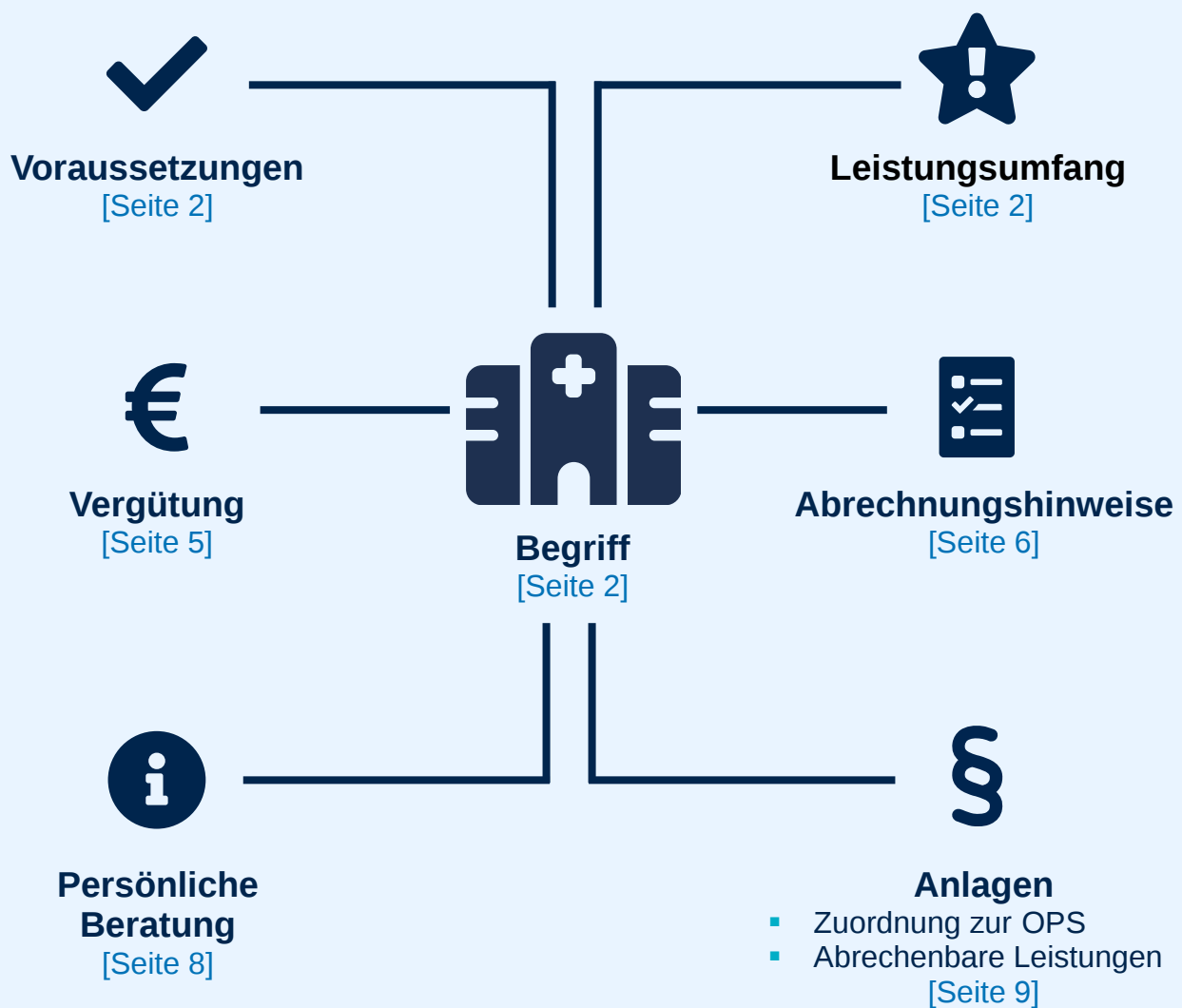


Belegärztlich abrechenbare Leistungen

Allgemeine Informationen

Wo steht was?



Begriff

Belegärztlich Tätige sind all jene Vertragsärztinnen und -ärzte, die im Rahmen ihrer ambulanten Tätigkeit auch die Möglichkeit haben, ihre Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus stationär zu behandeln.

Dazu ist kein arbeitnehmerähnliches Verhältnis zu einem Krankenhausträger notwendig. Stattdessen schließen sie entsprechende Vereinbarungen mit Krankenhäusern und übernehmen damit den laut Krankenhausplan zugewiesenen Versorgungsauftrag des Krankenhauses.

Dabei rechnen Belegärztinnen und -ärzte ihre Leistung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayern ab und das Krankenhaus die sog. Belegarzt-DRG (inkl. der Versorgung durch Pflegekräfte).

Voraussetzungen

Für eine stationäre Behandlung müssen folgende Voraussetzungen zwingend erfüllt sein:

- ☐ Das Krankenhaus muss in der aktuellen Fassung des Krankenhausplanes des Freistaates Bayerns ausgewiesen sein.
- ☐ Das Krankenhaus muss die Fachrichtung als Belegabteilung vorhalten (das Vorhalten der Fachrichtung als Hauptabteilung reicht nicht aus).
- ☐ Das Belegkrankenhaus muss sowohl von der Praxis als auch vom Hauptwohnsitz des belegärztlich Tätigen regelhaft innerhalb von 30 Minuten zu erreichen sein.

Leistungsumfang

Die von Belegärztinnen und Belegärzten abrechenbaren Leistungen untergliedern sich unter anderem in Leistungen aus den beiden Bereichen **belegärztliche Operationen** und **belegärztlich konservativer Bereich**.

1. Belegärztliche Operationen

Vergütung / GOP (gemäß Abschnitte des EBM)	Leistungsbeschreibung
Abgebildet außerhalb des Abschnitts 36	Präoperativer Abschnitt , in dem die Hausärztin bzw. der Hausarzt, ggf. die Anästhesistin bzw. der Anästhesist die Patientinnen bzw. Patienten für die belegärztliche Operation vorbereiten
Abschnitt 36.2 bzw. 36.5	Durchführung der Operation einschließlich Anästhesie durch den Operierenden ggf. mit der Anästhesistin bzw. dem Anästhesisten
Abschnitt 36.3	Postoperative Überwachung , die in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder von der Anästhesistin bzw. dem Anästhesisten oder von dem Operierenden durchgeführt wird
Erfolgt durch Einzel- bzw. Komplexleistungen und/oder Pauschalen des EBM	Stationäre Behandlung durch belegärztlich Tätige und Konsiliarärztinnen bzw -ärzte



Die **Abrechnung** einer ambulanten postoperativen Behandlung ist nicht möglich.

Hinweis

Weitere Informationen zur Vergütung belegärztlicher Operationen finden Sie in der Präambel 36.1 EBM unter folgendem Link:

→ <https://ebm.kbv.de/>



2. Belegärztlich-konservativer Bereich

- Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärztinnen und -ärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als belegärztlich Tätige erhalten haben.
- Die Gebührenordnungspositionen **36861** und **36867** sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden:

Vergütung / GOP	Leistungsbeschreibung
36861 oder 36867	KEINE Berechnung während stationärem Aufenthalt der GOPen der Abschnitte 31.2 – 31.5., 36.2, 36.3, 36.5

Vergütung / GOP	Leistungsbeschreibung	Verweildauer	Anzahl je stationärem Aufenthalt
36861	Strukturpauschale	bis zu 13 Tage	max. 10x möglich
36867	Strukturpauschale	mehr als 13 Tage	1x je Aufenthalt

Hinweis

Die Übersicht der im Rahmen der belegärztlichen Behandlung abrechenbaren Leistungen des EBM finden Sie unter folgendem Link:

→ <https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/belegaerztliche-leistungen>



! Eine **Abrechnung von Sachkosten** ist für belegärztlich Tätige **nicht möglich**.

Vergütung

Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Belegärztlich Tätige sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatientinnen bzw. -patienten vorzuhalten. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist dann sichergestellt, wenn sich eine bereitchaftsdiensthabende Ärztin bzw. ein bereitchaftsdiensthabender Arzt im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der Belegabteilung rechtzeitig tätig werden zu können. Eine Rufbereitschaft außerhalb des Krankenhauses reicht hierfür nicht aus.

Kostenersatz

- Bei Vorhalten eines vom Belegarzt bzw. von der Belegärztin zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes

Pauschale Aufwandsentschädigung pro Tag und Patientin bzw. Patient*

Vorlage bei	Betrag
Regionalkassen	€ 2,56
Ersatzkassen	€ 3,07
Abrechnung	GOP 40170**

* In den Gesamtverträgen mit den bayerischen Krankenkassen geregelt

** Abrechnung der GOP 40170 ist (bislang!) nicht an die Vorlage eines konkreten Kostennachweises gebunden

! Der Kostenersatz gilt nur, wenn der Bereitschaftsdienst nicht in eigener Person wahrgenommen, sondern eine **Krankenhausärztin bzw. ein -arzt** damit beauftragt und von der Belegärztin bzw. dem Belegarzt dafür bezahlt wird.

Aufstockungsbetrag zur GOP 40170

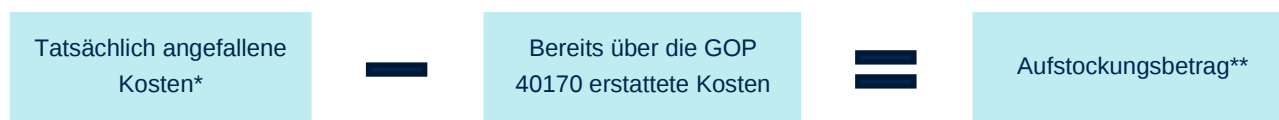
Hintergrund

- Pauschalbetrag deckt nicht immer die gegenüber dem Krankenhaus anfallenden Kosten

Individuelle Berechnung des Aufstockungsbetrags

- Anhand der eingereichten Unterlagen für jede Belegärztin bzw. jeden Belegarzt

Berechnungslogik:



*je Patientin bzw. Patient und Pflgetag

**Aufstockungsbetrag maximal 3,30 €

Abrechnungshinweise

Visite auf der Belegstation

Abrechnung GOP 01414 / 01414N

Hinweis

Visiten in der Nachtzeit (19:00 Uhr bis 07:00 Uhr)
sind mit N zu kennzeichnen.

GOP	Bezeichnung	Beschreibung
01414 (N)	Visite je Patientin bzw. Patient auf der Belegstation	Inanspruchnahme in der Nacht oder am Wochenende (nicht organisierter Bereitschaftsdienst)
01412	Dringende Visite auf der Belegstation	Visiten mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit

Für die **erste Visite (für die 1. Patientin bzw. den 1. Patienten) am Visitentag** werden entsprechende Wegepauschalen nach GOP 40220 ff. eingetragen (nicht Zonenangaben)

Tageszeit 07:00 – 19:00 Uhr 		Nachtzeit 19:00 – 07:00 Uhr 	
GOP	Beschreibung	GOP	Beschreibung
40220	Entspricht Z1, Tag	40226	Entspricht Z1, Nacht
40222	Entspricht Z2, Tag	40228	Entspricht Z2, Nacht
40224	Entspricht Z3, Tag	40230	Entspricht Z3, Nacht

Scheinuntergruppe

Scheinuntergruppe	Beschreibung
30	Belegärztliche Behandlung
31	Belegärztliche Mitbehandlung
32	Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung bei belegärztlicher Behandlung

3-Tage-Regelung: Eingeschränkte Abrechnung (EBM / Präambel 36.2.1 Nr. 4)

In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operierenden) neben der belegärztlichen Operation folgende Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, siehe Anlage „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS)“.

Verordnungen

Der Aufenthalt der Patientin bzw. des Patienten im Rahmen einer belegärztlichen Leistung ist ein stationärer Aufenthalt. Es gelten daher die im Verordnung Aktuell „Verordnungen während Krankenhaus- / Reha-Aufenthalt“ im Kapitel „Formelles“ ausführlich genannten Grundsätze.

Rechtsgrundlagen

Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) - 10. Abschnitt – Belegärztliche Versorgung

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag



Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) - § 15 Abs. 1 – Persönliche Leistungserbringung

www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz – SGBV § 121 -
Vergütungsregelungen

https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_121.html



Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen –
KHEntgG § 18 – Vergütungsregelung

<https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/>



Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Formulare/B/KVB-FORM-Belegarztanerkennung-Arzt-Genehmigung.pdf>



Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin am Beratungscenter in Ihrer Region. Dabei haben Sie die Wahl: Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung



ANLAGE

1. Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu Kapitel 36 – Anhang 2

<https://ebm.kbv.de/>

Zuordnung der OPS zu den Kapiteln 31 und 36

2.1 - Präambel

2.2 - Biopsie ohne Inzision

2.3 - Biopsie durch Inzision

2.4 - Diagnostische Endoskopie

2.5 - Operationen am Nervensystem

2.6 - Operationen an endokrinen Drüsen

2.7 - Operationen an den Augen

2.8 - Operationen an den Ohren

2.9 - Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen

2.10 - Operationen an Mundhöhle und Gesicht

2.11 - Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea

2.12 - Operationen an Lunge und Bronchus

2.13 - Operationen am Herzen

2.14 - Operationen an den Blutgefäßen

2.15 - Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem

2.16 - Operationen am Verdauungstrakt

2.17 - Operationen an den Harnorganen

2.18 - Operationen an den männlichen Genitalorganen

2.19 - Operationen an den weiblichen Genitalorganen

2.20 - Geburtshilfliche Operationen

2.21 - Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

2.22 - Operationen an den Bewegungsorganen

2.23 - Operationen an der Mamma

2.24 - Operationen an Haut und Unterhaut

2.25 - Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen

2. Abrechenbare Leistungen - Ausschnitt Kapitel 36.2.1

Punkt 4

<https://ebm.kbv.de/>

In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis des Operierenden neben der belegärztlichen Operation nur folgende Gebührenordnungspositionen, sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils **in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414** berechnet werden.

GOP

01102

01220 - 01222

01320 - 01323

01412, 01414, 01431, 01437, 01442, 01443, 01444, 01450, 01452

01500 bis 01503, 01522, 01546, 01549

01602, 01610 - 01613, 01615, 01620 - 01624, 01626, 01640 - 01642, 01647, 01648, 01650, 01670 - 01672, 01681, 01682, 01699

01700 - 01703, 01705 - 01707, 01709, 01711 - 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740 - 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 - 01758, 01760, 01761, 01764, 01765, 01770 - 01775, 01780 - 01787, 01793 - 01796,

01800, 01802 - 01811, 01815, 01816, 01820 - 01828, 01830 - 01833, 01840 - 01842, 01850

01915, 01949, 01950 - 01953, 01955, 01856, 01960, 01965, 01966

02100, 02101, 02110 - 02112, 02120

02314, 02325 - 02328,

03008, 03010

04008, 04010

04434

05227, 05228

06227, 06228, 06362

07227, 07228

08227, 08228, 08641, 08642, 08643, 08645,

09227, 09228

10227, 10228

11228

13227, 13228, 13297, 13298,

13347, 13348, 13397, 13398

13497, 13498

13547, 13548, 13597, 13598

13647, 13648, 13697, 13698

14217, 14218,

15228

16218, 16228

16310

17228

18227, 18228

19310, 19312, 19315, 19320

20227, 20228

21227, 21228, 21236, 21237

22219, 22228

23228, 23229

24228

25228 - 25230

26227, 26228, 26310, 26311, 26320 - 26325

27227, 27228

30701

37400

37700, 37701, 37704 - 37706, 37710, 37711, 37714, 37720

Kapitel der arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, GOP

Kapitel

32,

33,

34,

35,

40

Abschnitte

30.3,

30.7 (mit Ausnahme der GOP 30702 und 30704),

30.8,

36.3,

36.5.2,

36.5.3,

37.5

37.6