 SGB V für den Zeitraum 1. Januar 1989 bis 30. Juni 1989 gilt unter Berücksichtigung des Kostentarifs als Anlage zu dieser Rahmenvereinbarung bis 30. September 1989 (Kalendervierteljahr 3/89) weiter.
2. Sie gilt für die Mitgliedskrankenhäuser der BWKG (mit Ausnahme der Universitätskliniken und Belegkrankenhäuser), die gegenüber der BWKG ihren Beitritt zu der Vereinbarung erklärt haben, wobei die §§ 2 und 3 der Vereinbarung vom 28. Februar 1989 dann angewandt werden, wenn auch der jeweils ermächtigte Krankenhausarzt sein Einverständnis hierzu gegenüber der für ihn zuständigen KV erklärt hat.

## II

### Kalendervierteljahre 4/89 bis 4/90

#### §2 Abrechnung

1. Die den ermächtigten Krankenhausärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zustehende Vergütung im Rahmen kassenärztlicher Versorgung (Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebs-, Innungskrankenkassen, See-Krankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft) wird gern. § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch das Krankenhaus mit der KV abgerechnet und von dieser an das Krankenhaus ausgezahlt.
2. Unbeschadet der Rechtsauffassung der Vertragspartner zur Frage des Geltungsgebietes des § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V verfolgt die Abrechnung der von den ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen im Ersatzkassenbereich durch das Krankenhaus mit der KV. Die den Krankenhausärzten für diese Leistungen zustehende Vergütung gegenüber der KV wird von dieser an das Krankenhaus ausgezahlt.
3. KVen und BWKG stimmen darin überein, dass die Regelung des § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V über einen Investitionskostenabschlag für die Vergütung ermächtigter Krankenhausärzte nicht gilt.
4. Die Festlegung der Abrechnungsbestimmungen zwischen der KV und dem Krankenhaus werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Bis dahin gelten die Abrechnungsbestimmungen (z. B. Einreichungstermine, Form der Rechnungslegung, Verwaltungskosten der KV, Abschlagszahlungen) für die Kassen-/Vertragsärzte entsprechend.
5. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, nach Eingang der Zahlungen (Abschlags-/Schlußzahlungen) von der KV unverzüglich entsprechende Zahlungen an die ermächtigten Krankenhausärzte für den diesen nach Abzug der Kosten zustehenden Vergütungsanteil zu leisten.

#### §3 Kosten des Krankenhauses

1. Im Innenverhältnis zwischen Krankenhaus und Arzt werden Teilungsverhältnisse für die Ermittlung der dem Krankenhaus entstehenden allgemeinen und besonderen Kosten bei ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen zugrunde gelegt. Die danach maßgeblichen Kostensätze und die von dieser Berechnung erfassten ärztli-

chen Leistungen werden in der Anlage zu dieser Rahmenvereinbarung (Kostentarif) ausgewiesen.

2. Die KV teilt dem Krankenhaus die nach vorstehendem Abs. 1 ermittelten Kostenbeträge anlässlich der Überweisung der Vergütung mit.
3. Das Krankenhaus zahlt für die von der KV übernommenen Aufteilung gem. vorstehendem Abs. 2 einen Verwaltungskostenbeitrag von 1,5 % der für das einzelne Krankenhaus errechneten jeweiligen kalendervierteljährlichen Endsumme der Kostenbeiträge. Die KV behält diesen Verwaltungskostenbeitrag ein.
4. Mit den Kostensätzen gem. Abs. 1 sind die Ansprüche der Krankenhäuser gegenüber den ermächtigten Krankenhausärzten bei der Ausführung der in dem Kostentarif enthaltenen ärztlichen Leistungen für allgemeine und besondere Kosten abgegolten, soweit in dem BMÄ bzw. der E-GO oder in einzelvertraglichen Regelungen zwischen Krankenhaus und Krankenhausarzt nichts abweichendes bestimmt ist. Die Berechnung und der Abzug der übrigen dem Krankenhaus zustehenden Kosten werden von dieser Rahmenvereinbarung nicht berührt.

#### **§ 4 Änderung des Kostentarifs**

1. Bei neu in den BMÄ bzw. die E-GO aufgenommenen Leistungen bzw. bei Änderungen der Leistungsinhalte während der Laufzeit dieses Vertrages prüfen die Vertragspartner, inwieweit dadurch der Kostentarif zu ergänzen ist; die Aufnahme in den Kostentarif erfolgt nach einvernehmlicher Festlegung durch die Vertragspartner. Änderungen der Bewertungen im BMÄ bzw. der E-GO gelten, sofern es sich um in dem Kostentarif enthaltene Leistungen handelt, zum gleichen Zeitpunkt für den Kostentarif, ohne dass es einer gesonderten Absprache bedarf.
2. In dem Kostentarif enthaltene Leistungen entfallen zum gleichen Zeitpunkt, an dem sie nicht mehr Bestandteil des BMÄ bzw. der E-GO sind. Die KV Nord-Württemberg informiert hierüber die übrigen Vertragspartner.

#### **§5 Beitritt, Kündigung**

1. Unbeschadet der Abrechnung gern. § 2 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung gilt die Vereinbarung für die Mitgliedskrankenhäuser der BWKG (mit Ausnahme der Universitätskliniken und Belegkrankenhäuser), die gegenüber der BWKG ihren Beitritt zu dieser Vereinbarung erklärt haben unter der Voraussetzung, dass auch der jeweils ermächtigte Krankenhausarzt sein Einverständnis hierzu gegenüber der für ihn zuständigen KV erklärt hat.
2. Der Beitritt bzw. die Einverständniserklärung kann nur zu der gesamten Rahmenvereinbarung erfolgen. Einschränkungen sind nicht möglich. Die KVen und die BWKG unterrichten sich gegenseitig über die Beitritte.
3. Das einzelne Krankenhaus kann spätestens innerhalb von vier Wochen nach Abschluss des Pflegesatzverfahrens für 1990 zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres gegenüber der BWKG vom Vertrag zurücktreten, wenn die Kostenträger als Pflegesatzparteien nicht mittragen, dass der Budgetabzug nach den Einnahmen entsprechend dieser Rahmenvereinbarung kostendeckend ist. Die BWKG informiert hierüber unverzüglich die zuständige KV.
4. Diese Rahmenvereinbarung endet am 31. Dezember 1990, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

### III

#### Schlussbestimmungen

##### §6 Überleitungen

1. Mit dem Beitritt des Krankenhauses und der Einverständniserklärung des Krankenhausarztes zur Rahmenvereinbarung ruht die jeweilige Regelung im Dienst- bzw. Nutzungsvertrag über die Kostenerstattung für ambulante ärztliche Leistungen insoweit, als die Berechnung gem. § 3 dieser Rahmenvereinbarung erfolgt. Die in dem Kostentarif enthaltenen Leistungen sind ärztliche Sachleistungen i. S. des jeweiligen Dienst- bzw. Nutzungsvertrages.
2. Sofern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie ggf. der Krankenkassenverbände auf Bundesebene eine zwei- oder dreiseitige Empfehlung zur Durchführung des § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V vereinbart wird, prüfen die Vertragspartner, ob diese Rahmenvereinbarung geändert werden muss.

Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg, Tübingen, 31. August 1989

Die Rahmenvereinbarung über die Durchführung des § 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V vom 31. August 1989 gilt über den 31. Dezember 1990 weiter.

§ 5 Abs. 3 und 4 der Rahmenvereinbarung werden durch folgende Abs. 3 und 4 ersetzt:

- „3. Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Kündigung einer KV berührt die Weitergeltung der Vereinbarung für die anderen KVen nicht.
4. Für die beigetretenen Krankenhäuser und die Krankenhausärzte gilt Abs. 3 entsprechend. Die BWKG und die betr. KV unterrichten sich unverzüglich über eine diesbezügliche Kündigung.“

Stuttgart, Karlsruhe, Freiburg, Tübingen, 6. Dezember 1990