

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

phylaxe (Immunglobulingabe oder Chemoprophylaxe) bei Kontaktpersonen in Familien und Gemeinschaften.

2. Für die Erbringung und Abrechnung der Pneumokokken-Impfung im Rahmen dieses Vertrages gilt ergänzend zu den Impfpfehlungen der STIKO folgende Definition des Begriffs Gedeihstörung:
- Keine altersentsprechende Gewichtszunahme über Zeit (z.B. keine Verdoppelung des Geburtsgewichts bis zur U4)
 - Gewichtsverlust über mehr als zwei Monate
 - Verhältnis Körpergröße zu Körpergewicht außerhalb der Hauptperzentilen im Somatogramm II des Vorsorgeuntersuchungshefts.

Protokollnotiz zum Vertrag über die Durchführung von Schutzimpfungen

zwischen dem Verband der Angestellten Krankenkassen e. V., Siegburg,

sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V., Siegburg,

vertreten durch die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, 40210 Düsseldorf (nachstehend VdAK/AEV genannt)

und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, 40474 Düsseldorf – vertreten durch den Vorstand – (nachstehend KVNo genannt)

Die Vertragspartner beabsichtigen, sich über eine zusätzliche Kennzeichnung von Impfcifern zu verständigen, um künftig den Grad der Erreichung der Grundimmunisierung eines Versicherten je Impfindikation zu validieren. Die Kennzeichnung wird frühestens mit dem Quartal 1/2006 verbindlich eingeführt.

Düsseldorf, den 31. Mai 2005

*Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender*

*VdAK Landesvertretung NRW
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung*

*AEV Landesvertretung NRW
Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung*

Nachtrag zur Vereinbarung auf der Grundlage des § 85 Abs. 4 SGB V mit Wirkung ab dem 01.04.2005

– Honorarverteilungsvertrag –

Anlage/n zu § 4 Abs. 7

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

2. Quartal 2005

Gesamtaufstellung

(Bitte die Fälle aus den Einzelaufstellungen hier eintragen!)

Abrechnungsgebiete	Gebührenordnung	Arbeitsgebiet	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG)	BMÄ/EGO	H	
Auslandsabkommen, Grenzgänger, Rheinschiffer			
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundesgrenzschutz, SHT), Postbeamte A, Entschädigungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
		Gesamt	

1) Erklärung zur Quartalsabrechnung

Ich versichere/ Wir versichern, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) von mir/uns erfolgt ist.

Ich versichere/ Wir versichern ferner, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir selbst/uns oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner/ unserer Aufsicht bzw. von einem Vertreter (vgl. § 32 ZV-Ärzte) ausgeführt wurden. Keine der in Rechnung gestellten Leistungen wurde durch einen von der KV Nordrhein nicht genehmigten ärztlichen Assistenten/AiP und/oder angestellten Arzt/Ärztin sowie in einer nicht genehmigten Zweigpraxis ausgeführt.

In der Zeit vom..... bis..... war Frau/Herr Dr. med..... als genehmigte(r) Assistent/in und/oder angestellte(r) Arzt/Ärztin in meiner Praxis tätig.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

In der Zeit vom.....bis..... wurde ich in meiner Praxis von Frau/Herrn Dr.vertreten.

Datum/Unterschrift/en _____

Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst
Ich versichere/ Wir versichern,
die am/ an folgenden Tagen.....
die am/ an folgenden Tagen.....

abgerechneten Leistungen selbst oder durch meinen Vertreter als Leistungen im organisierten Notfalldienst in eigener Praxis bzw. in einer von KVNo und ÄKNo genehmigten Notfallpraxis erbracht zu haben.

Datum/ Unterschrift/en _____

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere/Wir versichern, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Unterschrift/en _____

- 2) Erklärung gemäß § 42 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 35 Abs. 3 AEV – EDV-gestützte Quartalsabrechnung**
Hiermit bestätige ich/wir, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete System entspricht der von der KBV geprüften und freigegebenen Version.

Erklärung zur Abrechnung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag)

Ich versichere/wir versichern, dass in den von mir zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

Erklärung bei Abrechnung mittels Datenträger gemäß den DTA-Richtlinien

Ich versichere/Wir versichern
- dass alle gemäß den aktuell gültigen DT-Richtlinien einzureichenden Abrechnungsbelege an die zuständige Bezirksstelle termingerecht übersandt wurden.

Anzahl eingereicherter Datenträger:Prüf-Nr. (bzw. Prüf-Datum).....

Unterschrift/en _____

- 3) Erklärung Qualitätssicherung / Labor**

Ich versichere/Wir versichern, dass die in meinem und/oder anderen ärztlich geleiteten Laboratorien durchgeführten Untersuchungen nach den Nrn. 32056 bis 32088 BMÄ/EGO bzw. Analysen mit vortestierten Reagenzien (Trockenchemie) nach den gemäß § 4 Abs. 9 der Satzung der KVNo vom Vorstand erlassenen Richtlinien über die Auswahl, den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung von medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen bzw. den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (RILIBÄK) der internen Qualitätssicherung unterworfen sind.

Unterschrift/en _____

- 4) Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)**

Ich bestätige/Wir bestätigen, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM sowie den Abschnitten 1.7.6 und 1.7.7 in meiner Praxis von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) – nicht in den Räumen einer Laborgemeinschaft – aus- und durchgeführt wurden.

Unterschrift/en _____

- 5) Erklärung bei Abrechnung ambulanter Operationen**

Ich versichere/Wir versichern, dass in meiner Praxis/ in den von mir genutzten Op.-Einrichtungen die für die ambulante Durchführung operativer Leistungen genannten Mindestanforderungen sowie die Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei stationärsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V vom 12. September 2003 erfüllt wurden.

Unterschrift/en _____

Erklärung bei Teilnahme an Strukturverträgen zur Förderung ambulanter krankenhausersetzender Leistungen

Hiermit bestätige ich/wir, dass ich mit einer Belegung meiner Operationsräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Kommission einverstanden bin.

Unterschrift/en _____

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- 6) Erklärung bei der Erbringung von Leistungen aus dem Hausärztlichen Versorgungsbereich gem. den Abschnitten 3 bzw. 4 EBM in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen**

Ich versichere/Wir versichern, dass diejenigen von der Gemeinschaftspraxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen aus dem Hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Abschnitten 3 bzw. 4 EBM, die nur von Hausärzten durchgeführt werden dürfen, ausschließlich von dem/den der Gemeinschaftspraxis angehörenden Hausarzt/-ärzten oder dessen/deren Vertreter erbracht wurden.

Unterschrift des/der hausärztlich tätigen Arztes/Ärztin

- 7) Erklärung bei Abrechnung von Beobachtungs- und Betreuungsleistungen oder postoperativen Behandlungskomplexen**

Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen, die nachfolgend eine Beobachtung und Betreuung nach den Nrn. 01510 bis 01531, 01857, 01914, 05350 oder 31501 bis 31731 EBM erforderlich machen oder an der Beobachtung und Betreuung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt haben, von mir mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach nur ich allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne.

Unterschrift _____

- 8) Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. Abschnitt I Punkt 7.3 der Allg. Bestimmungen des EBM**

Ich erkläre/Wir erklären, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere weiterhin, dass ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.

Unterschrift/en _____

- 9) Erklärung bei Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung**

Ich versichere/Wir versichern, dass die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V erbracht und ausgeführt worden sind.

Unterschrift/en _____

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Bezirksstelle

2. Quartal 2005

Gesamtaufstellung / Ermächtigte Ärzte

(Bitte die Fälle aus den Einzelaufstellungen hier eintragen!)

Abrechnungsgebiete	Gebührenordnung	Arbeitsgebiet	Anzahl der Behandlungsfälle
Ersatz- und Primärkassen	BMÄ/EGO	B	
KOV-Bundesbehandlung (BVG/BEG) Auslandsabkommen, Grenz- gänger, Rheinschiffer	BMÄ/EGO	H	
Sonstige Kostenträger (Polizei, Bundeswehr, Zivildienst, Bundesgrenz- schutz, SHT), Postbeamte A, Entschä- digungsamt Berlin	BMÄ/EGO	I	
		Gesamt	

- 1) Erklärung zur Quartalsabrechnung**

Ich versichere, dass die Abrechnung ordnungsgemäß und vollständig und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) von mir erfolgt ist.

Ich versichere ferner, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten Leistungen von mir selbst (persönlich) oder von nichtärztlichen Hilfskräften unter meiner Aufsicht ausgeführt wurden.

Datum/ Unterschrift _____

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Ich versichere, nur vollständig gekennzeichnete Überweisungsscheine zur Abrechnung gebracht zu haben.

Unterschrift _____

- 2) Erklärung gemäß § 42 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 35 Abs. 3 AEV – EDV-gestützte Quartalsabrechnung**

Hiermit bestätige ich, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung erfolgt ist. Das verwendete System entspricht der von der KBV geprüften und freigegebenen Version.

Erklärung zur Abrechnung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag)

Ich versichere, dass in den von mir zur Abrechnung gebrachten Zuweisungsfällen die mir erteilten Aufträge nicht überschritten wurden.

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Erklärung bei Abrechnung mittels Datenträger gemäß den DTA-Richtlinien

Ich versichere

- dass alle gemäß den aktuell gültigen DT-Richtlinien einzureichenden Abrechnungsbelege an die zuständige Bezirksstelle termingerecht übersandt wurden.

Anzahl eingereicherter Datenträger:
Prüf-Nr. (bzw. Prüf-Datum).....

Unterschrift _____

3) Erklärung Qualitätssicherung / Labor

Ich versichere, dass die in meinem und/oder anderen ärztlich geleiteten Laboratorien durchgeführten Untersuchungen nach den Nrn. 32056 bis 32088 BMÄ/EGO bzw. Analysen mit vorportionierten Reagenzien (Trockenchemie) nach den gemäß § 4 Abs. 9 der Satzung der KVNo vom Vorstand erlassenen Richtlinien über die Auswahl, den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung von medizinischen Laboratoriumsuntersuchungen bzw. den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien (RILIBÄK) der internen Qualitätssicherung unterworfen sind.

Unterschrift _____

4) Erklärung bei Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)

Ich bestätige, dass die von mir zur Abrechnung gebrachten speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM sowie den Abschnitten 1.7.6 und 1.7.7 von mir bzw. unter meiner persönlichen Überwachung (persönliche Anwesenheit) – nicht in den Räumen einer Laborgemeinschaft – aus- und durchgeführt wurden.

Unterschrift _____

5) Erklärung bei Abrechnung ambulanter Operationen

Ich versichere, dass in den von mir genutzten Op.-Einrichtungen die für die ambulante Durchführung operativer Leistungen genannten Mindestanforderungen sowie die Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V vom 12. September 2003 erfüllt wurden.

Unterschrift _____

Erklärung bei Teilnahme an Strukturverträgen zur Förderung ambulanter krankenhausersetzender Leistungen

Hiermit bestätige ich, dass ich mit einer Begehung der von mir genutzten Operationsräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Kommission einverstanden bin.

Unterschrift _____

6) Erklärung bei Abrechnung von Beobachtungs- und Betreuungsleistungen oder postoperativen Behandlungskomplexen

Ich versichere hiermit, dass in denjenigen Fällen, in denen an der Erbringung der Leistungen, die nachfolgend eine Beobachtung und Betreuung nach den Nrn. 01510 bis 01531, 01857, 01914, 05350 oder 31501 bis 31731 EBM erforderlich machen oder an der Beobachtung und Betreuung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt haben, von mir mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen wurde, wonach nur ich allein in den jeweiligen Fällen diese Leistungen abrechne.

Unterschrift _____

7) Erklärung bei Abrechnung von Kosten gem. Abschnitt I Punkt 7.3 der Allg. Bestimmungen des EBM

Ich erkläre, dass bei der Abrechnung von Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in den berechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten sind, die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden. Ich versichere weiterhin, dass ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) an die KV Nordrhein weitergegeben werden.

Unterschrift _____

8) Erklärung bei Abrechnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung

Ich versichere, dass die abgerechneten Leistungen zur künstlichen Befruchtung unter Beachtung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V erbracht und ausgeführt worden sind.

Unterschrift _____

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

§ 8 Belegärztliche Tätigkeit

1. Dem nach § 31 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen bzw. § 39 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 stationärer Operationen 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 Wegpauschale/ das entsprechende Weggeld 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, 31.4, 35.1, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nm. 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 der Abschnitte 40.3, 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,
- c) alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d), e) und f) 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 Nm. 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,
- f) - 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 bzw. den §§ 11 und 25 BMV-Ä genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
- g) die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leistung nach der Nr. 34502 mit 20 % 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 bzw. § 41 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte berechnen:

- a) für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- die Leistung nach der Nr. 01414 für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
 - die Leistung nach der Nr. 01414 mit 70 % des Vergütungssatzes in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nm. 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 Nm. 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 mit 70 % des Vergütungssatzes, 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 Nm. 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.
- 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.

Die geänderte Fassung tritt zum 01.04.2005 in Kraft.

*Gez. Dr. med. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein*

*Gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes der
AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse*

*Gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes des
BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen*

*Gez. Frau Dr. Brigitte Wutschel-Monka
Vorsitzende des Vorstandes der
IKK Nordrhein*

*Gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer der
Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen*

*Gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des
Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V.*

*Gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V.*