

Kreis Heinsberg  
Facharzt/-ärztin für Frauen-  
heilkunde und Geburtshilfe  
(Einzelpraxis)  
Chiffre: 089/2008

Rhein-Sieg-Kreis  
Facharzt/-ärztin für Allge-  
meinmedizin (Einzelpraxis)  
Chiffre: 091/2008

Stadt Köln  
Facharzt/-ärztin für  
Orthopädie -Rheumatologie-  
(Einzelpraxis)  
Chiffre: 092/2008

Kreis Düren  
Facharzt/-ärztin für Innere  
Medizin -hausärztliche  
Versorgung- (Einzelpraxis)  
Chiffre: 093/2008

Kreis Heinsberg  
Facharzt/-ärztin für Haut-  
und Geschlechtskrankheiten  
(Einzelpraxis)  
Chiffre: 095/2008

Rhein-Sieg-Kreis  
Facharzt/-ärztin für Augen-  
heilkunde (Einzelpraxis)  
Chiffre: 096/2008

Rhein-Erft-Kreis  
Facharzt/-ärztin für Hals-  
Nasen-Ohrenheilkunde  
(Einzelpraxis)  
Chiffre: 097/2008

Rhein-Sieg-Kreis  
Facharzt/-ärztin für Innere  
Medizin -hausärztliche  
Versorgung- (Einzelpraxis)  
Chiffre: 099/2008

Stadt Köln  
Facharzt/-ärztin für Hals-  
Nasen-Ohrenheilkunde  
(überörtliche Berufsaus-  
übungsgemeinschaft)  
Chiffre: 100/2008

---

**Bewerbungsfrist:  
Bis 13.06.2008**

---

Stadt Köln  
Facharzt/-ärztin für  
Chirurgie -Unfallchirurgie-  
(Einzelpraxis)  
Chiffre: 094/2008

---

**Bewerbungsfrist:  
Bis 20.06.2008**

---

Stadt Bonn  
Facharzt/-ärztin für Nerven-  
heilkunde (Einzelpraxis)  
Chiffre: 086/2008

Stadt Köln  
Facharzt/-ärztin für Allge-  
meinmedizin (Einzelpraxis)  
Chiffre: 090/2008

Kreis Heinsberg  
Facharzt/-ärztin für Allge-  
meinmedizin (Berufsaus-  
übungsgemeinschaft)  
Chiffre: 098/2008

---

**Im Bereich Köln**

---

**Bewerbungsfrist:  
Bis 06.06.2008**

---

Stadt Köln  
Psychol. Psychotherapeut(in)  
(Praxisgemeinschaft)  
Chiffre P 15/2008

---

**Bewerbungsfrist:  
Bis 20.06.2008**

---

Rhein-Erft-Kreis  
Psychol. Psychotherapeut(in)  
(Einzelpraxis)  
Chiffre P 16/2008

Stadt Bonn  
Psychol. Psychotherapeut(in)  
(Praxisgemeinschaft)  
Chiffre P 17/2008

Zwischen der Kassenärztlichen Vereini-  
gung Nordrhein und den Verbänden der  
Ersatzkassen wurde mit Wirkung zum 01.  
Januar 2008 die nachstehend genannte  
Anlage über die Vergütung der stationä-  
ren belegärztlichen vertragsärztlichen  
Tätigkeit redaktionell angepasst. Die re-  
daktionelle Anpassung war vor dem Hin-  
tergrund der Neuaufnahme des Kap. 36  
in den EBM zum 01. April 2007 in Ver-  
bindung mit der Neufassung des Hono-  
rarverteilungsvertrages zum 01. Januar  
2008 erforderlich geworden.

**Anlage 2 zum Gesamtvertrag**

**zwischen der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

**– einerseits –**

**und dem Verband der Angestellten-  
Krankenkassen e. V., Siegburg,**

**sowie**

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

**vertreten durch**

**die Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

**– andererseits –**

**über die**

**Vergütung der stationären  
belegärztlichen vertrags-  
ärztlichen Tätigkeit  
gemäß § 33 Arzt-/  
Ersatzkassenvertrag  
(Bundesmantelvertrag  
Ärzte/Ersatzkassen)**

**gültig ab 1. Januar 2008**

- (1) Dem nach § 31 Bundesmantelvertrag  
Ärzte/Ersatzkassen anerkannten Be-  
legarzt werden die Visiten in einem zu-  
gelassenen Krankenhaus nach § 108  
SGB V je Patient nach Nr. 01414 ver-  
gütet. Bei dringend angeforderten  
und unverzüglich ausgeführten Ein-  
zelvisiten kann der Belegarzt die Leis-

tung nach der Nr. 01414D, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, berechnen. Dringende Visiten auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume können nach der Nr. 01412 EBM abgerechnet werden. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt zusätzlich die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld ansetzen. 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.

- (2) 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.
- (3) Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Abschnitten 1.5, 2.5 (mit Ausnahme der in Abs. 4 Buchstabe d genannten Leistungen), 3.2, 3.3.2, 4.2, 4.3.2, 7.3, 18.3, 30.4 (mit Ausnahme der in Abs. 4 Buchstabe d genannten Leistungen), 31.2, 31.3, 31.4, 31.5, 35.1, 35.2 sowie der Leistungen nach den Nrn. 01410, 01411, 01413, 01440, 01700, 01701, 01721, 01910, 01911, 03120, 04120, 05220, 06220, 07220, 08220, 08542, 09220, 10220, 10330, 11220, 13220, 13300, 13500, 13501, 13502, 13550, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 14240, 14313, 14314, 15220, 16220, 16230, 16231, 18220, 20220, 21230, 21231, 21232, 26220, 27220, 30700, 30701, 32000, 32001 und 40100 ausgeschlossen.
- (4) Ferner werden dem Belegarzt vergütet:
- die Leistungen des Kapitels 36 zu 100 %.
  - die Pauschalerstattungen der Abschnitte 40.3, 40.4, 40.5 mit 100 % der Vergütungssätze,

- alle weiteren Leistungen mit 100 % der Vergütungssätze, mit Ausnahme der unter d) bis i) aufgeführten Leistungen,
- die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 30.7 (mit Ausnahme der in Abs. 3 genannten Leistungen), 34.2, 34.6 sowie die Leistungen nach den Nrn. 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, 13301, 13310, 13311, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 mit 60 % der Vergütungssätze,
- 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, mit 60 % der Vergütungssätze,
- die Leistungen des Abschnittes 19.3 mit 60 % der Vergütungssätze,
- die 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 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Laborleistungen, die in gemischten Krankenhäusern erbracht werden, sind nicht berechnungsfähig,
- die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 sowie die Leis-

tung nach der Nr. 34502 mit 20 % der Vergütungssätze.

- (5) Die reduzierten Vergütungssätze nach Abs. 4 gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder solche, die sich im Besitz des Belegarztes befinden, benutzt werden.
- (6) Vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsärzte können unter den Voraussetzungen des § 33 Absätze 2, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen berechnen:
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
    - die Leistung nach der Nr. 01412 mit 70 % des Vergütungssatzes, wenn die Rahmenbedingungen der Leistungslegende erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
    - die Leistung nach der Nr. 01414C für jeden Kranken mit 70 % des Vergütungssatzes und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
    - die Leistung nach der Nr. 01414C mit 70 % des Vergütungssatzes in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
  - für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen
    - die Leistung nach der Nr. 05230 für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,
    - die Leistung nach der Nr. 05230/05230E in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 01100 bzw. 01101, wenn die zeitlichen Rahmenbedingungen der Leistungslegende der Nrn. 01100 bzw. 01101 erfüllt sind, und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld,

## Amtliche Bekanntmachungen

- c) bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. O1412 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. O1414C mit 70 % des Vergütungssatzes, ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. O1100 oder O1101 und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen,
- e) bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den Nrn. O1852, O1853, O1856, O1857, O1903, O1913 und O1914 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 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.

- 10) Dieser Vertrag tritt am 01. Januar 2008 in Kraft. Bei Änderungen der Gebührenordnung (E-GO) besteht Übereinstimmung, diese ohne Kündigung des Vertrages umzusetzen. Ansonsten gilt die Kündigungsfrist gemäß § 17 des Gesamtvertrages.

Düsseldorf, den 08.04.2008

Kassenärztliche  
Vereinigung  
Nordrhein  
gez. Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender

VdAK Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
gez. Andreas Hustadt  
Leiter der  
Landesvertretung

AEV Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen  
gez. Andreas Hustadt  
Leiter der Landesvertretung

- Abrechnungsdaten online
- Elektronische Qualitätszirkel
- Praxisdaten ändern
- Vordrucke bestellen

### Kontakt

KV Nordrhein  
Communication Center  
Telefon 0211 5970 8500  
Telefax 0211 5970 9500  
E-Mail [portal@kvno.de](mailto:portal@kvno.de)

[www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de)

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein