

Vereinbarung

über die stationäre vertragsärztliche Versorgung in der Fassung vom 01.07.2018
- Belegarztvertrag -

- Anlage zum Gesamtvertrag -

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den
Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse**
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart

der
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München
Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| Präambel | 3 |
| 1. Abrechnungsmodalitäten | 3 |
| 2. Wegepauschale | 4 |
| 3. Mitberatung, Mitbehandlung, Konsilium | 4 |
| 4. Bereitschaftsdienst | 4 |
| 5. Honorarverträge zwischen Belegärzten und Krankenhäusern | 4 |
| 6. Ergänzende Regelungen | 4 |
| 7. Inkrafttreten, Kündigung | 5 |

Anlagenverzeichnis

| | |
|---|----------|
| Anlage 1 | 6 |
| Nicht berechnungsfähige Leistungen | |
| Anlage 2 | 9 |
| Berechnungsfähige Leistungen mit reduziertem Vergütungssatz | |

Präambel

Mit dieser Vereinbarung regeln die Vertragspartner die Vergütung und Abrechnung der Leistungen der stationären vertragsärztlichen Versorgung durch Belegärzte auf Basis des zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung gültigen einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der zu diesem Zeitpunkt geltenden gesamtvertraglichen Regelungen.

I. Abrechnungsmodalitäten

Für die stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Versorgung gelten folgende Abrechnungsmodalitäten:

1.1 Die Bewertung der stationären vertragsärztlichen (belegärztlichen) Leistungen erfolgt nach dem zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter Berücksichtigung der nachfolgenden zusätzlichen Bestimmungen. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Belegarzt

- einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt zur Narkose/Anästhesie hinzuzieht, sofern diese Leistungen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz und § 2 Abs. 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung) des betreffenden Krankenhauses gehören, und so-fern es sich um ein reines Beleghaus handelt,
- einen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarzt zum Konsilium oder im Vertretungsfall hinzuzieht.

1.2 Visiten

Am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag sind jeweils zwei Visiten nach der Nr. 01414 EBM bei demselben Patienten berechnungsfähig. An allen weiteren Tagen ist bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag nach der Nr. 01414 EBM bei demselben Patienten eine Begründung erforderlich.

Eine Visite nach der Nr. 01414 EBM in Verbindung mit den Nrn. 01100 oder 01101 EBM kann der Belegarzt auch dann berechnen, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung oder i. R. der Geburtshilfe zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war. Eine Begründung ist in solchen Fällen erforderlich.

1.3 Nicht berechnungsfähige Leistungen (Anlage 1)

Die für Belegärzte nicht berechnungsfähigen Leistungen werden in Anlage 1 aufgeführt und von den Vertragspartnern einvernehmlich bei Bedarf aktualisiert, ohne dass es einer Kündigung des Belegarztvertrags bedarf. Die Aktualisierungen werden von den Vertragspartnern abgestimmt.

Die aktualisierte Anlage 1 wird zusammen mit dem Belegarztvertrag auf der Internet-seite der KVBW veröffentlicht. Die Anlage 1 des jeweiligen Vorquartals bleibt zusätzlich veröffentlicht. Die Vertragsärzteschaft wird durch die KVBW über die Änderungen informiert.

1.4 Berechnungsfähige Leistungen mit reduziertem Vergütungssatz (Anlage 2)

Die in Anlage 2 aufgeführten Leistungen sind belegärztlich mit gegenüber EBM reduziertem Vergütungssatz berechnungsfähig. Die reduzierten Vergütungssätze gelten für den ärztlichen Leistungsanteil der EBM-Positionen. Die Anlage 2 wird von den Vertragspartnern einvernehmlich bei Bedarf aktualisiert, ohne dass es einer Kündigung des Belegarztvertrags bedarf. Die Aktualisierungen werden von den Vertragspartnern abgestimmt.

Die aktualisierte Anlage 2 wird mit dem Belegarztvertrag auf der Internetseite der KVBW veröffentlicht. Die Anlage 2 des jeweiligen Vorquartals bleibt zusätzlich veröffentlicht und wird mit dem entsprechenden Stand der Gültigkeit gekennzeichnet. Die Vertragsärzteschaft wird durch die KVBW informiert.

2. Wegepauschale

Für die Berechnung der Wegepauschale im Zusammenhang mit der Abrechnung von Visiten nach der Nr. 01414 EBM gelten die Bestimmungen des EBM und die Bestimmungen der Anlagen zu den Gesamtverträgen der KVBW. Sofern im zeitlichen Zusammenhang mehrere Kranke aufgesucht werden, ist die Wegepauschale nur einmal berechnungsfähig.

3. Mitberatung, Mitbehandlung, Konsilium

- 3.1 Wenn ein Belegarzt einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, der an demselben Krankenhaus weder angestellt noch als Belegarzt tätig ist, zur Mitberatung, Mitbehandlung, zum Konsilium oder im Auftragsfall hinzuzieht, werden die Leistungen des zugezogenen Arztes diesem als ambulante Leistungen vergütet. Ein Überweisungsschein kann aber nur dann ausgestellt werden, wenn an dem Krankenhaus, an dem der Belegarzt tätig ist, kein Arzt der gleichen Fachrichtung angestellt ist.
- 3.2 Leistungen bei Neugeborenen bzw. Säuglingen, welche mit deren Müttern vom Krankenhaus versorgt werden, sind nicht Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Insbesondere ist die KVBW nicht verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst zur Behandlung pädiatrischer Notfälle für den Belegarzt vorzuhalten. Wie Notfälle bei solchen Neugeborenen im Sinne einer Überbrückungsbehandlung versorgt werden, ist vielmehr vom Krankenhaus bzw. vom Belegarzt zu regeln. Die Versorgung stationär behandlungsbedürftiger kinderheilkundlicher (Not-)Fälle ist durch Akutkrankenhäuser mit pädiatrischem Versorgungsauftrag im Rahmen des Landeskrankenhausplans zu gewährleisten.

4. Bereitschaftsdienst

Für notwendige Bereitschaftsdienste in reinen Belegkliniken ohne angestellte Krankenhausärzte wird je Patient und Pflgetag der Ansatz der GOP 99605 mit 3,10 € vergütet. Die Abrechnung erfolgt auf dem stationären Abrechnungsschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflgetage. Die Vergütung erfolgt innerhalb MGV.

5. Honorarverträge zwischen Belegärzten und Krankenhäusern

Besteht zwischen einem Krankenhaus und einem Belegarzt ein Honorarvertrag gemäß § 121 Absatz 5 SGB V oder wird ein entsprechender Vertrag abgeschlossen, ist die Abrechnung nach vorliegendem Vertrag abgeschlossen.

6. Ergänzende Regelungen

- 6.1 Für den Fall, dass der Leistungsbedarf für die Zuschläge bei Simultaneingriffen den Wert von 5 % des im selben Zeitraum entstandenen belegärztlichen Leistungsbedarfs der Leistungen des Abschnitts 36.2 EBM überschreitet, prüfen die Vertragspartner die Ursachen für die Überschreitung und die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall.
- 6.2 Für den Fall, dass der Leistungsbedarf für die sonographischen Untersuchungen des Kapitels 33 EBM und der erbrachten Leistungen des Abschnitts 2.1 EBM im Falle der belegärztlich erbrachten Leistungserbringung den Wert von 5 % des im selben Zeitraum entstandenen gesamten belegärztlichen Leistungsbedarfs überschreitet, prüfen die Vertragspartner die Ursachen für die Überschreitung und die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall.

- 6.3 Belegärztlich stationäre Behandlung ist nur zulässig für Maßnahmen, die der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen. Ergebnisse der Fehlbelegungsprüfungen nach § 17c KHG und § 275 SGB V können auch Auswirkung auf die Einstufung des belegärztlichen Behandlungsfalls haben. Bei festgestellter Fehlbelegung sind Kostenträger berechtigt, die Abrechnung belegärztlicher Behandlung nach den Grundsätzen der ambulanten Behandlung zu fordern.
- 6.4 Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden dem Belegarzt nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre vertragsärztliche Behandlung honoriert, wenn der Patient an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Belegarztes aufgenommen wird. Werden diese Leistungen bei Besuchen erbracht oder in dringenden Fällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt, so werden sie als ambulante vertragsärztliche Leistungen vergütet.
- 6.5 Für die Abrechnung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit stationärer Behandlung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages.
- 6.6 Wenn der Patient durch schriftliche Erklärung verlangt, im Rahmen stationärer Behandlung auf eigene Rechnung ärztlich behandelt zu werden, ist er Privatpatient und hat diese Leistungen dem Arzt selbst zu honorieren.
- 6.7 Leistungen, die nach Inkraft-Treten dieser Vereinbarung in den EBM aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden.
- 6.8 Regelungen in dieser Vereinbarung haben gegenüber abweichenden Regelungen in den Gesamtverträgen für die KVBW Vorrang.
- 6.9 Die Vertragspartner verständigen sich über die Anpassung dieser Vereinbarung, wenn Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Regelungen in dieser Vereinbarung betreffen.
- 6.10 Die Vertragspartner beobachten die Honorarentwicklung im Bereich der stationären vertragsärztlichen Versorgung sorgfältig und verständigen sich über geeignete Maßnahmen, wenn sich erhebliche Honorarverwerfungen ergeben.

7. Inkrafttreten, Kündigung

- 7.1 Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2018 in Kraft. Die bisher für den Bereich der KVBW geltenden vertragsärztlichen stationären Abrechnungsbestimmungen für Belegärzte treten am 01.07.2018 außer Kraft.
- 7.2 Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei durch eingeschriebenen Brief mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Eine teilweise Kündigung ist zulässig. In diesem Fall kann der Empfänger der Kündigung mit einer Frist von vierzehn Tagen nach Zugang der Kündigung zum gleichen Termin ganz oder teilweise kündigen.

Im Fall einer Kündigung gilt der Vertrag bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung fort.