

# Stationäre Abrechnungsbestimmungen für Belegärzte – gültig für alle Kassenarten

Stand: 01.04.2012

## Präambel

Auf Grund der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurde zum 01.01.2009 eine Neuregelung der Vergütung und Abrechnung der Leistungen der stationären vertragsärztlichen Versorgung durch Belegärzte erforderlich. Die Vertragspartner treffen die nachfolgende Vereinbarung unter Berücksichtigung dieser Ausgangssituation.

## I Abrechnungsmodalitäten

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

### I.1 Die Bewertung der stationären vertragsärztlichen (belegärztlichen) Leistungen erfolgt nach dem ab 01.01.2009 geltenden 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. 1 und 2 Bundespflegesatzverordnung) des betreffenden Krankenhauses gehören, und sofern es sich um ein reines Beleghaus handelt,
- einen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarzt zum Konsilium oder im Vertretungsfall hinzuzieht.

### I.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 zu diesem Zeitpunkt dringend erforderlich war. Eine Begründung ist in diesen Fällen erforderlich.

- I.3** Nicht berechnungsfähige Leistungen
- I.3.1** Nicht berechnungsfähig sind folgende, in den EBM-Kapiteln, den EBM-Abschnitten oder den EBM-Gebührennummern genannten Leistungen:
  - I.3.1.1 Verwaltungskomplex nach den Nrn. 01424, 01430 und 01435;
  - I.3.1.2 Konsultationspauschale nach der Nr. 01436;
  - I.3.1.3 kontinuierliche Mitbetreuungs-/Koordinationsleistungen nach den Nrn. 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 18700, 21230, 21231, 21232, 21233;
  - I.3.1.4 Besuche nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01415, 01721 und Transportbegleitungen nach der Nr. 01416;
  - I.3.1.5 Verweilen ... nach der Nr. 01440, Aufsuchen ... in Praxis eines Anderen nach der Nr. 05230;
  - I.3.1.6 schriftliche Mitteilungen und Gutachten nach den Nrn. 01610, 01622 und 01623;
  - I.3.1.7 Betreuung einer Schwangeren nach der Nr. 01770;
  - I.3.1.8 Pauschalen für Laborleistungen nach den Nrn. 01700 und 01701;
  - I.3.1.9 Betreuung und Nachsorge nach Abschnitt I.5 sowie den Nrn. 01910 und 01911;
  - I.3.1.10 Substitutionsbehandlung nach Abschnitt I.8 sowie Präventionsleistungen nach den Nrn. 01708, 01713, 01714, 01715, 01716, 01717, 01718, 01719, 01720, 01723, 01730, 01731, 01732, 01733, 01734, 01735, 01740, 01741, 01742, 01743, 01745, 01746, 01750, 01752, 01753, 01754, 01755, 01756, 01757, 01758, 01759, 01790, 01791, 01792, 01793, 01806, 01807, 01808, 01809, 01810, 01811, 01816, 01820, 01821, 01822, 01825, 01826, 01827, 01828, 01829, 01830, 01831, 01832, 01833, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01840, 01850, 01851, 01852, 01900, 01901, 01902, 01903;
  - I.3.1.11 Notfallbehandlungen nach den Nrn. 01210, 01211, 01214, 01215, 01216, 01217, 01218, 01219;
  - I.3.1.12 Leistungen für ermächtigte Ärzte nach den Nrn. 01320, 01321;
  - I.3.1.13 augenärztliche Leistungen nach der Nr. 06225,
  - I.3.1.14 gynäkologische Leistungen nach der Nr. 08341 (Ultraschalluntersuchung) und den Nrn. 08510, 08520, 08521, 08530, 08531, 08540, 08542 (Reproduktionsmedizin);
  - I.3.1.15 Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Leistungen nach den Nrn. 09329, 09330, 09331, 09332, 09340, 09343, 09364, 09365, 09372, 09373, 09374 und 09375;
  - I.3.1.16 Phoniatische und pädaudiologische Leistungen nach den Nrn. 20338, 20339, 20340, 20343, 20364, 20365, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377 und 20378,
  - I.3.1.17 hautärztliche Leistungen nach den Nrn. 10343 und 10344;
  - I.3.1.18 Leistungen des Kapitels II und des Abschnitts I.9.3;
  - I.3.1.19 internistische Leistungen nach den Nrn. 13300, 13301, 13310, 13350, 13437, 13438, 13439, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13620, 13621, 13622, 13650, 13651, 13677, 13700, 13701;
  - I.3.1.20 Fachärztlich kinderärztliche Leistungen nach den Nrn. 04410, 04420, 04441, 04442, 04443, 04523, 04525, 04527, 04530, 04532, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560, 04561, 04562;
  - I.3.1.21 Auftragsleistungen nach den Nrn. 13256 und 13258;
  - I.3.1.22 Szintigraphische Zusatzleistungen nach den Nrn. 17361, 17362, 17363;

- I.3.1.23 physikalisch-therapeutische Leistungen nach den Abschnitten 2.5 und 30.4 mit Ausnahme der Nr. 02520;
  - I.3.1.24 strahlentherapeutische Leistungen nach den Nrn. 25310, 25320, 25321, 25322, 25323;
  - I.3.1.25 Leistungen nach dem Abschnitt 30.3;
  - I.3.1.26 schmerztherapeutische Leistungen nach den Nrn. 30700, 30702, 30704;
  - I.3.1.27 Leistungen der Akupunktur nach den Nrn. 30790 und 30791;
  - I.3.1.28 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach dem Abschnitt 30.10;
  - I.3.1.29 Leistungen der Abschnitte 31.1 bis 31.5; neben Leistungen aus Kapitel 31.6 sind Strukturpauschalen aus Kapitel 36 berechnungsfähig;
  - I.3.1.30 Kosten nach den Kapiteln 32 und 40;
  - I.3.1.31 Leistungen des hausärztlichen und kinder- und jugendmedizinischen Versorgungsbereichs nach den Nrn. 03212 und 04212;
  - I.3.1.32 Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) nach den Nrn. 86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782, 86784.
- I.3.2** Die Leistungen nach den Nrn 01713-01720, 01723, 01730 bis 01734, 01740 bis 01743, 01750 bis 01759, 01772 bis 01775, 01783, 01790 bis 01793, 01800 bis 01816, 01820 bis 01832, 01834 bis 01839, 01850 bis 01852, 01900 bis 01903, 01951 sind auf seltene Fälle beschränkt und nur mit Begründung berechnungsfähig. Insbesondere müssen die formalen Bestimmungen des EBM erfüllt werden. Darüber hinaus darf keine Abrechnung im selben Fall im ambulanten Bereich erfolgen.
- I.3.3** Die Leistungen nach den Nrn. 02310, 02311, 02312, 02313, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 08310, 08320, 08330, 08331, 10310, 10320, 10322, 10324, 10330, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340 sind mit Begründung, aus der die Notwendigkeit der Erbringung im Rahmen eines belegärztlichen Falles hervorgeht, berechnungsfähig.
- I.3.4** Bei belegärztlicher Tätigkeit können Leistungen, die im EBM außerhalb des Kapitels 36 mit weniger als 170 Punkten bewertet sind, nicht abgerechnet werden, wenn dieser Vertrag nichts anderes bestimmt.

Leistungen können grundsätzlich nur abgerechnet werden, wenn die in den Präambeln genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

**I.4** Hinsichtlich der Abrechnung folgender Leistungen gelten über die Regelungen des EBM 2008 hinaus die folgenden Bestimmungen:

**I.4.1 Die in den nachfolgend genannten EBM-Kapiteln, EBM-Abschnitten oder EBM-Gebührennummern beschriebenen Leistungen werden wie folgt nach dem ärztlichen Leistungsanteil vergütet:**

**I.4.1.1** Ultraschalluntersuchungen

- zu 45 %: die Nr. 01722,
- zu 40 %: die Nr. 01773,
- zu 35 %: die Nrn. 01772, 01775, 01831, 01902,
- zu 30 %: die Nr. 01774;

**I.4.1.2** externe kardiotokographische Untersuchungen (CTG)

- zu 15 %: die Nr. 01785,
- zu 10 %: die Nr. 01786;

**I.4.1.3** Ultraschalldiagnostik

- zu 60 %: Leistungen des Kapitels 33,
- zu 30 %: die Nr. 13551,
- zu 25 %: die Nr. 13424;

**I.4.1.4** Untersuchungen und Auswertungen

- zu 65%: die Nrn. 04350, 04351,04352,
- zu 60 %: die Nrn. 03241, 03350, 03351, 03352, 04241, 04353, 04354, 27323,
- zu 35 %: die Nrn. 03324, 04324, 04335 27324,
- zu 30 %: die Nrn. 03321, 04321, 27321,
- zu 20 %: die Nr. 27320,
- zu 15 %: die Nrn. 03322, 04322, 27322;

**I.4.1.5** pneumologische Leistungen

- zu 25 %: die Nrn. 03330, 04330, 13255, 13660, 13661, 27330;

**I.4.1.6** kardiorespiratorische Polygraphie

- zu 45 %: die Nr. 30900,
- zu 15 %: die Nr. 30901;

**I.4.1.7** elektroenzephalographische Untersuchungen

- zu 55 %: die Nrn. 04435, 14321, 16311, 21311,
- zu 35 %: die Nrn. 04434, 14320, 16310, 21310;

**I.4.1.8** neuro- und elektrophysiologische Untersuchungen

- zu 50 %: die Nrn. 04436, 04439, 06312, 14330, 14331, 16320, 16321, 21320,21321,
- zu 35 %: die Nrn. 04437, 16322, 27331;

**I.4.1.9** HNO-ärztliche, phoniatisch und pädaudiologische Leistungen

- zu 60 %: die Nr. 20314,
- zu 35 %: die Nrn. 09322, 20322, 20335, 20336, 20340,
- zu 30 %: die Nrn. 09327, 20327,
- zu 25 %: die Nrn. 09325, 20325,
- zu 20 %: die Nrn. 09321, 09323, 09324, 20321, 20323, 20324, 20351, 20352, 20353,
- zu 15 %: die Nrn. 09320, 20320;

**I.4.1.10**hautärztliche Leistungen

- zu 50%: die Nr. 10350

- I.4.1.11 fluoreszenzangiographische Untersuchungen nach der Nr. 06331 zu 15 % und die photodynamische Therapie nach der Nr. 06332 zu 50 %;
- I.4.1.12 urologische Leistungen  
 zu 55 %: die Nrn. 08310 und 26313,  
 zu 20 %: die Nr. 26310,  
 zu 15 %: die Nrn. 08311 und 26311,  
 zu 5 %: die Nr. 26312;
- I.4.1.13 extrakorporale Stoßwellenlithotripsie nach der Nr. 26330 zu 5 %;
- I.4.1.14 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen  
 zu 20 %: die Nr. 17370, 17372,  
 zu 5 %: die Nrn. 17310 bis 17360;
- I.4.1.15 strahlentherapeutische Leistungen  
 zu 15 %: Leistungen des Abschnitts 25.3.3,  
 zu 10 %: die Nr. 25342,  
 zu 5 %: die Nrn. 25340 und 25341;
- I.4.1.16 Computertomographien  
 zu 20%: die Nrn. 34312, 34341, 34345,  
 zu 15%: die Nrn. 34502, 34321, 34322, 34330, 34340, 34342, 34343,  
 34344, 34350, 34351,  
 zu 10%: die Nrn. 34310, 34311, 34320,  
 zu 5%: die Nr. 34360;
- I.4.1.17 radiologische Leistungen aus den Abschnitten 34.2 und 34.6 sowie die Nrn. 34500 und 34501 wie folgt:  
 zu 30%: die Nr. 34222;  
 zu 25%: die Nrn. 34273, 34287, 34293, 34294, 34600;  
 zu 20%: die Nrn. 34221, 34223, 34234, 34236, 34240, 34241, 34247, 34248,  
 34251, 34252, 34256, 34257, 34260, 34280, 34295,  
 34296, 34312, 34341, 34345, 34501;  
 zu 15%: die Nrn. 34210, 34212, 34220, 34230, 34231, 34232, 34233, 34235,  
 34237, 34242, 34243, 34244, 34250, 34255, 34270,  
 34282, 34284, 34285, 34286, 34321, 34322,  
 34330, 34340, 34342, 34343, 34344, 34350, 34351,  
 34452, 34500, 34503;  
 zu 10%: die Nrn. 34245, 34271, 34272, 34283, 34291, 34292, 34310, 34311,  
 34320, 34410, 34411, 34420, 34421, 34422, 34430,  
 34440, 34441, 34442, 34450, 34451, 34470,  
 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490;  
 zu 5%: die Nrn. 34290, 34360, 34431, 34460, 34492.
- I.4.1.18 Hyposensibilisierungsbehandlung  
 zu 30% die Nrn. 30130, 30131.

**I.4.2** Die oben genannten reduzierten Vergütungssätze gelten für den ärztlichen Leistungsanteil der EBM-Positionen. Die Vergütung sämtlicher Sachkosten im Sinne der allgemeinen Bestimmungen des EBM I Nr. 7 wie z.B. Kosten für Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses und Implantate die im Patienten verbleiben sind von den Kostenträgern direkt mit den Vergütungen des Krankenhauses abzugelten.

Hiervon ausgenommen sind Kostenerstattungen für Laboruntersuchungen dann, wenn das Krankenhaus entsprechend seiner Organisation die konkreten Leistun-

gen über seine zentralen Einrichtungen nicht zur Verfügung hält und dementsprechend die hierfür anfallenden Aufwendungen nicht in den Belegpflegesatz eingestellt hat. Hierbei sind die durch das Krankenhausentgeltgesetz eingetretenen Änderungen zu berücksichtigen.

Bei anderweitigen Eigentumsverhältnissen und Kosten sind ggf. zwischen Krankenhaus und Eigentümer im Innenverhältnis Nutzungsbedingungen/-entgelte zu vereinbaren. Dies hat jedoch auf die im Vertrag geregelten Sachverhalte keinen Einfluss.

Das Krankenhaus und der Belegarzt klären, ob aufgrund der aktuellen Vergütungsvereinbarung des Krankenhauses mit den Kostenträgern ausnahmsweise die Abrechnung von Kosten, insbesondere Laboruntersuchungen des Abschnitts I.7 und des Kapitels 32 EBM nach diesem Vertrag erfolgen kann. Nur in diesen Fällen sind Belegärzte zu deren Ansatz in stationären Fällen berechtigt.

## **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** Insbesondere sind Leistungen bei Neugeborenen bzw. Säuglingen, welche im Rahmen eines Hinzuziehens durch den gynäkologischen Belegarzt erbracht werden, vertragsärztlich ambulant berechnungsfähig. Die KVBW ist jedoch nicht verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst zur Behandlung pädiatrischer Notfälle für den Belegarzt vorzuhalten. Wie Notfälle bei im Krankenhaus mit ihren Müttern untergebrachten 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. 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 diesem Vertrag ausgeschlossen.

## **5. Ergänzende Regelungen**

**5.1** Für den Fall, dass der Leistungsbedarf für die Zuschläge bei Simultaneingriffen den Wert von 5 % des im selben Zeitraum entstandenen belegärztlichen Leistungsbe-

darfs der Leistungen des Abschnitts 36.2 EBM überschreitet, prüfen die Vertragspartner die Ursachen für die Überschreitung und die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall.

- 5.2** 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.
- 5.3** 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 und Belegarzt berechtigt, die Abrechnung belegärztlicher Behandlung nach den Grundsätzen der ambulanten Behandlung zu fordern. Die Leistungen des Belegarztfalls sind dann mit den Leistungen des ambulanten Falls zu einem ambulanten Fall zusammenzuführen (Nichtigkeit des Belegarztfalls). Die üblichen Ausschlussfristen aus dem SGB V sind maßgeblich.
- 5.4** 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.
- 5.5** Für die Abrechnung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit stationärer Behandlung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages.
- 5.6** 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.
- 5.7** Leistungen, die nach In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung in den EBM aufgenommen werden, können erst dann im belegärztlichen Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden.
- 5.8** Regelungen in dieser Vereinbarung haben gegenüber abweichenden Regelungen in den Gesamtverträgen für die KVBW Vorrang.
- 5.9** Die Vertragspartner verständigen sich über die Anpassung dieser Vereinbarung, wenn Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Regelungen in dieser Vereinbarung betreffen.
- 5.10** Die Vertragspartner beobachten die Honorarentwicklung im Bereich der stationären vertragsärztlichen Versorgung sorgfältig und verständigen sich über geeignete Maßnahmen, wenn sich erhebliche Honorarverwerfungen ergeben.

## **6. Inkrafttreten, Kündigung**

**6.1** Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft. Die bisher für den Bereich der KVBW geltenden vertragsärztlichen stationären Abrechnungsbestimmungen für Belegärzte treten am 31.12.2008 außer Kraft.

**6.2** 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.

### **Protokollnotiz**

#### **1. zu Ziffer 5.7**

Abweichend von Ziffer 5.7 wird die Abrechnung von Leistungen, die zwischen dem Inkraft-Treten und der Veröffentlichung dieser Vereinbarung in den EBM aufgenommen wurden, nicht nachträglich korrigiert.

Sofern zwischen Inkrafttreten und Veröffentlichung des Vertrages Leistungen abweichend von diesem Vertrag abgerechnet wurden, erfolgt keine Korrektur der Abrechnung.

#### **2. zur Vergütung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes**

Zur Frage der Vergütung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes gibt es keine übereinstimmende Auffassung der Vertragspartner. Die Thematik wird auch auf Bundesebene diskutiert.

Alle Parteien sind sich einig, dass eine Regelung dazu getroffen werden soll, wenn es eine Entscheidung auf der Bundesebene gibt. Die Abrechnungsuntergrenze gemäß Ziffer 1.3.4 wird bis zu einer Einigung über die Vergütung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes nicht von 170 auf 190 Punkte angehoben.