

- entsprechende Wegepauschale/ das entsprechende Wegegeld,
- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01412 mit 70 % des Vergütungssatzes nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
- d) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C 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,
- e) bei Durchführung von Narkosen/ Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. 01852, 01853, 01856, 01857, 01903, 01913 und 01914 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 mit 60 % des Vergütungssatzes.

- 7) Vom Belegarzt zur Durchführung von Assistenz- oder Anästhesieleistungen hinzugezogene Vertragsärzte rechnen nach ambulanten Grundsätzen ab.
- 8) 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.
- 9) 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 Krankenhausärzters - 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.

§ 16 Laufzeit

Die Änderung zu § 8 Belegärztliche Tätigkeit dieser Vereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft und läuft bis zum 31.12.2008. Die Vereinbarung verlängert sich jeweils um ein Quartal, wenn er nicht von einer Vertragspartei – von den Krankenkassen gemeinsam – gegenüber der jeweils anderen Vertragspartei schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt wird. Zur Einhaltung der Frist kommt es auf den Zugang bei der anderen Vertragspartei an. Die Frist gegenüber den Krankenkassen wird dadurch gewahrt, dass einer Krankenkasse die Kündigung rechtzeitig zugeht.

Düsseldorf, den 30. Oktober 2007

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
gez. Dr. med. Leonhard Hansen
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
gez. Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverbandes Nordrhein-Westfalen
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes

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

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer der

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen bzw. deren Verbände haben sich mit Wirkung zum 01. Januar 2008 auf die nachstehenden Ergänzungen und Klarstellungen zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf verständigt:

4. Nachtragsvereinbarung zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Mit Wirkung zum 01. Januar 2008 haben sich die Vertragspartner über die Ergänzung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verständigt:

Ergänzung unter III. 1. zweiter Absatz:

Bei der Anforderung von Sprechstundenbedarf sind nur die unter IV. dieser Vereinbarung aufgeführten Mittel verordnungsfähig; Homöopathika und auch Mittel der anthroposophischen Medizin stellen keinen Sprechstundenbedarf dar.

Klarstellung bzw. Ergänzung zu IV.5 „Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“

- Arzneiformen zur Applikation in Körperhöhlen, wie Rektum, Vagina, Harnröhre (Urethra) und Harnleiter (Ureter), z. B. Rektalkapseln, Tamponaden, Ovula, Vaginaltableten etc.