

KVB 80684 München

Corona-Lagezentrum

An alle Vertragsärzte

Telefon: 0 89 / 5 70 93-4 06 00

25.01.2021

Coronavirus-Impfverordnung Abrechnung der Zeugnisausstellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Abrechnung der Vergütung für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über ein vorliegendes krankheitsbedingt sehr hohes, hohes oder erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf in Bezug auf COVID-19 verwenden Sie bitte in Ihrer Quartalsabrechnung die

- **GOP 88320 (5,00 Euro):** Ausstellung Zeugnis - Corona-Impfverordnung gegebenenefalls inklusive Code für die Terminvergabe *

Für die Versendung des ärztlichen Zeugnisses an Ihren Patienten verwenden Sie zusätzlich die

- **GOP 88321 (0,90 Euro):** Portopauschale - Corona-Impfverordnung

**Die Vergabe eines Codes findet in Bayern derzeit keine Anwendung.*

Die Vergütung ist unabhängig vom Versicherungsstatus der Person und gilt auch für den Fall, dass die Anforderung des ärztlichen Zeugnisses telefonisch erfolgt und postalisch versandt wird.

Abrechnung:

- Die Abrechnung erfolgt über einen Sammel-Behandlungsschein Muster 5 (siehe Anlage) unter Angabe des Kostenträgers 71800 abgerechnet.

Diese Leistungen reichen Sie mit der herkömmlichen Quartalsabrechnung ein.

Datenschutzhinweis: Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Körperschaft des öffentlichen Rechts www.kvb.de
Elsenheimerstraße 39 80687 München

Abrechnungsbeispiel für die Ausstellung des Zeugnisses entsprechend der Corona Impfverordnung

- Die **Kostenträgernummer 71800** Bayer. Landesinstitut für Gesundheit ist zu verwenden
Der Datensatz ist immer als „ambulante Behandlung“ anzulegen. Anzugeben ist:
Nachname „Impfzeugnis“,
Vorname „Corona“
Geburtsdatum 15.12.2020
Anschrift Elsenheimerstr. 39, 80687 München
- Für die **Diagnosen-Kodierung** ist die **Z11** einzutragen
- Jeder Tag ist separat anzulegen und mit Multiplikator Feldkennung 5005 ist die Anzahl der am Tag ausgestellten **Zeugnisse (GOP 88320)** und ggf. **Portogebühr (GOP 88321)** zu erfassen

Krankenkasse bzw. Kostenträger 71800 Bayer. Landesinstitut für Gesundheit			Abrechnungsschein			05BF Quartal																													
Name, Vorname des Versicherten Impfzeugnis Corona geb. am			<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	1 21 Geschlecht																													
Elsenheimerstr. 39 15.12.2020			<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie		<input checked="" type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M																												
80686 München			Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen Z11																																
Kostenträgerkennung 100071800 Versicherten-Nr. Status			Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides																																
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum			<table border="1"><tr><td colspan="4">Mutmaßlicher Tag der Entbindung</td></tr><tr><td colspan="4">Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____</td></tr><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Tag</td><td>Monat</td></tr><tr><td colspan="4">Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</td></tr><tr><td colspan="2">Datum</td><td colspan="2">Unterschrift</td></tr><tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Abrechnungsbeispiel</td></tr><tr><td colspan="4" style="text-align: center;"><small>Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten</small></td></tr></table>					Mutmaßlicher Tag der Entbindung				Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____				Tag	Monat	Tag	Monat	Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.				Datum		Unterschrift		Abrechnungsbeispiel				<small>Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten</small>			
Mutmaßlicher Tag der Entbindung																																			
Stationäre belegärztliche Behandlung von _____ bis _____																																			
Tag	Monat	Tag						Monat																											
Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.																																			
Datum		Unterschrift																																	
Abrechnungsbeispiel																																			
<small>Stempel des Vertragsarztes / Therapeuten</small>																																			
Tag	Mon.		Tag	Mon.	<small>Dieses Formular wurde mittels LibreOffice in der Artigraus-Software erstellt.</small>																														
16	01	88320	(x2)																																
17	01	88320	(x10)																																
		88321	(x2)																																
<small>Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen</small>			<small>Muster 5/E (10/2014) KVB-PRF-NR.</small>																																

Freundliche Grüße

Ihre KVB

*** **Countdown: Ab April Serviceschreiben nur über „Meine KVB“** ***

➔ **Ab April 2021:** KVB-Serviceschreiben **ausschließlich** über das Nachrichtencenter im Mitgliederportal „Meine KVB“ abrufbar. Der Versand über E-Mail, Fax und Post wird Ende März eingestellt.

➔ **Weitere Infos:** KVB-Internetseite unter www.kvb.de/Serviceschreiben-Umstellung