

Anlage 2 zum Gesamtvertrag

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

einerseits

und

die nachfolgend benannten Ersatzkassen in Schleswig-Holstein

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
- hkk, Bremen

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein als gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis für den Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg (VdAK),

andererseits

vereinbaren als Anlage 2 zum Gesamtvertrag mit Wirkung ab 01.01.2008 folgende Regelung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit gemäß § 33 Arzt/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen):

1. Dem nach § 31 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V je Patient nach Nr. 01414 vergütet. Der Vertragsarzt erhält für die erste Visite 1x je Visitentag eine Wegepauschale. Die erste Visite ist nach Nr. 01414W berechnungsfähig.

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 Kapitel 36, die Leistung nach der Nr. 01414W, ggf. in Verbindung mit der Ge-

büß nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Zusätzlich kann die entsprechende Wegepauschale 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), 30.4 (mit Ausnahme der in 3.d genannten Leistungen), 31.1.2, 31.3, 31.4, 35.1, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 08542, 10330, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13600, 13601, 13602, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30704, 30708 und 32001 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. 01414W in Verbindung mit den Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 kann der Belegarzt 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 Leistungen des Kapitels 36
- b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3, 40.4 und 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
- c) alle weiteren Leistungen, die mit mindestens 160 Punkten bewertet sind, mit Ausnahme der Ordinationskomplexe, mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d), e) und f) aufgeführten Leistungen.
Dies gilt auch für Leistungen, für die Zuschläge ausgewiesen sind, sowie für die entsprechenden Zuschläge selbst, sofern die Gesamtleistung eine Bewertung von mindestens 160 Punkten erreicht.
- d) die Leistungen nach den Kapiteln 17.3 und 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, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251 bis 13255, 13257, 13300, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13431, 13550 bis 13561, 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 120 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 120 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 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.
- die Leistungen des Kapitels 25 mit 33 $\frac{1}{3}$ % 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:

- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses für die erste Visite am BHT Nr. 01414W ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 oder 01101 und für jeden weiteren Patienten Nr. 01414 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen. Der Vertragsarzt erhält für die 1. Visite nach der Nr. 01414W eine Wegepauschale.

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 KV Schleswig-Holstein nachzuweisen, dass ihm

Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entstanden sind. Die KV Schleswig-Holstein unterrichtet hierüber den VdAK/AEV.

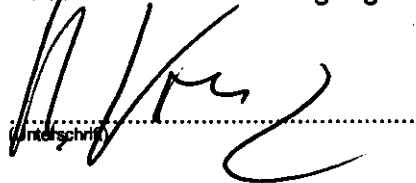
- b) Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Für einen solchen Bereitschaftsdienst wird kein Entgelt gezahlt.

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 Betrag je Patient und Pflage tag gezahlt.
Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pflage tage.


Bad Segeberg, den 09.12.2008

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)

Kiel, den ~~16.12.08~~

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein


.....
(Unterschrift)