

Ärztlicher Bereitschaftsdienst – Abrechnung

Allgemeine Informationen

Zeiten des Bereitschaftsdienstes:

- Montag, Dienstag und Donnerstag jeweils von 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr des Folgetages
- Mittwoch von 13:00 Uhr bis Donnerstag 8:00 Uhr
- Freitag von 13:00 Uhr bis Montag 8:00 Uhr (Wochenenddienst)
- am Vorabend eines gesetzlichen bzw. regionalen Feiertages von 18:00 Uhr bis 8:00 Uhr
- am 24.12. (Heiligabend) und 31.12. (Silvester)

Die Dienstzeiten finden Sie in der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) unter:

→ www.kvb.de/praxis/aerztlicher-bereitschaftsdienst/informationen/

Abrechnung Allgemein

Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

- Grundsätzlich Abrechnung über eGK der/des Patientin/Patienten
- Kann die eGK nicht eingelesen werden bspw. aufgrund:
 - ❖ Notfallbehandlung ohne vorliegende eGK,
 - ❖ technischer Defekt der eGK oder
 - ❖ Leistungserbringung ohne persönlichen Kontakt (Telefon/Video)

ist das sog. Ersatzverfahren anzuwenden bzw. ist der Abrechnungsschein selbst mittels folgender eGK-Daten auszustellen:

- ❖ Angaben zum Kostenträger / Bezeichnung der Krankenkasse
- ❖ Name, Geburtsdatum und Adresse der/des Versicherten
- ❖ Versichertenstatus /-art
- ❖ Nach Möglichkeit Versichertennummer

Die Regelungen zur eGK und Authentifizierung im Ersatzverfahren sind im BMV-Ä konkretisiert.

→ <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> (insbesondere Anlage 4a und Anlage 4b BMV-Ä)

Quartalsabrechnung Online / „Meine KVB“ oder „esQlab“

Zur Erstellung der Notfallabrechnung sind alle KVB-Bereitschaftspraxen (BPx) mit einem Online-Praxisverwaltungssystem "esQlab" ausgestattet, mit dem Behandlungsfälle direkt erfasst und abgerechnet werden können. Erfasste Behandlungsfälle werden automatisch zur regulären Quartalsabrechnung überspielt. Bei Abrechnung außerhalb der BPx über das eigene PVS ist zwingend die Kennziffer der jeweiligen BPx anzugeben.

Ausführliche Informationen und Besonderheiten bei Poolärzten vgl. Kompaktinformation:
→ <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/V10/Mitglieder/Versorgung/Bereitschaftsdienst/KVB-BD-Poolaerzte-Kompaktinformation.pdf>

Nicht zu vergessen: Damit eine Abrechnung erfolgen kann, ist jedes Quartal das Einreichen einer unterschriebenen Sammelerklärung in Papierform einschließlich notwendiger Unterlagen zwingend erforderlich!

Die aktuelle Sammelerklärung finden Sie auf unserer Website unter:
→ www.kvb.de/service/formulare-und-antraege/formulare-mit-s/

Denken Sie zudem auch an die rechtzeitige Bestellung des eHBA G2, damit Sie vollumfänglich in den BPx tätig werden können !

Notfallschein-/Vertretungsschein

Für Leistungen, die als ambulante Notfallleistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst erbracht werden ist das Vordruck-Muster 19 – „Notfall-/Vertretungsschein“ zu verwenden.

Darüber hinaus werden die Formulare, selbst durchschreibend, folgendermaßen verwendet:

Formular	Beschreibung
Muster 19a	Ausfertigung als Abrechnungsschein
Muster 19b	Ausfertigung für weiterbehandelnde/n Ärztin/Arzt

Kennzeichnung

Für Leistungen, die als ambulante Notfallleistungen erbracht werden muss der jeweilige Datensatz in der Feldkennung 4239 folgende Kennzeichnung enthalten:

Scheinuntergruppe	Beschreibung
41	Ärztlicher Notfalldienst / Bereitschaftsdienst (ohne Fahrdienst)
44	Ärztlicher Notfalldienst mit Fahrdienst / Taxi (im Sitz- und/ oder Fahrdienst)

Leistungen / Gebührenordnungspositionen (GOP)

Geben Sie bitte bei jedem Kontakt **zwingend den Zeitpunkt der Leistungserbringung an !** (Uhrzeitangabe in der KVDT-Feldkennung 5006).

Abklärungspauschalen

- Kein Notfall; Versorgung der/des Patientin/Patient durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und vertretbar
- Pro Patientin/Patient kann in einem Quartal nur eine Notfallpauschale (GOPen 01205, 01207, 01210 oder 01212) abgerechnet werden.

GOP	Beschreibung
01205	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I) → Inanspruchnahme Montag bis Freitag: 7:00 bis 19:00 Uhr
01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II) → Inanspruchnahme Montag bis Freitag: 19:00 bis 7:00 Uhr des Folgetages, ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Die Abrechnung erfordert einen **persönlichen** Arzt-Patienten-Kontakt !

Notfallpauschalen

- Erster persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall
- Pro Patientin / Patient kann in einem Quartal nur eine Notfallpauschale (GOPen 01205, 01207, 01210 oder 01212) abgerechnet werden.

GOP	Beschreibung
01210	Notfallpauschale I → Inanspruchnahme Montag bis Freitag: 7:00 bis 19:00 Uhr
01212	Notfallpauschale II → Inanspruchnahme Montag bis Freitag: 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst:

Bei ausschließlichem Kontakt per Videosprechstunde ist die Leistung zusätzlich mit bundeseinheitlicher Zusatzkennzeichnung „V“ und der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen; KVDT-Feldkennung 5001 „GNR“.

<p>01223 / 01224</p>	<p>Schweregradzuschläge zu den GOP 01210 / 01212 (NFP I und II)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Zuschlag je nach Zeit der Inanspruchnahme → Bei besonders aufwändiger Versorgung aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung und bei Vorliegen folgender gesicherter Diagnosen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus ▪ Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70) ▪ Akute tiefe Beinvenenthrombose ▪ Hypertensive Krise ▪ Angina pectoris (ausgenommen: I20.9) ▪ Pneumonie ▪ Akute Divertikulitis → Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit erforderlich
<p>01226</p>	<p>Zuschlag zu der GOP 01212 (NFP II)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern (bis zum vollendeten 3. Lebensjahr <i>ODER</i>) → Bei besonders aufwändiger Versorgung von Patienten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) ▪ ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) ▪ mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2) → Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die gesicherte Diagnose erforderlich

Bei Patientinnen/Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, ist eine ausführliche schriftliche Begründung (FK 5009) erforderlich!

Notfallkonsultationspauschalen

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall pro Quartal (gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen)

GOP	Beschreibung
01214	Notfallkonsultationspauschale I → Inanspruchnahme werktags von 7:00 bis 19:00 Uhr und i.Ü. außerhalb der in GOP 01216 und 01218 genannten Zeiten.
01216	Notfallkonsultationspauschale II → Inanspruchnahme zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. zwischen 7:00 Uhr und 19:00 Uhr.
01218	Notfallkonsultationspauschale III → Inanspruchnahme zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr.

Besuch im Bereitschaftsdienst

GOP	Beschreibung
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst → von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr
01418N	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst in der Nachtzeit → von 19:00 Uhr bis 7:00 Uhr → Uhrzeitangabe erforderlich (FK 5006)
01413	Besuch eines weiteren Kranken → Bei Behandlung eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418

Wegepauschalen für Besuche außerhalb des organisierten Fahrdienstes

- Höhe der Wegepauschalen ist abhängig von der Entfernung
 - Berechnung der Entfernungskilometer nach Luftlinie
 - Ausgangspunkt bei kombiniertem Sitz- und Fahrdienst ist der Praxissitz
 - Sonstiger Ausgangspunkt für Poolärztinnen/-ärzte ist der Mittelpunkt des jeweiligen Einsatzbereiches
- Liste mit Gebietsmittelpunkten unter:
www.kvb.de/praxis/aerztlicher-bereitschaftsdienst/poolaerzte/
- Zur Gegenfinanzierung des Fahrdienstes wird die Wegepauschale anteilig durch die KVB ausbezahlt (bei Tag 64 %, bei Nacht 69 %); sog. Nutzungsentgelt der KVB
- Weitere Informationen und Regelungen unter:
www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Abrechnung/Merkblaetter/KVB-Merkblatt-Wegegebuehren.pdf

Tageszeit: zwischen 07:00 – 19:00 Uhr

GOP	Beschreibung
40220	Zone 1 - bis 2 Kilometer (Z1)
40222	Zone 2 - bis 5 Kilometer (Z2)
40224	Zone 3 - ab 5 Kilometer (Z3)
95162	über 10 Kilometer
95164	über 15 Kilometer
95166	über 20 Kilometer

Nachtzeit: zwischen 19:00 – 07:00 Uhr

GOP	Beschreibung
40226	Zone 1 - bis 2 Kilometer (Z1)
40228	Zone 2 - bis 5 Kilometer (Z2)
40230	Zone 3 - ab 5 Kilometer (Z3)
95163	über 10 Kilometer
95165	über 15 Kilometer
95167	über 20 Kilometer

Wegepauschalen im organisierten Fahrdienst

- Zuschläge zum Zeitanteil je abgerechneter/ anerkannten GOP 95163, 95165, 95167 werden automatisch durch die KVB zugefügt und unter folgenden Abrechnungsnummern ausgewiesen.

GOP	Beschreibung
95163H	Zuschlag zum Zeitanteil der GOP 95163
95165H	Zuschlag zum Zeitanteil der GOP 95165
95167H	Zuschlag zum Zeitanteil der GOP 95167

Weitere Informationen und abrechenbare Leistungen

NICHT abrechenbar im BSD

- Prophylaktische Impfungen sind nicht abrechenbar.
- Gesonderte Impfleistung für postexpositionelle Impfungen im Verletzungsfall (mit Notfallpauschale GOP 01210/01212 abgegolten)
- Beratungsleistungen
- Erörterungsleistungen
- Gesprächsleistungen

Weitere abrechenbare ärztliche Leistungen im BSD

Neben den Notfall(-konsultations)pauschalen sind weitere Einzelleistungen, wie zum Beispiel Infusionen (GOP 02100), primäre Wundversorgung und/oder kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300-02302) sowie auch Sonographie- oder Laborleistungen berechnungsfähig.

Hinweis zu bestimmten Laborleistungen

Die Bestimmung der Blutalkoholkonzentration (GOP 32246) und die quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins (GOP 32460) mittels Immunnephelometrie gehören *nicht* zur Basisversorgung im Notfalldienst. In Ausnahmefällen können diese Laborleistungen erbracht und auch abgerechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus (freies Begründungsfeld/FK 5009).

Schutzimpfungen und Prophylaxe-Maßnahmen

Im Verletzungsfall sind Impfungen gegen Tetanus oder Tollwut, soweit es die Applikation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang der Verletzung bzw. Exposition betrifft, kurative Leistungen. Diese Leistungen sind mit der Notfallpauschale (GOP 01210 oder 01212) abgegolten.

Strukturpauschale GOP 97200

Zur Förderung der Versorgung wird in Bayern in jedem Behandlungsfall, in dem die Notfallpauschale GOP 01212 und daneben kein Besuch nach GOP 01418 bzw. 01418N abgerechnet wurde, die Strukturpauschale in Höhe von 7,00 € automatisch durch die KVB zugefügt.

Förderung von Nachtschichten im Fahrdienst zwischen 0:00 Uhr und 8:00 Uhr

- Förderung für freiwillige Bereitschaftsdienststunden von 0:00 bis 8:00 Uhr im Hausbesuchs-/Fahrdienst
- Durch die Förderung wird sichergestellt, dass die diensthabenden Ärzte durchschnittlich mindestens ein Honorar von 52 Euro pro Dienststunde erhalten. Die Berechnung erfolgt durch die KVB, der Arzt muss nichts in seiner Abrechnung eintragen.

Poolärzte / Sonstige Aufwandsentschädigung

Übernachtungs- kostenpauschale	€ 65,00
Fahrtkosten	€ 0,30 pro gefahrenem Kilometer für Hin- und Rückfahrt

Weitere Infos und Anträge unter:

→ www.kvb.de/praxis/aerztlicher-bereitschaftsdienst/poolaerzte/

Dokumentationserfordernisse

- Dokumentationspflicht für erbrachte Leistungen (§ 295 Abs. 1 SGB V, § 57 BMV-Ä) ; eine Leistung darf erst abgerechnet werden, wenn sie vollständig erbracht und dokumentiert wurde. (2.1 Allgemeine Bestimmungen EBM)
- Ärztliche Dokumentation für einen transparenten und nachvollziehbaren Behandlungsverlauf
- Dokumentation ist in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu erstellen.
- Falls keine Praxisakte vorhanden ist, ist stichpunktartig auf den Notfall-/Vertreterschein zu dokumentieren

Weitere Informationen

Sie benötigen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin an Ihrem Beratungszentrum.

Sie haben die Wahl: ein Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter: www.kvb.de/service/kontakt-und-beratung/

