

Ärztliche Leistungen im Bereitschaftsdienst

GOP¹	Leistungsinhalt
01205*	„Abklärungspauschale“ zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
01207*	„Abklärungspauschale“ zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.
01210*	Notfallpauschale zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
01212*	Notfallpauschale zwischen 19:00 und 7:00 Uhr des Folgetages und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.
01214* bis 01218*	Notfallkonsultationspauschalen I bis III: Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt nach Uhrzeiten (Wochentagen/Feiertagen) getrennt
01223	Zuschlag zur 01210 bei bes. schwerer Erkrankung**
01224	Zuschlag zur 01212 bei bes. schwerer Erkrankung**
01226	Zuschlag zur 01212 wg. eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit***
01413	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

*** Angabe der Uhrzeit (KVDT-Feld 5006 bzw. 5009)**

¹ Gebührenordnungspositionen

Definition besonders schwere Erkrankung und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

**** besonders schwere Erkrankung (GOPen 01223, 01224):**

- Frakturen im Bereich der Extremitäten...
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit < 30 min.
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (Ausn. I 20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis und
- Andere bes. aufwändig zu versorgende Erkrankungen mit bes. Begründung

(Def. lt. Nr. 8 der Bestimmungen zu Abschnitt 1.2)

***** eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit (GOPen 01226)**

- Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder
- Patienten mit erheblicher krankheitsbedingter, kognitiver, emotionaler, verhaltensbezogener Auffälligkeit
- Patienten ab 70 mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom
- Patienten mit Demenz, Alzheimer, Parkinson mit mäßig bis schwerster Beeinträchtigung

(Def. lt. Nr. 9 der Bestimmungen zu Abschnitt 1.2)

Hinweise zur Abrechnung im Bereitschaftsdienst

Wie werden Leistungen im Bereitschaftsdienst abgerechnet?

- Im **organisierten** Bereitschaftsdienst werden die Leistungen extrabudgetär vergütet.
- Als solche Leistungen sind nur die im „organisierten Bereitschaftsdienst“ erbrachten Leistungen abrechnungsfähig. Leistungen, die Sie während der Sprechstundfreien Zeiten (z.B. in der Mittagszeit oder vor Beginn des offiziellen Bereitschaftsdienstes) erbringen, zählen nicht als Bereitschaftsdienst.
- Für die Abrechnung müssen Sie die Scheinart „Bereitschaftsdienst“ in Ihrer Praxissoftware auswählen.
- Die Scheinarten „Notfall“ und „eigene Leistungen“ sind im organisierten Bereitschaftsdienst nicht zu benutzen.
- Im Bereitschaftsdienst sind zudem alle erbrachten Leistungen an dem Tag des Dienstes abzurechnen. Dies schließt auch die von Vertretungsärzten erbrachten Leistungen mit ein.

Im Ausland krankenversicherte Patienten

Änderungen zum 1. Januar 2024 für im Ausland krankenversicherte Patienten

Zum 1. Januar 2024 wurde die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung an die unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthaltes in Deutschland erkranken, also eine ungeplante Behandlung beanspruchen, angepasst.

Unterschieden wird dabei grundsätzlich zwischen

- Personen mit einer Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder Global Health Insurance Card (GHIC) aus EU-Mitgliedsländern sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz, Großbritannien und Nordirland. Möglich ist auch die Vorlage einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB).
- Personen mit einem Nationalen Anspruchsnachweis aus Staaten mit bilateralem Abkommen: Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei.
- Personen, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen (Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte).

Bei geplanten Behandlungen müssen die Patientinnen und Patienten im Vorfeld eine Genehmigung des zuständigen Kostenträgers einholen und per "Nationalen Anspruchsnachweis" vor der Behandlung nachweisen.

Die geänderten und in verschiedenen Sprachen verfügbaren Ausführungen werden auch weiterhin in Ihren Praxisverwaltungssystemen zur Verfügung gestellt. Alte Patientenerklärungen dürfen dann nicht mehr verwendet werden!

Sollten Sie weitere Informationen benötigen, stehen wir Ihnen gern beratend zur Verfügung.

Ein im Ausland krankenversicherter Patient kommt in die Bereitschaftsdienst-Praxis / Fahrdienst



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Braunschweig

Personen mit einer Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder Global Health Insurance Card (GHIC) aus EU-Mitgliedsländern sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, Schweiz, Großbritannien und Nordirland. Möglich ist auch die Vorlage einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB).

Personen mit einem Nationalen Anspruchsnachweis aus Staaten mit bilateralem Abkommen: Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei.

Personen, die keinen oder nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen

Der Patient legt zur Behandlung einen der folgenden gültigen Anspruchsnachweise vor:

- EHIC oder GHIC
- PEB

und Identitätsnachweis zur Überprüfung.

Der Patient legt einen Nationalen Anspruchsnachweis der gewählten deutschen Krankenkasse vor.

Beachtung der Behandlungseinschränkungen, die auf dem Nationalen Anspruchsnachweis notiert sind. Die Daten des nationalen Anspruchsnachweises werden übernommen.

Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte

Auch in diesem Fall muss der Patient die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung ausfüllen.

Die Praxis prüft die Anspruchsnachweise und kopiert die EHIC, GHIC oder PEB jeweils zweifach;

Im fahrenden Bereitschaftsdienst können diese Daten auch formlos händisch erfasst werden. Hierfür kann eine Vorlage „Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten“ (s.S.14 Broschüre PraxisInfoSpezial) ausgefüllt werden.

Der Patient muss die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausfüllen; **das Formular steht im Praxisverwaltungssystem zur Verfügung und sollte mehrfach in allen Sprachen als Ausdruck mitgeführt werden.**

Eine Kopie der EHIC / GHIC / PEB oder die händisch erfassten Daten und die Erklärung im Original sind umgehend an die gewählte deutsche Krankenkasse zu schicken. Die Kopien verbleiben für zwei Jahre in der Praxis. **Handyfotos mit späterem Ausdruck werden anerkannt.**

Die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des Patienten. Zusätzlich ist im Feld „Status“ bei „Versichertenart“ (FK 3108) eine 1 und bei „Besonderer Personengruppe“ (FK 4131) eine 07 anzugeben.

Wenn der Patient zur Behandlung keine EHIC, GHIC oder PEB, keinen Nationalen Anspruchsnachweis oder nur den Anspruchsnachweis seines ausländischen Versicherungsträgers vorlegt, dann Info an den Patienten, dass das Honorar auf Basis der GOÄ zunächst privat zu bezahlen ist, aber dass eine Erstattung erfolgt, wenn der Nachweis bis zum Ende des Quartals nachgereicht wird (EHIC / GHIC nur am Behandlungs- oder Folgetag). Danach nur noch PEB möglich.

Alle wichtigen Informationen zu der vertragsärztlichen Versorgung von Personen, die im Ausland krankenversichert sind finden Sie unter www.kvn.de
>Mitglieder>Praxisführung>Im Ausland krankenversichert<PraxisInfoSpezial

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung
Декларация на пациента Европейско здравно осигуряване

der im EU- bzw. EWR-Ausland, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), eine Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

на лице осигурено в страна от ЕС или ЕИП, в Швейцария или Обединеното кралство, което представя Европейска здравноосигурителна карта (ЕЗОК), Global Health Insurance Card (GHIC) или Удостоверение за временно заместване (УВЗ).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Моля попълнете изцяло и четливо.

Ich beabsichtige, mich bis zum in Deutschland aufzuhalten.
 Възнамерявам да пребивавам в Германия до

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
 Потвърждавам, че не съм влязъл в Германия с цел лечение.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse
 Избрана изпълняваща германска здравноосигурителна каса

Name, Vorname des Patienten
 Фамилно име, собствено име на пациента / на пациентката

Geburtsdatum
 Дата на раждане

Anschrift im Heimatstaat
 Адрес в държавата по произход

Geschlecht / Пол

- weiblich
 женски
 männlich
 мъжки
 divers
 различен
 unbestimmt
 неуточнен

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Land / държава

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in Deutschland
 Временен адрес на пребиваване в Германия

oder
 или

Durchreise
 транзитно преминаване

o/o (Hotel, Familie etc.) / на адреса на (хотел, семейство и тн.)

Straße, Hausnummer / улица, номер

PLZ, Ort / пощенски код, населено място

Tele.-Nr./E-Mail / тел. №/имейл

Reisepass
 паспорт

Personalausweis
 лична карта

Nr.
 №

Datum / Дата

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben
 Потвърждавам верността на дадените от мен данни

Unterschrift der Patientin / des Patienten
 подпис на пациентката/пациента

Ab hier von der Praxis auszufüllen.

Name der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes

Die Identität der Patientin / des Patienten wurde anhand eines offiziellen
 Ausweisdokuments geprüft.

Hinweis an die Praxis: Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC, GHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden. Die Stempelung der Kopie des Anspruchsnachweises ist nicht erforderlich.

Datum

Arztstempel / ärztliche Unterschrift