

Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen

Ein Leitfaden von der Leistungserfassung bis zur Abrechnungsabgabe

Hinweise

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

Dieses Informationsheft stellt nur eine Übersicht der Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen dar und ersetzt nicht das ergänzende Lesen weiterer Informationsquellen (beispielsweise den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie Richtlinien).

Inhalt

ALLGEMEINE INFORMATIONEN	2
Abgabetermin	2
Fristverlängerung	2
Bestandteile der Abrechnung	2
Sachlich-rechnerische Korrektur - online Abgabe nutzen	4
Online-Testabrechnung	4
Kennzeichnungspflicht	5
Aufbewahrungsfristen	5
LEISTUNGSERFASSUNG	6
Ersatzverfahren	7
Sonstige Kostenträger	7
Einheitlicher Bewertungsmaßstab	8
Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie	10
Ambulante oder belegärztliche Operationen	10
Postoperative Behandlungskomplexe	11
Anästhesien	11
Laboraufträge	12
Ringversuchspflichtige Laborleistungen	12
Notfalldienst	13
Abrechnung von KV RLP-spezifischen Abrechnungsnummern	13
Wegegeldregelung	13
Überweisung	14
Genehmigungspflichtige Leistungen	15
Selektivverträge	15
TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ	16
TSS-Terminfall und TSS-Akutfall	16
Hausarztvermittlungsfall	16
Offene Sprechstunde	17
Neupatient	17
EINWEISUNG ODER ÜBERWEISUNG	18
ICD-KODIERUNG	19
SERVICE UND BERATUNG	20
KV-Hotline	20
Regionalzentrum Koblenz	21
Regionalzentrum Pfalz (Neustadt an der Weinstrasse)	21
Weitere Informationsquellen	23
ANLAGEN	24

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Abgabetermin

Die Abrechnung muss spätestens zum 8. Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals abgegeben werden. Fällt der 8. auf einen arbeitsfreien Tag, so gilt als Ablieferungstermin der nächstfolgende Werktag (§ 3 Abrechnungsordnung KV RLP). Die Abrechnungsordnung ist auf der Website der KV RLP (<https://www.kv-rlp.de/36941-2525>) einsehbar.

Der konkrete Termin wird unter anderem jeweils in der „KV Praxis“ unter „KV Kompakt“ bekannt gegeben (<https://www.kv-rlp.de/807089>).

Fristverlängerung

Bei einer späteren Abgabe der Abrechnung ist eine Fristverlängerung zu beantragen. Eine Fristverlängerung kann nur auf schriftlichen, rechtzeitig vorher gestellten und begründeten, Antrag erfolgen. Hierzu benutzen Sie bitte entweder das von der KV RLP bereitgestellte Formular (<https://www.kv-rlp.de/340743-6202>) oder füllen das im Mitgliederbereich der KV RLP hinterlegte online Formular aus und versenden diesen direkt über den Mitgliederbereich. Eine Fristverlängerung kann lediglich bis zu einer Dauer von einer Woche nach Abgabetermin gewährt werden (§ 3 Absatz 2 Abrechnungsordnung KV RLP). Bei Beantragung einer Fristverlängerung, ist das ausgefüllte Formular spätestens bis zum Abgabetermin für die Abrechnung bei der KV RLP einzureichen.

Bestandteile der Abrechnung

Damit die Abrechnung bearbeitet und das Honorar ausgezahlt werden kann, müssen folgende Abrechnungsunterlagen bei der KV RLP eingereicht werden:

- Vollständig ausgefüllte und unterschriebene Sammelerklärung (per Post oder Fax),
- Abrechnungsdatei (online oder per Datenträger),
- gegebenenfalls Behandlungsausweise der „Sonstigen Kostenträger“.

Sammelerklärung

Die im geschützten Mitgliederbereich online ausgefüllte und signierte Sammelerklärung muss für jedes entsprechende Quartal abgegeben werden. Sie ist eine eigenständige Voraussetzung für die Vergütung der vertragsärztlich erbrachten Leistungen. Bitte beachten Sie, dass Sie keine Honorarvorauszahlungen erhalten, wenn Sie mit der Abgabe der Abrechnung - inklusive Sammelerklärung - im Verzug sind. Darüber hinaus ist der Vorstand berechtigt, in Abhängigkeit der Dauer des Verzuges, einen Honorarabzug von der Abrechnungssumme vorzunehmen (§ 3 Absatz 5 Abrechnungsordnung KV RLP).

Alternativ kann – für die Abgabe der Sammelerklärung – das von der KV RLP bereit gestellt Formular unter dem Webcode [936776-6444](#) ausgedruckt, ausgefüllt, unterschrieben und an die KV RLP gesendet werden.

Mit der Unterzeichnung der Sammelerklärung erklärt der Arzt, dass seine Abrechnung sachlich richtig und nach den gesetzlichen Bestimmungen erstellt ist und alle Angaben vollständig sind.

Sollte das Formular ausgedruckt werden, dürfen keine Änderungen der vorgegebenen Inhalte des Formulars vorgenommen werden. In Berufsausübungsgemeinschaften genügt die Unterschrift eines Praxispartners, in Medizinischen Versorgungszentren die Unterschrift des ärztlichen Leiters. Praxen mit mehreren Betriebsstätten reichen eine Sammelerklärung unter der Hauptbetriebsstättennummer ein.

Bei Abrechnung von Gebührenordnungspositionen aus dem Kapitel 37 EBM muss mit einem Pflegeheim ein besonderer Kooperationsvertrag nach §119b Sozialgesetzbuch V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte erfüllt, abgeschlossen werden. Das Vorhandensein des Kooperationsvertrags wird vom Vertragsarzt jedes Quartal in der Sammelerklärung (unter Punkt 11) bestätigt. Aufgrund dessen ist der Vertrag nicht standardmäßig an die KV RLP zu senden.

Die Vergütung der Leistungen der Quartalsabrechnung erfolgt nur bei Vorlage einer ordnungsgemäß ausgefüllten Sammelerklärung.

Abrechnungsdatei

Voraussetzung für die elektronische Abrechnung ist der Einsatz eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Austausch von Abrechnungsdaten nach den Richtlinien der KBV-Prüfstelle geprüften, Praxisverwaltungssystems (PVS). Diese Richtlinien werden von der KBV den betreffenden PVS-Herstellern zur Verfügung gestellt.

Da in jeder eingereichten Abrechnungsdatei zusätzlich zu den Daten der Betriebsstätte auch die KBV-Prüfnummer des eingesetzten PVS abgespeichert ist, verzichtet die KV RLP auf ein Anzeigeverfahren um keinen bürokratischen Mehraufwand zu betreiben. Das zum Einsatz kommende PVS ist dann zertifiziert, wenn es in der Liste „Zertifizierte Software KVDT“ hinterlegt ist.

Zur Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen können grundsätzlich nur Vordrucke nach den Vorschriften des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) oder Formulare der KV RLP verwendet werden. Die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben sind der KV RLP im Wege der online Abrechnung – bspw. im geschützten Mitgliederbereich der KV RLP (KV Safenet) – oder maschinell verwertbar, auf Datenträger zu übermitteln.

Sollten gravierende Mängel bestehen, wie zum Beispiel

- Datenträger nicht lesbar (meistens Defekt oder Formatierungsfehler),
- Fehler des KBV-Prüfmoduls wurde(n) nicht korrigiert,
- Nichtbeachtung der gültigen Datensatzbeschreibung,

ist die Erstellung eines neuen Datenträgers mit der Quartalsabrechnung bzw. eine neue Übermittlung der Quartalsabrechnung erforderlich.

Auf jedem Datenträger ist ein Etikett anzubringen, das folgende Angaben enthalten muss:

- Praxisstempel mit BSNR und Praxisname,
- Abrechnungsquartal,
- laufende Nummer der Datenträger (bei Folgedatenträger) oder - bei Datenträgern gleichen Inhalts - die Angaben „Original“ bzw. „Kopie“.

Vor dem Versand (auf Datenträger oder online) der Abrechnungsdatei an die KV RLP ist eine Sicherungskopie zu erstellen, um die Abrechnungsdaten gegebenenfalls erneut kurzfristig übermitteln zu können.

Damit Ihre Abrechnung zeitnah bearbeitet und somit ein reibungsloser Ablauf gewährleistet werden kann, reichen Sie die Abrechnungsscheine der „Sonstigen Kostenträger“ vor Abgabe der Online-Abrechnung, bzw. schnellstmöglich nach Abgabe der Online-Abrechnung, bei der KV RLP (am jeweiligen Bearbeitungsstandort) ein.

Sachlich-rechnerische Korrektur - online Abgabe nutzen

Bei der sachlich-rechnerischen Prüfung wird kontrolliert, ob die Abrechnung den gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen entspricht – ob also sowohl die Vorgaben des EBM als auch die landesspezifischen Vereinbarungen eingehalten worden sind und alle nötigen Genehmigungen vorliegen (§ 4 der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V).

Über die Korrekturen, die im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung durchgeführt worden sind, erhalten die Praxen jedes Quartal einen Bescheid.

Innerhalb des ersten Bescheides (1. sachlich-rechnerische Korrektur) im Quartal können Änderungen in dem dafür vorgesehenen Feld im Bescheid vermerkt und innerhalb eines Monats an die KV RLP zurückgesendet werden. Hierfür die Korrektur mit Änderungswünschen in der Praxis einscannen und als pdf-Datei speichern. Im Mitgliederbereich unter dem Menüpunkt Vergütung > Korrektur zum Arztbrief die pdf-Datei auswählen und hochladen. Mit dem Klick auf „übertragen“ wird die Korrektur an die KV RLP versandt. Alternativ können die Korrekturen an die in dem Bescheid aufgeführte Faxnummer gesendet werden.

Die zweite sachliche-rechnerische Berichtigung enthält die noch verbleibenden Korrekturen.

Online-Testabrechnung

Online-Abrechner können, bevor sie am Ende des Quartals die „Echt-Abrechnung“ an die KV RLP übertragen, ab dem 3. Quartalsmonat (jederzeit und auch mehrfach) eine Online-Testabrechnung für das folgende Quartal übermitteln. Dies ist ein wesentlicher Vorteil gegenüber der Disketten-/CD-Abrechnung.

Bei der Online-Testabrechnung werden die Abrechnungsdaten von einem vollautomatischen Regelwerk bearbeitet. Abrechnungsscheine mit Auffälligkeiten werden in einem separaten Prüfprotokoll fünf bis zehn Minuten nach Übermittlung an die Praxis zurückgemeldet. Das KV RLP-spezifische Prüfprotokoll enthält Informationen zur formalen und inhaltlichen Richtigkeit,

die über das Prüfprotokoll der eingesetzten Praxisverwaltungssoftware deutlich hinausgehen. Die Abrechnung kann somit anhand der Hinweise korrigiert werden, bevor die Echt-Abrechnung übermittelt wird.

Ablauf der Online-Testabrechnung

- Schritt 1: Unter Vergütung > Abgabe Sammelerklärung/Abrechnung/eHKS die Option „neue Test-Abrechnung übertragen“ anklicken und die entsprechende Datei auswählen.
- Schritt 2: Es erfolgt die Prüfung durch das vollautomatische Regelwerk der KV RLP.
- Schritt 3: Ergebnismitteilung in einem Prüfprotokoll in wenigen Minuten.
- Schritt 4: Aufgrund der im Prüfprotokoll aufgeführten patientenbezogenen Hinweise, können die Fälle geändert werden. Ob, bzw. welche Fälle geändert werden, entscheidet der Vertragsarzt. Es besteht keine Verpflichtung zur Änderung.
- Schritt 5: Übermittlung der nunmehr angepassten Abrechnung als „Finale Abrechnungsdatei“.

Vorteile der Testabrechnung

- Zeitnah viele Hinweise,
- die aktuellen Abrechnungsdaten sind noch präsent,
- eine Änderung der Abrechnung fällt dadurch möglicherweise leichter und
- der spätere Aufwand wird minimiert, da viele der gegebenenfalls erforderlichen Änderungen direkt in der Abrechnung erfasst werden können.

Kennzeichnungspflicht

Die abgerechneten Leistungen sind mit der Lebenslangen Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) bzw. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) hinsichtlich des Leistungserbringers und Leistungsortes zu kennzeichnen. In den Praxis-Stammdaten muss zu jedem Leistungserbringer die von der KV RLP vergebene LANR erfasst werden. Sofern bei der KV RLP ein Antrag auf eine Nebenbetriebsstätte genehmigt wurde, muss in den Praxis-Stammdaten ein Datensatz mit der LANR und der NBSNR aufgenommen werden.

Leistungen von Weiterbildungsassistenten müssen mit der LANR des Weiterbildungsbefugten gekennzeichnet werden. Leistungen persönlicher Vertreter in der Praxis werden mit der LANR des zu vertretenden Arztes gekennzeichnet.

Aufbewahrungsfristen

In der Regel ist der Arzt verpflichtet, seine Unterlagen 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung (§10 Absatz 3 Berufsordnung für Ärzte in Rheinland-Pfalz sowie § 57 BMV-Ä) aufzubewahren, soweit nicht eine andere gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Alle

Aufbewahrungsfristen sowie die Fristen für Früherkennungsuntersuchungen sind auf der Website der KV RLP (<https://www.kv-rlp.de/36941-1063>) einsehbar.

LEISTUNGSERFASSUNG

Der Nachweis der vom Arzt/Psychotherapeuten erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt durch korrekte Angabe der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), des Behandlungstages und der, nach dem ICD-10-GM in seiner jeweiligen aktuellen Fassung, verschlüsselte Diagnosen.

Je Patient muss einmal im Quartal, möglichst beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt, die elektronische Gesundheitskarte (eGK), gegebenenfalls die Krankenversichertenkarte (beispielsweise bei Versicherten Sonstiger Kostenträger), eingelesen werden. Empfehlenswert ist das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte/Krankenversichertenkarte bei jedem Patientenkontakt. Die Stammdaten des Patienten müssen mit den Daten der eGK, bzw. der Krankenversichertenkarte (KVK), verglichen oder anhand der Eintragung auf dem Behandlungsschein überprüft werden.

Bei mehrfacher Inanspruchnahme durch einen Patienten in verschiedenen Sitzungen am selben Tag, sind die GOP entsprechend der zeitlichen Abfolge für jeden Arzt-Patienten-Kontakt durch eine entsprechende Uhrzeitangabe zu begründen. Hierzu wird ein weiterer Behandlungstag mit demselben Datum (KVDT-Feldkennung 5000) erzeugt. Die Uhrzeitangabe erfolgt in der KVDT-Feldkennung 5006. Diese Regelung der Tagtrennung gilt auch dann, wenn für jede dieser Behandlungen ein separater Behandlungsausweis angelegt wurde (beispielsweise vormittags Originalschein oder Überweisung, abends Notfallschein).

Hinweis: Ob in diesen Fällen in der Arztpraxis die Erfassung eines Tagesdatums erforderlich ist oder mit Kürzeln gearbeitet werden muss, die die Duplizierung des Tagesdatums pro Kontakt auslösen, kann nur mit dem entsprechenden Softwarebetreuer geklärt werden.

Sofern GOP mit Buchstaben erfasst werden, erfolgt die Übermittlung des Zusatzes unmittelbar hinter der jeweiligen Leistung in Form von Großbuchstaben (zum Beispiel 01741M).

Ersatzverfahren

Das Ersatzverfahren kann nur in den folgenden Fällen angewendet werden:

- Wenn der Arzt noch nicht am VSDM (Versichertenstammdatenmanagement nach 1.3 Anhang 1 zur Anlage 4a BMV-Ä) teilnimmt und der Versicherte darauf hinweist, dass sich die zuständige Krankenkasse, die Versichertenart oder die Besondere Personengruppe geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt.
- Die eGK bzw. KVK ist defekt.
- Eine für das Einlesen der Karte erforderliche Komponente ist defekt.
- Die Karte kann nicht benutzt werden, da für Haus- und Heimbefuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.
- Im Rahmen einer Notfallbehandlung liegt keine eGK bzw. KVK vor.
- Kein persönlicher Arzt-Patienten Kontakt in dem entsprechenden Quartal

Die weiteren Erläuterungen beziehen sich nur auf die Anwendung des Ersatzverfahrens bei einer ambulanten Behandlung (Scheinuntergruppe 00).

Im Ersatzverfahren sind - auf Grund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Versicherten - folgende Daten zu erheben:

- Die Bezeichnung der Krankenkasse,
- der Name und Vorname und das Geburtsdatum des Versicherten,
- die Versichertenart,
- die Postleitzahl des Wohnortes und nach Möglichkeit auch die
- eGK-Nummer bzw. Krankenversicherungsnummer.

In der Praxisverwaltungssoftware wird der Patient mit einem entsprechenden Abrechnungsschein angelegt. Zusätzlich muss das Muster 5 („Abrechnungsschein“) mit den Patientendaten ausgedruckt werden. Der Versicherte bestätigt durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein (Muster 5). Dieser Abrechnungsschein muss bei den Patientenunterlagen vier Quartale aufbewahrt werden. Im Falle einer Stichprobenprüfung wegen fehlender Einlesedaten von elektronischen Gesundheitskarten bzw. Krankenversichertenkarten wird dieser Abrechnungsschein von der KV RLP angefordert.

Sonstige Kostenträger

Sonstige Kostenträger sind Einrichtungen oder Institutionen, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für eine bestimmte Gruppe von Personen die Kosten für medizinische Leistungen übernehmen.

Es gibt eine Vielzahl Sonstiger Kostenträger. Auf Bundesebene sind dies zum Beispiel die Bundeswehr, Bundespolizei und Postbeamtenkrankenkasse und auf regionaler Ebene unter anderem die Sozialämter und Landespolizei.

Die Vergütung bei Sonstigen Kostenträgern erfolgt nach festen Punktwerten ohne die sonst üblichen Regelungen der Mengenbegrenzung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Aktuelle Hinweise zu den Abrechnungsmodalitäten sowie rechtliche Grundlagen und Verträge zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung / KV RLP und den Sonstigen Kostenträgern sind auf der Website der KV RLP einsehbar (<https://www.kv-rlp.de/588897>).

Zu beachten sind folgende Hinweise:

- Die Behandlungsscheine müssen getrennt nach Kostenträgernummern eingereicht werden. Innerhalb der einzelnen Kostenträger die Behandlungsscheine alphabetisch nach Patientennamen sortieren.
- Jeder Behandlungsschein ist mit dem Arztstempel zu versehen,
- korrekte Übernahme der Daten von dem Behandlungsschein (zum Beispiel Kostenträgernummer, Patientename, Geburtsdatum des Patienten) in das Praxisverwaltungssystem,
- Gültigkeitsdatum des Behandlungsscheines beachten.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bildet die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen. Er ist in sieben Bereiche gegliedert:

- I. Allgemeine Bestimmungen
- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
- IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen
- V. Kostenpauschalen
- VI. Anhänge
- VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen
- VIII. Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die **Allgemeinen Bestimmungen** regeln/definieren Grundsätzliches, unter anderem zu:

- Gliederung und Struktur der berechnungsfähigen Leistungen,
- Vollständigkeit der Leistungserbringung, Qualifikationsvoraussetzungen, Berichtspflicht, persönlicher Leistungserbringung,
- Definition Behandlungsfall, Krankheitsfall, Arztfall und Arztgruppenfall,
- Abrechnung der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, Altersgruppen oder dem Arzt-Patienten-Kontakt,
- Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren, angestellten Ärzten, Vertragsärzten mit mehreren Gebietsbezeichnungen,
- Kosten.

Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen können, sofern diese in der Präambel zu dem Kapitel der einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind, von jedem Vertragsarzt - unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet oder das Gebiet eines angestellten Arztes, sowie unter Beachtung entsprechender vertraglicher Bestimmungen (zum Beispiel Kinder-Richtlinien, Früherkennungs-Richtlinien) - berechnet werden. Eine Aufstellung der arztgruppenübergreifenden allgemeinen GOP des EBM für die Ausstellung von vereinbarten Vordrucken ist auf der Website der KV RLP (<https://www.kv-rlp.de/36941-1056>) einsehbar.

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnittes genannten Vertragsärzten berechnet werden, sofern sie die dort aufgeführten Kriterien erfüllen oder einen Arzt angestellt haben, der die dort aufgeführten Kriterien erfüllt.

Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen setzen bei der Berechnung besondere Fachkundenachweise, apparative Anforderungen, die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Absatz 2 Sozialgesetzbuch V und die in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten und Präambeln zur Voraussetzung der Berechnung aufgeführten Kriterien voraus. Die Berechnung von arztgruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen setzt weiterhin voraus, dass diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind.

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten – bzw. Prozedurenklassifikation (zum Beispiel OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind. Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte. Eine Gebührenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden.

Zur Berechnung einer GOP ist die Erbringung des fakultativen Leistungsinhaltes nicht zwingend notwendig. Werden fakultative Leistungsinhalte erbracht, sind diese nicht gesondert berechnungsfähig. Die apparative, räumliche und personelle Voraussetzung zur Erbringung aller genannten Leistungsinhalte muss gegeben sein (für alle genehmigungspflichtigen Leistungen muss auch eine Genehmigung vorliegen). **Ausnahme:** Für die in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen und in Anhang 1 EBM (Spalte VP/GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

Es wird empfohlen, sich regelmäßig über Änderungen des EBM zu informieren.

Antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie

Im Rahmen der genehmigten Psychotherapie (GOP 35401-35559 EBM) sind verschiedene Informationen aus der Mitteilung der Krankenkasse über ihre Leistungspflicht in das Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Hierfür stehen die unten aufgeführten Felder zur Verfügung. Es muss keine Kopie der Mitteilung an die KV RLP eingereicht werden.

Feldkennung	Feldbezeichnung
4234	Anerkannte Psychotherapie
4235*	Datum des Anerkennungsbescheides
4247	Antragsdatum (des Anerkennungsbescheides)
4250	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie
4251	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung
4252	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten
4253	Bewilligte GOP für den Versicherten
4254	Anzahl der abgerechneten GOP für den Versicherten
4255	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson
4256	Bewilligte GOP für die Bezugsperson
4257	Anzahl der abgerechneten GOP für die Bezugsperson

Tabelle 1: Auszufüllende Felder bei genehmigter Psychotherapie

*In der Feldkennung 4235 „Datum des Anerkennungsbescheides“ ist das Datum der Mitteilung der Krankenkasse über ihre Leistungspflicht einzutragen oder in den Fällen, in denen die Krankenkasse den Therapeuten nicht informieren muss, das Datum des Fristendes nach § 33 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie.

Für Fragen im Zusammenhang mit den Feldkennungen steht das Softwarehaus zur Verfügung.

Ambulante oder belegärztliche Operationen

Bei Abrechnung einer Operation der Kapitel 31.2 oder 36.2 EBM sind folgende Daten in den entsprechenden Feldern anzugeben:

- Operationsschlüssel (OPS) aus Anhang 2 zum EBM,
- Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit, bei Simultaneingriffen und bei Berechnung eines Zuschlages zu einer Operation der „7er Kategorie“ sowie
- Angabe der Komplikation (ICD-Codes, siehe Nr. 5 der Präambel zum Anhang 2 EBM).

Bei Berechnung eines Zuschlages für einen Simultaneingriff ist die Angabe einer zusätzlichen, zum Haupteingriff unterschiedlichen Diagnose (ICD-Code) und eines zusätzlichen Operations-Schlüssels (OPS) erforderlich.

Postoperative Behandlungskomplexe

- Postoperative Behandlung nach belegärztlicher Operation
- Die postoperativen Behandlungskomplexe des Kapitels 31.4 EBM sind nicht berechnungsfähig, wenn die Operation belegärztlich erfolgte. Hierfür können stattdessen die entsprechenden Einzelleistungen des EBM abgerechnet werden.
- Postoperative Behandlung nach ambulanter Operation
- Die postoperativen Behandlungskomplexe (GOP 31600 EBM für Hausärzte, 31601-31735 EBM für Fachärzte) können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der GOP für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Operation berechnet werden. Wurden bei einem Patienten im Quartal bereits Leistungen auf einem anderen Schein abgerechnet, ist der Überweisungsschein zusätzlich anzulegen.

Werden die Leistungen auf Überweisung des Operateurs abgerechnet, müssen folgende Daten angegeben werden:

- Die Betriebsstättennummer und Lebenslange Arztnummer des überweisenden Arztes oder
- im Feld „andere Ärzte“ (Feldkennung 4219) der Name des Krankenhauses sowie
- das Datum der Operation im Feld „OP-Datum“ (Feldkennung 5034).

Anästhesien

Die Anästhesien in den Kapiteln 31.5.2 sowie 36.5.2 EBM sind nur von dem Operateur berechnungsfähig, der die ambulante Operation nach den Kapiteln 31.2 bzw. 36.2 EBM abrechnet.

Die Berechnung von Anästhesien in den Kapiteln 31.5.3 sowie 36.5.3 EBM setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung des Kapitels 31.2 bzw. 36.2 EBM erbringt und berechnet.

Bei Abrechnung einer Anästhesie des Kapitels 31.5 oder 36.5 ist die Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (bei Berechnung eines Zuschlages zu einer Operation der "7er Kategorie" und bei Simultaneingriffen) in dem dafür vorgesehenen Feld anzugeben.

Bei Berechnung eines Zuschlages für einen Simultaneingriff sind die Angabe einer zusätzlichen, zum Haupteingriff unterschiedlichen Diagnose (ICD-Code) und ein zusätzlicher Operations-Schlüssel (OPS) erforderlich.

Im Zusammenhang mit belegärztlichen Operationen sind ausschließlich Anästhesien des Kapitels 36.5 berechnungsfähig.

Laboraufträge

Bei Laboratoriumsuntersuchungen als Auftrag, darf lediglich die Scheinuntergruppe 27 „Laborauftrag“ verwendet werden. Laborgemeinschaften legen grundsätzlich die Scheinuntergruppe 28 „Anforderung Labor“ an.

Falls eine oder mehrere Untersuchungsindikationen der im EBM aufgeführten Kennnummern (Kapitel 32.1 Nummer 6 EBM) erfüllt sind, sind alle entsprechenden Kennnummern auf dem eigenen Abrechnungsschein zu übernehmen. Die Kennnummer ist seit dem 1. April 2018 nicht mehr auf dem Überweisung- bzw. Anforderungsschein anzugeben.

Ringversuchspflichtige Laborleistungen

Alle quantitativen laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen, die von medizinischen Laboratorien und Personen, die laboratoriumsmedizinische Untersuchungen durchführen, erbracht werden, unterliegen der internen Qualitätssicherung. Zusätzlich sind Ärzte, die ringversuchspflichtige Laborleistungen (alle in der Tabelle B 1 a bis c der RiliBÄK aufgeführten Messgrößen) mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, verpflichtet, jedes Quartal an einer externen Qualitätskontrolle (Ringversuche) teilzunehmen.

Der Nachweis ist mittels eines in der Praxissoftware implementierten Moduls elektronisch zu führen, womit die Vertragsärzte per „Mausklick“ bestätigen, dass sie über das erforderliche Zertifikat verfügen. Ein Einreichen in Papierform ist grundsätzlich nicht erforderlich. Allerdings werden, bei quartalsweise durchzuführenden Stichproben im Zuge der Plausibilitätsprüfung, Ringversuchszertifikate in Papierform angefordert.

Abrechnungsfähig sind ringversuchspflichtige Laborleistungen nur dann, wenn der Arzt persönlich die Teilnahme an einem Ringversuch durch entsprechendes Zertifikat nachweisen kann.

Die Pflicht zur Teilnahme an externen Qualitätskontrollen entfällt, wenn diese Untersuchungen - im Rahmen der patientennahen Sofortdiagnostik - mit Unit-use-Reagenzien durchgeführt werden (RiliBÄK B Abschnitt 2.2 (3)). Dies sind Untersuchungen, die ohne Probenvorbereitung unmittelbar als Einzelbestimmung (portionierte Reagenzien/Teststreifen, die mit einer Untersuchung verbraucht sind) erbracht werden und deren Ergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt und zu einer unmittelbaren therapeutischen Konsequenz führt.

Verwenden Ärzte teilweise oder für alle in der Praxis zu untersuchenden Messgrößen ausschließlich Unit-Use-Reagenzien im Rahmen der patientennahen Sofortdiagnostik, muss der Name des Gerätes und der Hersteller angegeben werden.

Bitte beachten: Auch bei „Unit-use“-Tests sind tägliche bzw. wöchentliche (interne) Kontrollmessungen vorgeschrieben. Die in der Richtlinie angegebenen Grenzwerte sind hierbei zu beachten.

Notfalldienst

Die Scheinuntergruppe 41 „ärztlicher Notfalldienst“ darf nur im organisierten Bereitschaftsdienst von den Bereitschaftsdienstzentralen angelegt werden.

Ausnahmen sind die von der KV RLP anerkannten fachärztlichen, kinder- und augenärztlichen Bereitschaftsdienstbereiche, zu den von der KV RLP genehmigten Öffnungszeiten. Diese dürfen ebenfalls die Scheinuntergruppe 41 anlegen.

In allen übrigen Fällen, bei Notfallbehandlungen an Werktagen außerhalb der regulären Sprechstunde, ist die Scheinuntergruppe 43 "Notfall" anzulegen.

Abrechnung von KV RLP-speziellen Abrechnungsnummern

Bevor eine Erfassung solcher Positionen möglich ist, muss die entsprechende Abrechnungsnummer im Gebührennummern-Stamm des Praxisverwaltungssystems (sofern noch nicht vorhanden) ergänzt und definiert werden. Erst nach manueller Aufnahme können die KV RLP-speziellen Abrechnungsnummern, wie alle GOP, in der Abrechnung erfasst werden. Eine Übersicht der aktuellen speziellen Abrechnungsnummern der KV RLP ist für alle Mitglieder auf der Website der KV RLP einsehbar (<https://www.kv-rlp.de/36941-1059>).

Wegegeldregelung

Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01415, 01418 oder 01721 EBM sowie für die erste Visite nach der GOP 01414 EBM, einmal je Visitentag, eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten, ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag. Es gibt keine Unterscheidung zwischen Primär- bzw. Ersatzkassen.

Die Wegepauschale wird ausschließlich vom Praxissitz (Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte) des Vertragsarztes aus berechnet und nicht vom Wohnort des Vertragsarztes. Dabei ist die einfache Entfernung (Radius) vom Praxissitz zum Patienten maßgeblich, das heißt es kommt alleine darauf an, in welchem Wegebereich (0 – 2 oder 2 – 5 oder ab 5 Kilometer) der Patient besucht wird. Die entsprechende Pauschale (zum Beispiel 40220) wird anschließend in der Abrechnung (einmal je besuchtem Patient) eingetragen. Es kommt also nicht darauf an, wie viele Kilometer der Vertragsarzt tatsächlich zurücklegt. Mit der Wegepauschale sind jeweils Hin- und Rückfahrt abgegolten.

Die KV RLP stellt jedem Vertragsarzt und jeder Bereitschaftsdienstzentrale eine Karte auf Anforderung zur Verfügung, auf der, ausgehend vom Praxissitz des Vertragsarztes oder der zentralen Einrichtung als Ausgangspunkt, die jeweiligen Wegebereiche für die Wegepauschalen festgelegt werden.

Bei Besuchen bzw. der ersten Visite ist hinter jedem Besuch die jeweilige Wegepauschale einzutragen.

Die aktuellen Wegepauschalen sind unter <http://www.kv-rlp.de/70943> einsehbar.

Überweisung

Bei Überweisungen ist die entsprechende Scheinuntergruppe, das heißt die Differenzierung, die vom überweisenden Arzt vorgenommen wurde, zu übernehmen (beispielsweise „Mit-/Weiterbehandlung“, „Ausführung von Auftragsleistungen“). Bei Überweisungen zur Ausführung von Auftragsleistungen ist der angegebene Auftragstext unverändert in den Datensatz zu übertragen.

Generell müssen alle Einträge der Überweisung erfasst und übermittelt werden. Die Betriebsstättennummer und die Lebenslange Arztnummer des überweisenden Arztes sind vom Überweisungsschein zu übernehmen. Falls es sich um einen nicht zugelassenen Arzt handelt, im Feld „Überweisung durch andere Ärzte“ (KVDT-Feldkennung 4219) beispielsweise „Bundeswehrarzt“ oder „Zahnarzt“ eingeben. Nach einer ambulanten Operation (gemäß § 115b Sozialgesetzbuch V) im Krankenhaus muss in das Feld „Überweisung durch andere Ärzte“ der Name des Krankenhauses eingetragen werden.

Bei einer Weiterüberweisung ist jeder überweisende Arzt verpflichtet, die Betriebsstättennummer des Erstveranlassers zu übertragen.

Überweisungen zu Laborleistungen des Kapitels 32 EBM, Laborleistungen des Kapitels 1.7 EBM, GOP 11310 bis 11322 des Kapitels 11.3 EBM sowie des Kapitels 11.4 EBM sind nur als Auftragsleistung zulässig. Hierfür ist der Vordruck Muster 10 zu verwenden. Die Anforderung von Laboruntersuchungen des Kapitels 32.2 EBM an die Laborgemeinschaft erfolgt mittels Muster 10A.

Grundsätzlich orientiert sich die Gültigkeit einer Überweisung nicht an Quartalsgrenzen. Das ist in Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt. Wird der Überweisungsnehmer erst im Folgequartal tätig, ist die ausgestellte Überweisung trotzdem gültig. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient eine gültige eGK oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis des zuständigen Kostenträgers vorlegt.

Wird eine Überweisung erst im Folgequartal als Abrechnungsschein in der Abrechnung angelegt, so ist das Behandlungsquartal als Bezugsquartal einzutragen, unabhängig davon, ob das Ausstellungsdatum aus dem Vorquartal ist. Das Ausstellungsdatum der Überweisung ist in dem hierfür vorgesehenen Feld (Feldkennung 4102) anzugeben.

Genehmigungspflichtige Leistungen

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann eine rückwirkende Genehmigung für sogenannte „statusbegründende“ Verwaltungsakte im Vertragsarztrecht nicht erteilt werden.

Diese Regelung hat im Bereich des Kassen- und Vertragsarztrechtes zur Folge, dass eine notwendige Genehmigung bereits **vorher** durch die KV RLP förmlich erteilt worden sein muss.

Wichtig ist die vorhergehende Genehmigung insbesondere bei

- der Abrechnung von Leistungen, welche an eine bestimmte Qualifikation des Vertragsarztes (persönlich, fachlich) anknüpfen,
- der Abrechnung von Leistungen, welche an einen bestimmten Ort der Ausführung anknüpfen (Praxissitz, Zweigpraxis, Umzug der Praxis) und
- der Beschäftigung angestellter Ärzte und Assistenten (Entlastungsassistenten, Weiterbildungsassistenten, Beschäftigung von Assistenten zur Feststellung der Gleichwertigkeit etc.).

Der Vertragsarzt muss also insbesondere

- Anträge zur Genehmigung vorher stellen,
- die tatsächliche Erteilung der Genehmigung abwarten,
- den Genehmigungsumfang einhalten und nicht überschreiten
- grundlegende Veränderungen, welche eine bereits erteilte Genehmigung betreffen, rechtzeitig mitteilen und
- Verlängerungen einer zeitlich befristeten Genehmigung rechtzeitig – also vor deren Ablauf – beantragen.

Bedenken Sie, dass die Bearbeitung Ihrer beantragten Genehmigungen Zeit in Anspruch nimmt, stellen Sie diese also möglichst frühzeitig!

Ohne eine erteilte Genehmigung ist eine Vergütung der erbrachten Leistungen nicht möglich.

Selektivverträge

Der Gesetzgeber hat durch zahlreiche Gesundheitsreformen das System der Kollektivverträge gelockert. Die neuen Versorgungsformen haben Einzug in das Gesetz gehalten und bilden das System der Einzel- oder Selektivverträge. Auf der Website der KV RLP (<https://www.kv-rlp.de/37731>) werden alle Einzelverträge, die die KV RLP abgeschlossen hat, aufgeführt und regelmäßig aktualisiert.

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

Kommt der Patient im Rahmen einer TSVG-Konstellation das erste Mal im Quartal in die Praxis, so muss ein gesonderter Schein in der Abrechnung angelegt und im Feld „TSVG Vermittlungs-/Kontaktart“ (Feldkennung 4103) entweder der Inhalt

- 1 = TSS-Terminfall,
- 2 = TSS-Akutfall,
- 3 = Hausarzt-Vermittlungsfall,
- 4 = offene Sprechstunde oder
- 5 = Neupatient

angegeben werden.

TSS-Terminfall und TSS-Akutfall

Im Arztgruppenfall werden alle Leistungen extrabudgetär vergütet für Patienten, die von der Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden. Dies gilt auch für solche Leistungen, die von der betroffenen Arztgruppe bei dem Patienten vor der Vermittlung als TSS-Terminfall in demselben Quartal erbracht wurden, auch wenn diese Leistungen auf anderen Scheinen abgerechnet wurden.

Zusätzlich gibt es Zuschläge zur Konsiliar-, Versicherten- bzw. Grundpauschale in Abhängigkeit von der Vermittlungsdauer für den TSS-Vermittlungsfall sowie -Akutfall. Für die Abrechnung des Zuschlags gibt es für jede Arztgruppe in dem jeweiligen EBM-Kapitel (mit Ausnahme der Laborärzte und Pathologen) eine neue Gebührenordnungsposition. Die Höhe des Zuschlags – 50, 30 oder 20 Prozent – kennzeichnen Sie je nach Länge der Wartezeit auf den Termin mit dem Buchstaben A, B, C oder D (siehe Tabelle 2: Kennzeichnung der Zuschläge).

Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS bis zum Behandlungstag	Buchstabe	Zuschlag
TSS-Akutfall: Spätestens Folgetag (nach medizinischer Ersteinschätzung durch die 116117)	A	50 Prozent
TSS-Terminfall: 1. bis 8. Tag	B	50 Prozent
TSS-Terminfall: 9. bis 14. Tag	C	30 Prozent
TSS-Terminfall: 15. bis 35. Tag	D	20 Prozent

Tabelle 2: Kennzeichnung der Zuschläge

Der Kontakt bei der TSS gilt als erster Tag für die Berechnung der Zuschläge (Praxis erhält Datum der Kontaktaufnahme von TSS und ermittelt Zuschlagshöhe). Gestaffelte Zuschläge im Arztgruppenfall sind nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Hausarztvermittlungsfall

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten rund zehn Euro für die Vereinbarung eines Termins beim Facharzt.

Für den 10-Euro-Zuschlag zur Versichertenpauschale rechnet der Haus- bzw. Kinder- und Jugendmediziner die GOP 03008 bzw. GOP 04008 ab. Zusätzlich ist bei der Abrechnung die Betriebsstättennummer (BSNR) der Facharztpraxis anzugeben, bei der für den Patienten ein Termin vereinbart wurde. Hierfür gibt es ein Feld „BSNR des vermittelten Facharztes“ im Praxisverwaltungssystem.

Der Facharzt legt im Praxisverwaltungssystem die Überweisung, die der Hausarzt ausgestellt hat, an und kennzeichnet den Überweisungsschein im Praxisverwaltungssystem als „HA-Vermittlungsfall“. Dafür empfiehlt es sich, schon bei der Terminvereinbarung zu notieren, dass der Patient als „HA-Vermittlungsfall“ in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war.

Offene Sprechstunde

Grundversorgende und der wohnortnahen Patientenversorgung zugehörige Fachärzte müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten – bei vollem Versorgungsauftrag, sonst anteilig.

Ärzte entsprechend der Nr. 1 der Präambel folgender EBM-Kapitel/Abschnitte:

- 6 (Augenärzte)
- 7 (Chirurgen)
- 8 (Gynäkologen)
- 9 (HNO-Ärzte)
- 10 (Hautärzte)
- 14 (Kinder- und Jugendpsychiater)
- 16 (Neurologen, Nervenärzte, Neurochirurgen)
- 18 (Orthopäden)
- 21 (Psychiater)
- 26 (Urologen)

Wie die Stunden auf die Arbeitswoche verteilt werden (jeden Tag eine offene Sprechstunde, alle fünf Stunden an einem Tag), ist nicht geregelt.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Sprechstundenzeiten an die KV RLP gemeldet und veröffentlicht werden (zum Beispiel Praxisschild, Website der KV RLP). Über den geschützten Mitgliederbereich besteht die Möglichkeit sowohl das Sprechstundenangebot als auch die Zeiten der offenen Sprechstunde zu melden.

Es werden maximal 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle der Praxis (des aktuellen Quartals) extrabudgetär vergütet. Alle weiteren offenen Sprechstunden über der Grenze von 17,5 Prozent werden budgetiert vergütet, es sei denn, der Patient wird im Rahmen einer anderen TSVG-Konstellation behandelt.

Neupatient

Für Patienten, die im aktuellen Quartal und den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Arztpraxis behandelt wurden, werden alle Leistungen im Artgruppenfall extrabudgetär vergütet.

Praxen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ)) erhalten innerhalb der ersten vollen acht Quartale nach deren Gründung keine extrabudgetäre Vergütung von Neupatienten. Eine Praxisgründung liegt auch dann vor, wenn eine Einzelpraxis - auch im Wege eines Nachbesetzungsverfahrens - übernommen wird.

Keine Praxisgründung liegt bei einer Änderung der Anzahl oder der Personen der Gesellschafter einer bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft oder eines bestehenden MVZ vor. Gleiches gilt für Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ.

Die Neupatientenregelung gilt nicht bei einer bisherigen Behandlung im Selektivvertrag wenn ein Patient nur die Krankenkasse wechselt.

EINWEISUNG ODER ÜBERWEISUNG

Ambulante Behandlungen sollen in der Regel von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. Nur in bestimmten Fällen können auch ermächtigte Spezialisten in Krankenhäusern/ Ambulanzen mit einem Überweisungsschein für speziell definierte Leistungen in Anspruch genommen werden. Hierzu stellt der niedergelassene Arzt eine Überweisung aus. Dies gilt auch, wenn der Vertragsarzt eine ambulante Operation im Krankenhaus veranlasst.

Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind grundsätzlich nur zulässig zur:

- Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden,
- Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken oder
- Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung.

Die Rückdatierung eines Überweisungsscheines ist unzulässig. Im Bundesmantelvertrag – Ärzte ist geregelt, dass ein auf Überweisung in Anspruch genommener Arzt Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst erbringen darf, wenn ihm die Überweisung in schriftlicher Form vorliegt. Er ist an die Angaben des Überweisers auf dem Überweisungsschein (Muster 6 Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte) gebunden.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur im Rahmen des Konsiliarverfahrens vornehmen (siehe Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses).

Die Einweisung ist überschrieben mit „Verordnung von Krankenhausbehandlung“. Mit diesem Einweisungsschein sind regelmäßig alle Krankenhausleistungen abgedeckt. Weitere Ein- oder Überweisungsscheine werden nicht benötigt.

Mit der Einweisung werden auch die Vor- und Nachuntersuchungen erfasst. Hierzu gehören:

- Die Voruntersuchung zur Klärung einer vollstationären Krankenhausbehandlung,
- die Vorbereitung für die Krankenhausbehandlung an maximal drei Behandlungstagen innerhalb fünf Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt,
- die Nachuntersuchung an bis zu sieben Tagen innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, sofern das Krankenhaus die Behandlung durchführen will.

Für einen Patienten, der in das Krankenhaus eingewiesen wird, zusätzlich eine Überweisung auszustellen, ist unzulässig. Es dürfen weder für das Aufnahmegespräch noch für andere prästationäre oder sonstige Leistungen zusätzliche Überweisungsscheine ausgestellt werden.

Eine Einweisung darf nur ausgestellt werden, wenn eine stationäre Behandlung zwingend notwendig ist. Eine Einweisung für eine ambulante Versorgung im Krankenhaus auszustellen, ist unzulässig.

Ein Fragen-Antworten-Katalog zum Thema Überweisung/Einweisung ist auf der Website der KV RLP einsehbar (<https://www.kv-rlp.de/36941-1051>).

ICD-KODIERUNG

Krankheiten (Diagnosen) werden mittels des ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), in seiner aktuellen Version, verschlüsselt.

Grundsätzlich gilt, dass ausschließlich Behandlungsdiagnosen in der Abrechnung zu verschlüsseln sind. Behandlungsdiagnosen sind Diagnosen, für die im abzurechnenden Quartal Leistungen erbracht wurden.

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten und Einrichtungen müssen nach ICD-10-GM kodierte Diagnosen, bei folgenden Sachverhalten angeben:

- Im Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält und
- in der vertragsärztlichen Abrechnung.

Unverschlüsselte Diagnoseangaben können, bei folgenden Sachverhalten erfolgen:

- Bei Überweisungen und Laboraufträgen (im Feld „Auftrag/Diagnose/Verdacht“),
- auf Krankenhauseinweisungen sowie
- in Arztbriefen, Unfallberichten, in der eigenen Praxisdokumentation usw.

Es gelten zwei Arten von Zusatzkennzeichen:

- Seitenlokalisierung (R für rechts, L für links und B für beidseitig) und
- Diagnosesicherheit (V für „Verdacht auf“; G für „gesicherte“ Diagnose; A für „ausgeschlossene“ Diagnose und Z für symptomloser „Zustand nach“ betreffender Diagnose).

Die Angaben zur Diagnosesicherheit (zwingend anzugeben) und Seitenlokalisierung sind in den dafür vorgesehenen Feldern zu erfassen.

In den nachfolgend aufgeführten Konstellationen kann – anstelle des jeweils spezifischen Diagnoseschlüssels nach ICD-10-GM – regelhaft im Sinne eines Ersatzwertes der ICD-10-Kode "Z01.7 Laboruntersuchung" angegeben werden:

- Für Arztfälle in einer Arztpraxis, in denen in-vitro-diagnostische Untersuchungen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 32.2, 32.3 EBM oder entsprechende Untersuchungen im Abschnitt 1.7 oder 8.5 des EBM ohne unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden, es sei denn, im EBM sind für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen speziellere Regelungen getroffen.
- Fallunabhängig für Fachärzte für Pathologie, Fachärzte für Neuropathologie, Fachärzte für Laboratoriumsmedizin sowie Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.

Der Kode ist regelhaft mit dem Zusatzkennzeichen "G" für die Diagnosesicherheit zu versehen.

SERVICE UND BERATUNG

KV-Hotline

Telefon: 06131 / 326-326

Fax: 06131 / 326-327

E-Mail: kv-hotline@kv-rlp.de

Mo - Do 7:30 – 17 Uhr

Fr 7:30 – 15 Uhr

Regionalzentrum Koblenz

KV RLP, Regionalzentrum Koblenz, Emil-Schüller-Straße 14-16, 56073 Koblenz

Team 1 06131 326 - Fachgruppen

Sabine Esch	- 2140	■ Institutsermächtigungen/Ermächtigte Ärzte
Alexandra Richter	- 2141	■ Fachärztlich tätige Internisten
Michaela Stein	- 2142	■ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
		■ Bereitschaftspraxen
		■ Krankenhausnotfallambulanzen
		■ Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
		■ Kuratorium für Dialyse- und Nierentransplantation
		■ Fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften
		■ Medizinische Versorgungszentren

Team 2 06131 326 - Fachgruppen

Rita Krämer-Zurru	- 2120	■ Fachärzte für Augenheilkunde
Marion Malburg	- 2121	■ Praktische Ärzte
Silvia Woischiski	- 2122	■ Fachärzte für Nuklearmedizin
		■ Fachärzte für Allgemeinmedizin
		■ Hausärztlich tätige Internisten
		■ Fachärzte für Diagnostische Radiologie
		■ Fachärzte für Strahlentherapie

Team 06131 326 - Rechnungslegung

Stefan Löffler	- 2180	■ Sonstige Kostenträger
----------------	--------	-------------------------

Regionalzentrum Pfalz (Neustadt an der Weinstrasse)

KV RLP, Regionalzentrum Pfalz, Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt an der Weinstraße

Team 1 06131 326 - Fachgruppen

Alexandra Fricke-Meyer	- 2020	■ Fachärzte für Allgemeinmedizin
Brigitte Blechinger	- 2021	■ Hausärztlich tätige Internisten
Michaela Neubauer	- 2022	■ Praktische Ärzte
Isabella Rocchia	- 2023	

Team 2 **06131 326 - Fachgruppen**

Ute Völk	- 2040	■ Fachärzte für Anästhesiologie
Tanja Braunecker	- 2041	■ Fachärzte für Urologie
Bärbel Scheu	- 2042	■ Fachärzte für Orthopädie
Angela Schraml	- 2043	■ Institutsermächtigungen/Ermächtigte Ärzte
		■ Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
		■ Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
		■ Fachärzte für Mund-,Kiefer- Gesichtschirurgie
		■ Fachärzte für Chirurgie/ Fachärzte für Kinderchirurgie
		■ Fachärzte für Plastische- und ästhetische Chirurgie
		■ Fachärzte für Neurochirurgie

Team 3 **06131 326 - Fachgruppen**

Adrienne Grombali	- 2060	■ Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Jutta Fischer	- 2061	■ Fachärzte für Pathologie
Katrin Gehrt	- 2062	■ Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
		■ Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
		■ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie
		■ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie
		■ Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten
		■ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
		■ Fachärzte für Neurologie
		■ Fachärzte für Neurologie- und Psychiatrie
		■ Fachärzte für Nervenheilkunde
		■ Fachärzte für Laboratoriumsmedizin
		■ Fachärzte für Transfusionsmedizin
		■ Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
		■ Fachärzte für Humangenetik
		■ Mammographie Screening Einheiten

Weitere Informationsquellen

- kostenfreie, aktuelle Fassung des EBM, EBM-Änderungen, Beschlüsse zum EBM
<http://www.kbv.de/html/ebm.php>
<http://www.kbv.de/html/kbv2go.php>
<http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/beschluesse.html>
<http://www.kv-rlp.de/436297>
<http://www.kbv.de/html/13000.php>

- Weiterführende Informationen bezüglich TSVG
<https://www.kv-rlp.de/474452>

- Informationen über Online Dienste der KV RLP
<http://www.kv-rlp.de/618305>

- Liste der zertifizierten Praxisverwaltungssysteme
<http://www.kbv.de/ita/update.html>
<http://www.kv-rlp.de/71300>

- Informationen zur ICD Kodierung
<http://www.kv-rlp.de/26260>
<http://www.kbv.de/html/kodieren.php>
<http://www.dimdi.de>
<http://www.icdscout.de>

- Schulungsangebot der KV RLP
<https://www.kv-rlp.de/485653>

ANLAGEN

- Abrechnungsordnung
<https://www.kv-rlp.de/561659-965>

- Übersicht spezielle Abrechnungsnummern der KV RLP
<https://www.kv-rlp.de/36941-1059>

- Abrechnungsfähige GOP des EBM für die Ausstellung von vereinbarten Vordrucken
<https://www.kv-rlp.de/36941-1056>

- Übersicht der Abrechnungsnummern der KV RLP für Leistungen der Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinien
<https://www.kv-rlp.de/378405-233>

- Übersicht Intervalle Früherkennungsuntersuchungen
<https://www.kv-rlp.de/36941-1063>

- Merkblatt „Sonstige Kostenträger“
<https://www.kv-rlp.de/588897>

- Regelungen Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger
<https://www.kv-rlp.de/588897-1194>

- Aufbewahrungsfristen
<https://www.kv-rlp.de/36941-1063>

Abrechnungsordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

gültig ab 1. Januar 2006

beschlossen von der Vertreterversammlung der KV RLP am 05.04.2006

Stand: 01.01.2021

§ 1

Gegenstand der Abrechnungsordnung

- (1) ¹ An der Abrechnung nehmen die im Bereich der KV Rheinland-Pfalz zugelassenen und ermächtigten Ärzte, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, zugelassene und ermächtigte psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten, zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie für die Behandlung von Notfällen die Nichtvertragsärzte und Krankenhäuser teil.
- (2) ¹ Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen sowie die Art und Umfang des Nachweises der von den Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren erbrachten Leistungen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages, des einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Gesamtverträge sowie des Honorarverteilungsmaßstabes in der jeweils gültigen Fassung.

§ 2

Grundlagen der Abrechnung

- (1) ¹ Voraussetzung für die Berücksichtigung von Leistungen bei der Honorarverteilung ist der Nachweis des Vertragsarztes¹ über Art und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit. ² Dieser Nachweis wird durch die fristgerechte Einreichung der Abrechnung bei der KV Rheinland-Pfalz erbracht. ³ Abrechnungsfähig sind nur solche Leistungen, die der Vertragsarzt persönlich erbracht hat oder die unter seiner unmittelbaren Leitung und Verantwortung erbracht wurden; entsprechendes gilt für ärztliche Leistungen, die von einem Vertreter oder einem/einer genehmigten Assistenten/in durchgeführt worden sind. ⁴ Leistungen von ermächtigten Ärzten sind berücksichtigungsfähig, soweit sie dem Umfang der Ermächtigung entsprechen. ⁵ Dabei sind die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zugrunde zu legen, insbesondere die des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie die von der KV Rheinland-Pfalz herausgegebenen Abrechnungsanweisungen.
- ⁶ Ist ein Vertragsarzt aus Gründen, die weder er noch die KV Rheinland-Pfalz zu vertreten haben, nicht in der Lage, seine Leistungen nachzuweisen, so erfolgt die Honorierung in Höhe des Betrages, der im Wege einer Schätzung ermittelt und mit den Krankenkassen abgestimmt worden ist.
- (2) ¹ Der Vertragsarzt ist für die ordnungsgemäße Rechnungslegung, insbesondere für ihre Richtigkeit und Vollständigkeit, persönlich verantwortlich. ² Der Vertragsarzt hat hierzu eine quartalsbezogene Sammelerklärung vollständig und ordnungsgemäß auszufüllen. ³ Ein entsprechender Vordruck wird von der KV Rheinland-Pfalz zur Verfügung gestellt. ⁴ In der Sammelerklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie entweder selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat; im letztgenannten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft die Unterschrift eines Partners. ⁵ Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum ist die Unterschrift des Ärztlichen Leiters erforderlich. ⁶ Die Erklärung kann auch in elektronischer Form mit entsprechender qualifizierter Signatur oder elektronischem Heilberufsausweis abgegeben werden. ⁷ Der Signatur bedarf es nicht, wenn die Identität des Erklärenden auf andere Weise eindeutig festgestellt werden kann. ⁸ Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

¹ Im folgenden Text umfasst der Begriff "Vertragsarzt" Vertragsärzte/innen, psychologische Psychotherapeuten/innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen, ermächtigte Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren

- (3) ¹ Zur Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen können grundsätzlich nur Vordrucke nach den Vorschriften des Bundesmantelvertrages oder Formulare der KV Rheinland-Pfalz verwendet werden. ² Die für die Abrechnung der Leistungen notwendigen Angaben sind der KV Rheinland-Pfalz im Wege elektronischer Datenübertragung (ab dem Abrechnungsquartal 3/2015 ausschließlich per KV-SafeNet²) oder maschinell verwertbar auf Datenträger zu übermitteln.

§ 3 Fristen

- (1) ¹ Um einen geordneten Abrechnungsverkehr zu gewährleisten, müssen die Abrechnungen vollständig bis zum Abgabetermin eingegangen sein. ² Abgabetermin der Kassenabrechnung des Vorquartals ist der 8. des folgenden 1. Quartalsmonats. ³ Fällt der 8. auf einen arbeitsfreien Tag, so gilt als Ablieferungstermin der nächstfolgende Werktag. ⁴ Ablieferungsort ist der Sitz der KV Rheinland-Pfalz oder eines ihrer Regionalzentren).
- (2) ¹ Ausnahmen von der Einhaltung dieser Fristen können nur auf schriftlichen, rechtzeitig vorher gestellten und begründeten Antrag gewährt werden. ² Erlangt der Arzt erst später Kenntnis darüber, dass er in Einzelfällen die Abrechnung unverschuldet oder allenfalls leicht fahrlässig nicht fristgerecht eingereicht hat (z. B. technische Panne), gilt der Antrag als rechtzeitig, wenn er unverzüglich nach Kenntnis gestellt wird. ³ Die Fristverlängerung kann lediglich bis zu einer Dauer von einer Woche ab dem Tag nach Absatz 1 Satz 2 gewährt werden.
- (3) ¹ Soweit zum Zeitpunkt der Einreichung der Abrechnungen in Einzelfällen Krankenscheine noch nicht vorliegen, sind sie - sofern in einer Abrechnungsanweisung nichts anders bestimmt wird - in die Abrechnungsunterlagen des folgenden Kalenderquartals einzuordnen; eines Antrages nach Absatz 2 bedarf es hierzu nicht. ² Eine nachträgliche Korrektur bereits vorgelegter Abrechnungsscheine ist grundsätzlich ausgeschlossen.
- (4) ¹ Um verspätete Abrechnungen fristgerecht bearbeiten und honorieren zu können, müssen sie spätestens innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen erbracht wurden, bei der KV Rheinland-Pfalz eingegangen sein, es sei denn, dass der Vorstand der KV Rheinland-Pfalz im Ausnahmefall eine andere Entscheidung trifft.
² In jedem Fall sind die mit den Verbänden der Krankenkassen zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen vereinbarten Fristen maßgebend.
- (5) ¹ Wer mit der Ablieferung seiner Abrechnung in Verzug ist, erhält keine Honorarvorauszahlungen. ² In besonderen Härtefällen entscheidet der Vorstand der KV Rheinland-Pfalz auf begründeten Antrag, ob weiterhin Honorarvorauszahlungen geleistet werden.
³ Darüber hinaus ist der Vorstand berechtigt einen Honorarabzug von der Abrechnungssumme des Arztes vorzunehmen, der pro Kalendertag 0,5 % der sachlich-rechnerisch geprüften Abrechnungssumme, berechnet vom ersten Kalendertag nach Fristablauf bis zum Kalendertag, an dem die Abrechnungsunterlagen eingehen, festzusetzen. ⁴ Der Abzug darf pro Abrechnungsquartal bei einer Verspätung innerhalb des ersten Monats, der auf das Abrechnungsquartal folgt, 1.000,- €, innerhalb des zweiten Monats 1.750,- € und bei einer Verspätung von mehr als zwei Monaten 2.500,- € nicht überschreiten. ⁵ Der Honorarabzug darf bei einer unverschuldeten einmaligen (innerhalb der letzten acht Quartale) Versäumung des Termins nicht vorgenommen werden.

² SafeNet, Inc. ist an der Entwicklung des KV-SafeNet nicht beteiligt und es bestehen auch keine sonstigen Verbindungen

§ 4

Prüfung der Abrechnung

- (1) ¹ Die Abrechnungen der Vertragsärzte werden von der KV Rheinland-Pfalz sachlich und rechnerisch geprüft.
- (2) ¹ Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wird durchgeführt nach der Prüfvereinbarung (§ 106 Abs. 3 SGB V) in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) ¹ Nach Durchführung der Prüfung gemäß Absatz 1 und 2 wird die Leistungsanforderung des Vertragsarztes nach Art und Umfang von der KV Rheinland-Pfalz festgestellt, vorbehaltlich späterer ggf. erforderlich werdender Neuberechnungen sowie weiterer Prüfungen der Wirtschaftlichkeit, der Rechtmäßigkeit der Abrechnung sowie der Qualität der abgerechneten Leistungen gemäß §§ 106, 106a, 136 SGB V.

§ 5

Abschlagszahlungen und Restzahlung

- (1) ¹ Der mit der KV Rheinland-Pfalz abrechnende Vertragsarzt erhält im Voraus zur teilweisen vorläufigen Abgeltung seiner Leistungen auf seine Gesamtleistung eine aufrechnungsfähige und ggf. rückzahlungspflichtige Vorauszahlung.
- (2) ¹ Die Vorauszahlung gem. Abs. 1 soll für den laufenden Monat jeweils am Ende des Monats erfolgen.
- (3) ¹ Grundlage für die Festsetzung der monatlichen Vorauszahlung ist der zu erwartende Honorarumsatz einschließlich Sachkosten jeglicher Art des Quartals, für das die Vorauszahlung geleistet wird. ² Die Berechnung orientiert sich an dem durchschnittlichen Bruttohonorarumsatz, abzüglich der Verwaltungskosten, der sich aus den Abrechnungsergebnissen der zuletzt abgerechneten vier Quartale ergibt.
- (4) ¹ Liegen zum Zeitpunkt der Feststellung der Abschlagszahlung keine validen Erfahrungswerte vor, erfolgt die Festsetzung der Höhe der Abschlagszahlungen grundsätzlich auf Basis der nachzuweisenden erbrachten Leistungen (Ziffernstatistik) im Festsetzungsmonat.
- (5) ¹ Die Vorauszahlung beträgt ca. 25 % der in Abs. 3 bezeichneten Bemessungsgrundlage. ² Der Vorstand der KV RLP wird ermächtigt, diesen Prozentsatz zu ändern.
- (6) ¹ Bei Veränderungen im Praxisumfang können die Abschlagszahlungen entsprechend angepasst werden. ² Die Vertragsärzte sind verpflichtet, der KV Rheinland-Pfalz jeden Umstand mitzuteilen, der auf die Höhe des Honorars und der Abschlagszahlungen von Einfluss ist, wie z. B. Ausfall der Praxistätigkeit durch Krankheit, Urlaub oder ähnliches.
- (7) ¹ Die Restzahlung soll in der 3. Woche des 4. Monats, der auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgt, erfolgen.
- (8) ¹ Die KV Rheinland-Pfalz hält bei der Restzahlung den zum Zeitpunkt der Durchführung der Honorarabrechnung gültigen Verwaltungskostenbeitrag ein. ² Sie ist berechtigt, diejenigen Beträge vom Honorar abzusetzen, auf die von dritter Seite ein gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werden kann oder die von dem Vertragsarzt abgetreten worden sind.

- (9) ¹ Bei Überzahlungen kann die KV Rheinland-Pfalz die überzahlten Beträge sofort mit fälligen Gegenansprüchen des Vertragsarztes verrechnen oder zum unverzüglichen Ausgleich zurückverlangen.
- (10) ¹ Werden gegen den Arzt Ansprüche glaubhaft geltend gemacht, die ihre Grundlage in der vertragsärztlichen Tätigkeit des Arztes haben, ist die KV Rheinland-Pfalz berechtigt, Zahlungen bis zur Klärung des Sachverhalts ganz oder teilweise zurückzubehalten.
- (11) ¹ Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder bei Ablauf der Ermächtigung ist die KV Rheinland-Pfalz verpflichtet, weitere Zahlungen an den Vertragsarzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise auszusetzen, wenn mit Honorarneufestsetzungen (z. B. aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sachlich/rechnerischen Richtigstellungen) und/oder Regressen zu rechnen ist.
- (12) ¹ Über die abgerechnete Honorarforderung werden Abrechnungsnachweise sowie ein Kontoauszug erstellt, aus dem die Belastungen und Gutschriften zu ersehen sind. ² Die sich aus Abrechnung und Kontoauszug ergebenden Zahlungen erfolgen unter Vorbehalt.

§ 6 Inkrafttreten

¹ Diese Abrechnungsordnung tritt am 1. Januar 2006 in Kraft.

Ausgefertigt:

Mainz, 28. November 2020

Gez.
Dr. Olaf Döscher
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KV RLP

Die Abrechnungsordnung der KV RLP wurde zuletzt durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 28. November 2020 geändert. Die Änderung wurde im Januar 2021 im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz veröffentlicht. Sie tritt zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Änderungen

Paragraf	Art der Änderung	Beschluss der VV	Veröffentlicht	In Kraft
§ 2 Abs. 2 + 3	Neu gefasst	15.06.2011	Sept. 2011	25.09.2011
§ 5 Abs. 3 Satz 2	Neu gefasst	21.11.2012	Jan. 2013	01.01.2013
§ 1 Abs. 2	Änderung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 2 Abs. 1 Satz 2	Änderung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 2 Abs. 3 Satz 1	Änderung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 2 Abs. 3 Satz 2	Ergänzung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 3 Abs. 1 Satz 4	Neu gefasst	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 3 Abs. 2 Satz 1	Ergänzung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 3 Abs. 2 Satz 3	Neu gefasst	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 4 Abs. 2	Änderung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 5 Abs. 4	Neu gefasst	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 5 Abs. 6 Satz 2	Redaktionelle Ergänzung	18.06.2014	Aug. 2014	01.10.2014
§ 2 Abs. 2 Satz 7	Neu eingefügt	28.11.2020	Jan. 2021	01.01.2021
§ 2 Abs. 2 Satz 8	Ehemals Satz 7	28.11.2020	Jan. 2021	01.01.2021

Spezielle Abrechnungsnummern im Bereich der KV RLP

(Stand: 1. April 2021)

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
--------	-------------------------------	------

Ausnahmen von der Zuzahlungspflicht im Bereich der Physikalisch-medizinischen Leistungen

(Befreiung von der Zuzahlungspflicht bei Härtefällen und Patienten, welche das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; "A" muss von der Praxis zugesetzt werden)

30410A	Atemgymnastik als Einzelbehandlung ohne Zuzahlung	
30411A	Atemgymnastik als Gruppenbehandlung ohne Zuzahlung	
30420A	Krankengymnastik als Einzelbehandlung ohne Zuzahlung	
30421A	Krankengymnastik als Gruppenbehandlung ohne Zuzahlung	
30300A	Sensomotorische Übungsbehandlung als Einzelbehandlung ohne Zuzahlung	
30301A	Sensomotorische Übungsbehandlung als Gruppenbehandlung ohne Zuzahlung	
30400A	Massagetherapie ohne Zuzahlung	
30402A	Intermittierende apparative Kompressionstherapie ohne Zuzahlung	

Kennzeichnung von Akupunkturleistungen nach GOP 30791 EBM (siehe Schreiben der KV RLP vom 16.03.2015) (genehmigungspflichtig)

30791G	Durchführung einer Körperakupunktur - Indikation chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose	18,47 €
30791L	Durchführung einer Körperakupunktur - Indikation chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule	18,47 €

Laborleistungen im Akutfall und Notfall als Einzelbestimmungen im Eigenlabor

32035A	Erythrozytenzählung	0,25 €
32036A	Leukozytenzählung	0,25 €
32037A	Thrombozytenzählung	0,25 €
32038A	Hämoglobin	0,25 €
32039A	Hämatokrit	0,25 €

Kennzeichnung von Drogensuchtests im Rahmen der Methadonabgabe

32140S	Amphetamin/Metamphetamin	3,05 €
32141S	Barbiturate	3,05 €
32142S	Benzodiazepine	3,05 €
32143S	Cannabinoide (THC)	3,05 €
32144S	Kokain	3,05 €
32145S	Methadon	3,05 €
32146S	Opiate (Morphin)	3,05 €
32147S	Phencyclidin (PCP)	3,05 €
32148S	Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung	1,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Wegepauschalen		
40190	nur nach ambulanter Operation: Wegepauschale für den ersten Besuch jenseits eines Radius von 10 km bei Tag (07-19 Uhr)	12,49 €
40192	nur nach ambulanter Operation: Wegepauschale für den ersten Besuch jenseits eines Radius von 10 km bei Nacht (19-07 Uhr)	17,28 €
40220	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km Radius bei Tage (07-19 Uhr)	3,74 €
40222	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage (07-19 Uhr)	7,35 €
40224	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km Radius bei Tage (07-19 Uhr)	10,73 €
40226	Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km Radius bei Nacht (19-07 Uhr)	7,35 €
40228	Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht (19-07 Uhr)	11,45 €
40230	Pauschale für Besuche im Fernbereich, mehr als 5 km Radius bei Nacht (19-07 Uhr)	15,41 €

Kennzeichnung hausarztzentrierte Versorgung

80070	Kennzeichnung hausarztzentrierte Versorgung
-------	---

Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, Techniker Krankenkasse (Teilnahmeerklärung erforderlich)

81102	Vergütung für die präventive Untersuchung bei der TKK versicherter Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (U10)	53,00 €
81120	Vergütung für die präventive Untersuchung, Beratung und Dokumentation für bei der TKK versicherter Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (U11)	53,00 €
81121	Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung für bei der TKK versicherter Kinder im Alter von 16 bis 17 Jahren (J2)	53,00 €

Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, Knappschaft (genehmigungspflichtig)

81102	Vergütung für die präventive Untersuchung bei der Knappschaft versicherter Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (U10)	53,00 €
81120	Vergütung für die präventive Untersuchung, Beratung und Dokumentation für bei der Knappschaft versicherter Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (U11)	53,00 €
81121	Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung für bei der Knappschaft versicherter Kinder im Alter von 16 bis 17 Jahren (J2)	53,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, IKK Südwest (genehmigungspflichtig)		
81102	Vergütung für die präventive Untersuchung bei der IKK Südwest versicherter Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (U10)	53,00 €
81120	Vergütung für die präventive Untersuchung, Beratung und Dokumentation für bei der IKK Südwest versicherter Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (U11)	53,00 €
81121	Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung für bei der IKK Südwest versicherter Kinder im Alter von 16 bis 17 Jahren (J2)	53,00 €

Vertrag zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) IKK BIG Gesundheit (nur für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe)
(Teilnahmeerklärung erforderlich)

81103	Vergütung für das Infektionsscreening zwischen der 16. bis 24. Schwangerschaftswoche bei Versicherten der BIG	26,00 €
-------	---	---------

Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft (genehmigungspflichtig)

81110B	Grundpauschale für die Koordination der Versorgung eines an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten der Knappschaft	4,00 €
81112	Medikationsscheck	80,00 €
81113	Medikationsscheck mit Konsil	160,00 €
81114	Beratungsgespräch für Pflegepersonen	30,00 €

Homöopathie-Vertrag IKK classic (genehmigungspflichtig)

81200A	Homöopathische Erstanamnese bis 12. Lebensjahr	65,00 €
81201A	Homöopathische Erstanamnese von Beginn des 13. Lebensjahres	97,00 €
81202A	Repertorisation	22,00 €
81203A	Homöopathische Analyse	22,00 €
81204A	Homöopathische Folgeanamnese 30 min	48,50 €
81205A	Homöopathische Folgeanamnese 15 min	24,00 €
81206A	Homöopathische Beratung	11,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Homöopathie-Vertrag SECURVITA (genehmigungspflichtig)		
teilnehmende BKKen: SECURVITA/ actimonda krankenkasse/ BKK 24/ BKK Herkules/ BKK Linde/BKK Pfaff/ Daimler BKK/ Novitas BKK		
81200B	Homöopathische Erstanamnese bis 12. Lebensjahr	61,50 €
81201B	Homöopathische Erstanamnese von Beginn des 13. Lebensjahres	92,25 €
81202B	Repertorisation	20,50 €
81203B	Homöopathische Analyse	20,50 €
81204B	Homöopathische Folgeanamnese 30 min	46,13 €
81205B	Homöopathische Folgeanamnese 15 min	23,06 €
81206B	Homöopathische Beratung	10,25 €

Vertrag "Gesund schwanger"(Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten)
**BAHN-BKK/ Bertelsmann BKK/ BKK Aesculap/ BKK Deutsche Bank/ BKK Diakonie/ BKK Voralb
Heller*Index*Leuze/ Daimler BKK/ BERGISCHE KRANKENKASSE/ Salus BKK/ Südzucker BKK/ VIACTIV
Krankenkasse** (genehmigungspflichtig)

81300	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung (einschl. Einschreibung des Patienten)	60,00 €
81301	vaginaler Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	50,00 €
81302	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	26,00 €
81303	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	15,00 €

Vertrag "Hallo Baby" (Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen) - **teilnehmende BKKen** (seine Anlage 1 des Vertrages)
(Teilnahmeerklärung erforderlich)

81310	Einschreibung mittels der Teilnahmeerklärung für Versicherte (Anlage 4) durch Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10,00 €
81311	Technische und administrative Leistungen im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests	10,00 €
81312	Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests	20,00 €
81313	Infektionsscreening	20,00 €
81314	Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich zum Nachweis auf Streptokokken B	17,00 €
81315	Durchführung des Toxoplasmosesuchtests	12,00 €
81316	Durchführung Streptokokken B-Test	10,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Onkologische Behandlung (genehmigungspflichtig)		
86510	Behandlung florider Hämoblastosen (je Behandlungsfall)	51,13 €
86512	Behandlung solider Tumore (je Behandlungsfall)	25,56 €
86514	Zuschlag zu den Leistungen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie (je Behandlungsfall)	25,56 €
86516	Zuschlag zu den Leistungen 86510 und 86512 für die intravasale zytostatische Tumorthherapie (je Behandlungsfall)	255,65 €
86518	Zuschlag zu den Leistungen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung (je Behandlungsfall)	255,65 €
86520	Zuschlag für die orale zytostatische Tumorthherapie	127,83 €

Elektronischer Arztbrief

86900	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	0,28 €
86901	Empfangen eines elektronischen Briefes	0,27 €

Übersendung AU-Bescheinigung bei telefonischer Ausstellung (Sonderregelung Corona)

88122	Kostenpauschale für die Übersendung einer AU-Bescheinigung an den Patienten bei telefonischer Ausstellung (Sonderregelung Corona)	0,90 €
-------	---	--------

Kennzeichnung für Beendigung einer Psychotherapie

88130	Kennzeichnung für Beendigung einer Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
88131	Kennzeichnung für Beendigung einer Psychotherapie nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie mit anschließende Rezidivprophylaxe

Kennzeichnung von Fällen bei Personen ohne das Merkmal "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der eGK

88150	Kennzeichnung bei Personen ohne das Merkmal "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der eGK
-------	--

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
--------	-------------------------------	------

Scheinkennzeichnung "Kostenerstattungsfälle"

88190	Scheinkennzeichnung für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Behandlung gewählt haben	
-------	--	--

Kennzeichnung von Fällen gemäß 32.3 Nr. 3 EBM bei Selektivverträgen

88192	Kennzeichnung von Fällen gem. 32.1 Nr. 3 EBM bei Selektivverträgen	
-------	--	--

Kennzeichnung von selektivvertraglichen/ knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen

88194	Kennzeichnung von selektivvertraglichen/ knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen gem. Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM	
-------	--	--

Kennzeichnung "Zweitmeinungsverfahren"

88200A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation	
88200B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung	
88200C	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Schulterarthroskopie	
88200E	Zweitmeinungsverfahren bei geplantem Kniegelenkersatz	

Sozialpsychiatrievereinbarung (genehmigungspflichtig)

88895	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand der Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	186,00 €
-------	---	----------

Vertrag über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen als Satzungsleistungen (Barmer GEK)

89151	Schutzimpfung: Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) für den Personenkreis, der nicht durch die Schutzimpfungs-Richtlinie erfasst ist	8,87 €
-------	---	--------

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
DMP Diabetes Typ 1 (genehmigungspflichtig)		
90000	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90001	Erstellung und Übersendung der Folgedokumentation	20,00 €
90002	ICT Strukturierte Diabetikerschulung für Typ 1-Diabetiker nach dem Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)	38,00 €
90003	Strukturierte Diabetikerschulung für Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1, Behandlungs- und Schulungsprogramm (Hürter)	38,00 €
90004	Strukturierte Diabetikerschulung für Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 - Schulungsprogramm (Lange)	38,00 €
90005	HBSP Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm	25,00 €
90006	ZI Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm	25,00 €
90007	IPM Modulare Bluthochdruck-Schulung (Institut für Präventive Medizin)	25,00 €
90008	Initiale Einweisung in die Insulinpumpentherapie	125,00 €
90009	Einleitung einer intensivierten Insulintherapie	175,00 €
90010	Intervention bei Nichterreichen der Therapieziele	100,00 €
90011	Betreuung einer graviden Diabetikerin	120,00 €
90012	Einzelberatung außerhalb der strukturierten Schulung - Kinder bis 16 Jahre	10,00 €
90013	Einzelberatung außerhalb der strukturierten Schulung - Jugendliche über 16 J. u. Erwachsene	10,00 €
90014	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 1 u. 2 bis zur Wundheilung	33,00 €
90015	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2	40,00 €
90016	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 1 bis 3 beim Erstkontakt	58,00 €
90017	Wundbehandlung bei Patienten mit akuter Neuroarthropathie ohne notwendige Wundbeh	38,00 €
90018	Wundbehandlung bei Patienten mit Neuroarthropathie Stadium 1 und 2 ohne notwendige Wundbehandlung	12,50 €
90019	Vollständige Dokumentation gemäß Anlage 14 bei Netzhautuntersuchung	7,50 €
90020	Verbrauchs-/Schulungsmaterial für Diabetes- oder Hypertonieschulung	9,00 €
90030	Nachschulung zu Nummer 90002 (vgl. Anlage 13, Abs. 5 Satz 1 Alternative 1)	38,00 €
90031	Inhalt wie Nummer 90002 (vgl. Anlage 13, Abs. 7 Satz 2)	38,00 €
90032	Nachschulung zu Nummer 90031 (vgl. Anlage 13, Abs. 7 Satz 1)	38,00 €
90033	Nachschulung zu Nummer 90003 (vgl. Anlage 14, Abs. 5 Satz 1, Alternative 2)	38,00 €
90034	Nachschulung zu Nummer 90004 (vgl. Anlage 14, Abs. 5 Satz 1, Alternative 2)	38,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
DMP Diabetes Typ 2 (genehmigungspflichtig)		
90050	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90051	Kooperationspauschale Überweisung eines Diabetikers mit Stoffwechsellage	7,50 €
90052	Quartalsdokumentation	20,00 €
90053	ZI Strukturierte Diabetikerschulung für Typ 2-Diabetiker, ohne Insulin	26,00 €
90054	ZI Strukturierte Diabetikerschulung für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (konventionelle Insulintherapie)	26,00 €
90055	SIT Strukturierte Diabetikerschulung für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (supplementäre Insulintherapie)	38,00 €
90056	Einzelberatung außerhalb der strukturierten Schulung durch Diabetesberater(in)	10,00 €
90058	Verbrauchsmaterial/Schulungsmaterial für Diabetes- oder Hypertonieschulung	9,00 €
90059	Intervention bei Nichterreichen der Therapieziele bei insulinbehandelten Patienten	100,00 €
90060	Erstbehandlung eines Diabetikers ohne Insulintherapie	50,00 €
90061	Einleitung einer konventionellen Insulintherapie	60,00 €
90062	Einleitung einer supplementären Insulintherapie	175,00 €
90063	Betreuung einer graviden Diabetikerin im Rahmen der Vereinbarung	120,00 €
90064	HBSP Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm	26,00 €
90065	DMP Diabetes Typ 2: ZI Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm	26,00 €
90066	IMP Modulare Bluthochdruck-Schulung (Institut für Präventive Medizin)	26,00 €
90067	MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für nicht-insulinpflichtige Typ 2-Diabetiker)	26,00 €
90068	DMP Diabetes mellitus Typ 2: LINDA – Diabetesmanagementschulung, ohne Insulin	26,00 €
90070	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 1 u. 2 bis zur Wundheilung	33,00 €
90071	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2	40,00 €
90072	Wundbehandlung von Patienten mit Wagner Stadium 1 bis 3 beim Erstkontakt	58,00 €
90073	Wundbehandlung bei Patienten mit akuter Neuroarthropathie ohne notwendige Wundbehandlung beim Erstkontakt	38,00 €
90074	Wundbehandlung bei Patienten mit Neuroarthropathie Stadium 1 und 2 ohne notwendige Wundbehandlung	12,50 €
90075	Augenärztliche Betreuung im Rahmen der Vereinbarung	7,50 €
90077	ICT Strukturierte Diabetikerschulung für Typ 2-Diabetiker nach dem Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)	38,00 €
90078	Einleitung einer intensivierten Insulintherapie	175,00 €
90079	Nachschulung zu Nummer 90077	38,00 €
90080	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Diabetes & Verhalten, mit Insulin	26,00 €
90081	DMP Diabetes mellitus Typ 2: LINDA – Diabetesmanagementschulung, mit Insulin	26,00 €
90082	DMP Diabetes mellitus Typ 2: MEDIAS 2 ICT – intensivierete Insulintherapie	26,00 €
90083	DMP Diabetes mellitus Typ 2: MEDIAS 2 BOT+SIT+CT (MEDIAS 2 BSC) – nicht-intensivierete Insulintherapie	26,00 €
90084	DMP Diabetes mellitus Typ 2: DiSko-Schulung, Ergänzungsschulung ohne/mit Insulin	21,00 €
90085	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Bewegung und Sport bei Diabetes, Ergänzungsschulung ohne/mit Insulin	21,00 €
90086	DMP Diabetes mellitus Typ 2: SGS – Strukturiertes Geriatisches Schulungsprogramm	12,50 €
90087	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III, Ergänzungsschulung bei intensivierter Insulintherapie	26,00 €
90088	DMP Diabetes mellitus Typ 2: HyPOS, Ergänzungsschulung bei intensivierter Insulintherapie	26,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
DMP KHK (genehmigungspflichtig)		
90057	Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm nach ZI, HBSP oder IPM	26,00 €
90140	Kardio-Fit	26,00 €
90150	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90151	Folgedokumentation	20,00 €
90152	Motivation-Einschreibung-Erstdokumentation Mehrfachteilnahme an DMP	17,50 €
90153	SPOG -Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	26,00 €
90154	Pauschale Betreuung durch Kardiologen	20,00 €
90155	Nachbetreuung durch Kardiologen	5,00 €
90160	Verbrauchsmaterial/Schulungsmaterial für Hypertonieschulung/ Kardio-Fit	9,00 €
DMP Brustkrebs (genehmigungspflichtig)		
90100	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90101	Gespräch (1x je Krankheitsfall) zeitnah vor stat. Aufnahme oder nach histol. Sicherung der Diagnose	33,00 €
90102	Gespräch (1x je Krankheitsfall) nach der stationären Behandlung	33,00 €
90103	Begleitgespräch (1x je Quartal) ohne Folgedokumentation	18,00 €
90104	Begleitgespräch (1x je Quartal) einschl. Erstellung und Versand der Folgedokumentation	20,00 €
DMP Asthma bronchiale (genehmigungspflichtig)		
90170	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90171	Folgedokumentation	20,00 €
90172	Erstellung eines Strukturierten Therapieplans (Ersteinschreibung)	13,00 €
90173	Erstellung eines Strukturierten Therapieplans (Folgedokumentation)	8,00 €
90174	Erstbetreuungspauschale	10,00 €
90175	AGAS - Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen	21,00 €
90176	Nachschulung Asthma Kinder	21,00 €
90177	NASA - Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker	25,00 €
90178	Nachschulung NASA	25,00 €
90179	Sachkosten pro Asthmaschulung nach Nr. 90175/90177	9,00 €
90180	ASEV - Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung	21,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
DMP COPD (genehmigungspflichtig)		
90181	Motivation/Information/Beratung und Einschreibung (Erstdokumentation)	20,00 €
90182	Folgedokumentation	20,00 €
90183	Erstellung eines Strukturierten Therapieplans (Ersteinschreibung)	13,00 €
90184	Erstellung eines Strukturierten Therapieplans (Folge quartale)	8,00 €
90185	Erstbetreuungspauschale	10,00 €
90186	COBRA - Ambulantes Schulungsprogramm für COPD-Patienten	25,00 €
90187	Nachschulung COBRA	20,00 €
90188	Sachkosten pro COPD-Schulung nach Nr. 90186	9,00 €

Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Hausärzteverband RLP/ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
(Teilnahmeerklärung erforderlich)

90500	Vertrag HZV AOK RPS: Modul CHRONIKER: Einschreibepauschale (E1)	8,00 €
90506	Vertrag HZV AOK RPS: Modul VKA-Pharmakotherapie Pauschale bei Ersteinstellung nach stationärem Aufenthalt (P1)	15,00 €
90507	Vertrag HZV AOK RPS: Modul VKA-Pharmakotherapie Pauschale bei Ersteinstellung (P2)	15,00 €
90508	Vertrag HZV AOK RPS: Modul VKA-Pharmakotherapie Betreuungspauschale (P3)	10,00 €
90511	Vertrag HZV AOK RPS: Modul CHRONIKER: Shared-Decision-Making	22,50 €

Vertrag Hausarztzentrierte Versorgung Hausärzteverband RLP/ BKK Landesverband Mitte
(Teilnahmeerklärung erforderlich)

92190	Einschreibepauschale: Information/ Beratung/ Einschreibung	15,00 €
92191	Steuerungs- und Koordinierungspauschale	9,00 €
92192	Diabetes-Screening: Pauschale für die Erkennung eines neuen Diabetikers	20,00 €
90506	Vertrag HZV BKK LV Mitte: Pharmakotherapie/ Arzneimittelmanagement: Pauschale bei Ersteinstellung (P1)	15,00 €
90507	Vertrag HZV BKK LV Mitte: Pharmakotherapie/ Arzneimittelmanagement: Pauschale bei Ersteinstellung (P2)	15,00 €
90508	Vertrag HZV BKK LV Mitte: Pharmakotherapie/ Arzneimittelmanagement: Betreuungspauschale (P3)	10,00 €
92194	Versorgungs- und Entlassmanagement: Übersendung der Telefax Mitteilung (Anlage E)	15,00 €
90511	Vertrag HZV BKK LV Mitte: Modul CHRONIKER: Shared-Decision-Making	22,50 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz (genehmigungspflichtig)		
91102	Vergütung für die präventive Untersuchung bei den Betriebskrankenkassen RLP versicherter Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (U10)	53,00 €
91120	Vergütung für die präventive Untersuchung, Beratung und Dokumentation für bei den Betriebskrankenkassen RLP versicherter Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (U11)	53,00 €
91121	Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung für bei den Betriebskrankenkasse RLP versicherter Kinder im Alter von 16 bis 17 Jahren (J2)	53,00 €

Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (genehmigungspflichtig)

91102	Vergütung für die präventive Untersuchung bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versicherter Kinder im Alter von 7 bis 8 Jahren (U10)	53,00 €
91120	Vergütung für die präventive Untersuchung, Beratung und Dokumentation für bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versicherter Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren (U11)	53,00 €
91121	Vergütung für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung für bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland versicherter Kinder im Alter von 16 bis 17 Jahren (J2)	53,00 €

Sachkosten bei Katarakt-OP (genehmigungspflichtig)

91330	Sachkosten für Linsenimplantate: faltbare Linsen	177,50 €
91330S	Sachkosten für Linsenimplantate bei Katarakt-OP: faltbare Linsen (IOL-Sonderlinse)	177,50 €
91331	Sachkosten für Linsenimplantate: nicht faltbare Linsen	142,50 €
91332	Sachkosten: Kapselspannung in mediz. begründeten Ausnahmefällen	97,50 €

Vertrag Gesundheit PLUS - Behandlung bei Übergewicht und Adipositas: teilnehmende BKKen
(Teilnahmeerklärung erforderlich)

92005	Einschreibung	10,00 €
92006	Ersterhebung und Therapieplanung	30,00 €
92007	Weiterbetreuung	20,00 €
92008	Angiopathie bei Übergewicht/Adipositas: Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92009	Angiopathie bei Übergewicht/Adipositas: Weiterbetreuung	20,00 €
92010	Chronische Nierenerkrankung bei bei Übergewicht/Adipositas: Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92011	Chronische Nierenerkrankung bei Übergewicht/Adipositas: Diagnosemittel: Mikroalbuminurie-Teststreifen	2,00 €
92012	Chronische Nierenerkrankung bei Übergewicht/Adipositas: Weiterbetreuung	20,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Vertrag Diagnostik/Behandlung von Begleiterkrankungen des DIABETES MELLITUS:		
DAK-Gesundheit/ HEK/ KKH/ Techniker Krankenkasse		
(Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92020	Neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten (Modul 1): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92021	Neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten (Modul 1): Diagnosemittel (z.B. Testpflaster zur Schweißsekretionsbestimmung)	17,00 €
92022	Neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten (Modul 1): Weiterbetreuung	20,00 €
92023	Neurologische Komplikationen: LUTS bei Diabetes mellitus (Modul 2): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92024	Neurologische Komplikationen: LUTS bei Diabetes mellitus (Modul 2): Weiterbetreuung	20,00 €
92025	Vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes mellitus (Modul 3): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92026	Vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes mellitus (Modul 3): Weiterbetreuung	20,00 €
92027	Diabetesleber (Modul 4): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92028	Diabetesleber (Modul 4): Weiterbetreuung	20,00 €
92029	Nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus (Modul 5): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92030	Nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus (Modul 5): Diagnosemittel: Mikroalbuminurieteststreifen	2,00 €
92031	Nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus (Modul 5): Weiterbetreuung	20,00 €

Vertrag Diagnostik/Behandlung von Begleiterkrankungen der HYPERTONIE:

DAK-Gesundheit/ HEK/ KKH/ Techniker Krankenkasse

(Teilnahmeerklärung erforderlich)

92025	Vaskuläre Komplikationen bei Hypertonie (Anlage1): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92026	Vaskuläre Komplikationen bei Hypertonie: (Anlage 1): Weiterbetreuung	20,00 €
92029	Nephrologische Komplikationen bei Hypertonie (Anlage 2): Früherkennung/Versorgung	20,00 €
92030	Nephrologische Komplikationen bei Hypertonie (Anlage 2): Diagnosemittel: Mikroalbuminurieteststreifen	2,00 €
92031	Nephrologische Komplikationen bei Hypertonie (Anlage 2): Weiterbetreuung	20,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Hautkrebsvorsorge Barmer GEK (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) (Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92071	Hautkrebsvorsorge (ggf. einschl. Auflichtmikroskopie)	28,00 €
Hautkrebsvorsorge Techniker Krankenkasse (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
92071	Hautkrebsvorsorge (ggf. einschl. Auflichtmikroskopie)	28,00 €
Hautkrebsvorsorge HEK (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
92071	Hautkrebsvorsorge	28,00 €
Hautkrebsvorsorge Knappschaft (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)		
92071	Hautkrebsvorsorge (ggf. einschl. Auflichtmikroskopie)	28,00 €
Hautkrebsvorsorge BIG direkt gesund (Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92071	Hautkrebsvorsorge (ggf.einschl. Auflichtmikroskopie)	28,00 €
Hautkrebsvorsorge BKK Pfaff (Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92071	Hautkrebsvorsorge	28,00 €
92071Q	Untersuchung auffälliger Pigmentmerkmale mit dem Auflichtmikroskop	12,00 €
Hautkrebsvorsorge Bosch BKK (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) (Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92071	Hautkrebsvorsorge	28,00 €
Hautkrebsvorsorge Betriebskrankenkassen LV-Mitte (nur Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten) (Teilnahmeerklärung erforderlich)		
92071	Hautkrebsvorsorge (ggf.einschl. Auflichtmikroskopie)	28,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
--------	-------------------------------	------

Vereinbarung zum Projekt "Herzverbund Rheinland-Pfalz"
Zukunftsprogramm "Gesundheit und Pflege - 2020"

92450	Gespräch/Bericht/Auswertung/Beratung und Eintragung der Werte ins Webportal des Telemedizinentrums	25,00 €
-------	--	---------

Vertrag "Willkommen Baby" mit der DAK-Gesundheit (Teilnahmeerklärung erforderlich)

92600	Beratung und Bedeutung Risikoscreening (ausführliche Information)	30,00 €
92601	Ausführliche Beratung über Geburtsmethoden und Motivation zur vaginalen Entbindung	25,00 €
92602	Screening nach vaginalen asymptomatischen Infektionen zwischen 15. bis 20. SSW	20,00 €
92603	zusätzliche sonographische Diagnostik zwischen 5. bis 8. SSW	30,00 €
92604	zusätzliche sonographische Diagnostik zwischen 33. bis 37. SSW	30,00 €
92605	Akupunktur zur Geburtsvorbereitung ab der 36. SSW	15,00 €

Diabetes-Kennziffern ohne Wert

97901	Diabetes ohne Insulin Typ II
97902	Diabetes mit Insulin Typ II
97903	Diabetes Typ I
97904	Diabetes Typ II mit intensivierter Insulintherapie / ICT
97905	Typ-II-Diabetiker mit SIT
97906	Gestationsdiabetes

Vertrag BKK-Landesverband Mitte: Depressive Erkrankung (Teilnahmeerklärung erforderlich)

98680	Vertrag Erkennung/Betreuung bei depressiver Erkrankung, BKK LV-Mitte: Identifizierung eines Patienten mit depressivern Störungen entsprechend Anlage 1 und Feststellung des Schweregrades der Erkrankung nach Anlage 2 des Vertrages	50,00 €
98681	Vertrag Erkennung/Betreuung bei depressiver Erkrankung, BKK LV-Mitte: Pauschale für den erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwand bei einem identifizierten Patienten mit depressiven bzw. affektiven Störungen (Versorgungsebene I)	35,00 €
98682	Vertrag Erkennung/Betreuung bei depressiver Erkrankung, BKK LV-Mitte: Zuschlag zur Pauschale 98681 für die Koordination der Behandlung eines Patienten in einem beigetretenen Praxisnetz (Versorgungsebene I)	15,00 €
98683	Vertrag Erkennung/Betreuung bei depressiver Erkrankung, BKK LV-Mitte: Pauschale für den erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwand bei einem Patienten mit depressiven bzw. affektiven Störungen (Versorgungsebene II)	45,00 €
98684	Vertrag Erkennung/Betreuung bei depressiver Erkrankung, BKK LV-Mitte: Zuschlag zur Pauschale 98683 für die Koordination der Behandlung eines Patienten in einem beigetretenen Praxisnetz (Versorgungsebene II)	15,00 €

Nummer	Kurzbeschreibung der Leistung	Wert
Arztanfrage zur Pflegebedürftigkeit durch den MDK		
99003	Arztanfrage zur Pflegebedürftigkeit durch den MDK	15,00 €
Mitteilung einer Schwangerschaft nur AOK		
99004	Mitteilung über das Vorliegen einer Schwangerschaft nur AOK	5,11 €
Sachkostenaufwand stationäre Dialyse nur Primärkassen (genehmigungspflichtig)		
99006	Stationäre Dialyse, Entschädigungssachkostenaufwand bei Primärkassen - Vertragsärzte	50,00 €
99007	Stationäre Dialyse, Entschädigungssachkostenaufwand bei Primärkassen - Kuratorium für Heimdialyse	48,40 €
Sachkostenpauschalen Blutreinigungsverfahren LDL (genehmigungspflichtig)		
99010	Sachkostenpauschale Blutreinigungsverfahren LDL Elimination/ selektiv	1.063,49 €
99011	Sachkostenpauschale Blutreinigungsverfahren LDL Elimination/ nicht selektiv	853,86 €
Gestationsdiabetes (nur Schwerpunktpraxen) (genehmigungspflichtig)		
99020G	Schulung für Patientinnen mit Gestationsdiabetes	38,35 €
99021G	Pauschale für Verbrauchs- und Schulungsmaterial	7,17 €
99022G	Behandlung und Betreuung von Gestationsdiabetikerinnen (Quartalspauschale)	56,24 €
Kennzeichnung der GOP 04354		
99040	Kennzeichnung der GOP 04354 EBM, da GOP 01712 - 01720 und 01723 nach dem Vertrag zwischen der BVKJ-Service GmbH und der Barmer GEK abgerechnet wurde	
Kennzeichnung von Besuchen bei Heimbetreuung		
99100	Kennzeichnung Heimbetreuung	
Förderung ambulantes Operieren		
99150	Investitionskostenpauschale I für ambulante Eingriffe nach Abschnitt 31.2 EBM	5,80 €
99151	Investitionskostenpauschale II für ambulante Eingriffe nach Abschnitt 31.2 EBM	35,00 €
	<i>Hinweis: Die Angaben zur Bewertung sind nicht endgültig. Der tatsächliche Wert ist nur quartalsbezogen, abhängig vom Gesamtabrechnungsvolumen der Förderung, zu ermitteln</i>	
Kennzeichnung Fälle von Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen		
99200	Kennzeichnung Fälle von Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	

Abrechnungsfähige GOP des EBM für die Ausstellung von vereinbarten Vordrucken *

Stand: 1. April 2019

Muster	Bezeichnung	GOP	In VP ** enthalten
11	Bericht für den Medizinischen Dienst	01621	Nein
12	Verordnung häuslicher Krankenpflege	01420	Ja
12	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	01422	Ja
12	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	01424	Ja
20	Wiedereingliederungsplan	01622	Nein
22	Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	01612	Ja
25	Kurvorschlag des Arztes	01623	Nein
26	Erstverordnung Soziotherapie	30810	Nein
26	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	Nein
28	Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie im Umfang von maximal 5 Therapieeinheiten	30800	Nein
50	Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse	01620	Nein
51	Anfrage zur Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers	01622	Nein
52	Anfrage Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	01622	Nein
53	Anfrage Arbeitsunfähigkeitszeiten	01621	Nein
55	Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung des Erreichens der Belastungsgrenze	01610	Ja
56	Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining	01621	Nein
61	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Teil B-D)	01611	Nein
63	Erstverordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	01425	Nein
63	Folgeverordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	01426	Nein
64	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	01624	Nein
65	Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer med. Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter	01622	Nein

* gemäß Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte

** VP = Versichertenpauschale (hausärztlicher Versorgungsbereich)

Ist eine Gebührenordnungsposition berechnungsfähig, wird dies grundsätzlich auf dem Vordruck vermerkt.

Abrechnungsnummern der KV Rheinland-Pfalz für Leistungen der Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)

Vergütungen entsprechend den mit den Kassen geschlossenen Impfverträgen
 (Gültigkeit der Vergütung: 1.1.2021 bis 31.12.2021)

	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischung	AOK	BKK	EK	IKK	SVLFG	Knapp- schaft	ICD-Code
1-fach Impfungen*										
Cholera - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89130V	89130W	89130X**	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.0
Diphtherie (Standard) - bis 17 Jahre	89100A	89100B	89100R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.6
Diphtherie - Indikationsimpfung	89101A	89101B	89101R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.6
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) - Indikationsimpfung	89102A	89102B	89102R	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z24.1
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89102V	89102W	89102X	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z24.1
Gelbfieber – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89131Y			9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.3
Haemophilus Influenzae Typ b (Standard), Säuglinge und Kleinkinder	89103A	89103B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.8
Haemophilus Influenzae Typ b, Indikationsimpfung	89104A	89104B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.8
Hepatitis A - Indikationsimpfung	89105A	89105B	89105R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Hepatitis A – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89105V	89105W	89105X	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Hepatitis B (Standardimpfung) bis 17 Jahre	89106A	89106B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Hepatitis B - Indikationsimpfung	89107A	89107B	89107R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Hepatitis B – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89107V	89107W	89107X	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Hepatitis B - Dialysepatienten	89108A	89108B	89108R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.6
Herpes zoster (Standardimpfung) – Personen ≥ 60 Jahre	89128A	89128B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z25.8
Herpes zoster – Indikationsimpfung bei Personen ≥ 50 Jahre	89129A	89129B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z25.8

	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischung	AOK	BKK	EK	IKK	SVLFG	Knapp- schaft	ICD-Kode
Humane Papillomaviren (HPV)	89110A	89110B		9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	10,22 €	Z25.8
Influenza (Standardimpfung) – Personen ab dem Alter von 60 Jahren	89111			9,14 €	9,32 €	8,87 €	9,55 €	9,32 €	9,14 €	Z25.1
Influenza - Indikationsimpfung	89112			9,14 €	9,32 €	8,87 €	9,55 €	9,32 €	9,14 €	Z25.1
Influenza – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89112Y			9,14 €	9,32 €	8,87 €	9,55 €	9,32 €	9,14 €	Z25.1
Japanische Enzephalitis (berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL)	89134V	89134W	89134X**	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.1
Masern (Standardimpfung)* – Kinder ab dem Alter von 11 Monaten	89113A	89113B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.4
Masern (Standardimpfung) - Erwachsene	89113			9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.4
Masern – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL*	89113V	89113W		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.4
Meningokokken-Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder	89114			9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.8
Meningokokken - Indikationsimpfung	89115A	89115B	89115R**	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.8
Meningokokken – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89115V	89115W	89115X**	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.8
Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung), Kinder bis 24 Monate	89118A	89118B		9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z23.8
Pneumokokken (Standardimpfung), Personen älter als 60 Jahre	89119		89119R**	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z23.8
Pneumokokken – Indikationsimpfung	89120****		89120R	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z23.8
Pneumokokken – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89120V		89120X	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z23.8
Poliomyelitis (Standardimpfung), bis 17 Jahre	89121A	89121B	89121R	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.0
Poliomyelitis - Indikationsimpfung	89122A	89122B	89122R**	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.0
Poliomyelitis – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89122V	89122W	89122X	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.0

	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischung	AOK	BKK	EK	IKK	SVLFG	Knapp- schaft	ICD-Kode
Rotavirus	89127A	89127B		9,14 €	9,32 €	8,87 €	9,55 €	9,32 €	9,32 €	Z25.8
Tetanus	89124A	89124B	89124R	9,14 €	9,99 €	8,87 €	10,22 €	9,99 €	9,14 €	Z23.5
Tollwut - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89132V	89132W	89132X	9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z24.2
Typhus Inj. - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89133Y			9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.1
Typhus oral (berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL)	89133V	89133W		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z23.1
Varizellen (Standardimpfung), bis 17 Jahre	89125A	89125B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z25.8
Varizellen - Indikationsimpfung	89126A	89126B		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z25.8
Varizellen - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89126V	89126W		9,14 €	8,66 €	8,87 €	8,87 €	8,66 €	9,14 €	Z25.8
2-fach Impfungen										
Diphtherie, Tetanus (Td)	89201A	89201B	89201R	11,19 €	10,66 €	10,93 €	10,93 €	10,66 €	11,19 €	Z27.8
Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	89202A	89202B	89202R	11,19 €	10,66 €	10,93 €	10,93 €	10,66 €	11,19 €	Z24.6
Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) – berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89202V	89202W	89202X	11,19 €	10,66 €	10,93 €	10,93 €	10,66 €	11,19 €	Z24.6
3-fach Impfungen										
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	89300A	89300B		13,25 €	13,97 €	14,32 €	14,32 €	13,97 €	13,25 €	Z27.1
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	89301A	89301B		13,25 €	16,64 €	14,32 €	17,04 €	16,64 €	13,25 €	Z27.4
Masern, Mumps, Röteln (MMR) - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89301V	89301W		13,25 €	16,64 €	14,32 €	17,04 €	16,64 €	13,25 €	Z27.4
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	89302		89302R**	13,25 €	13,97 €	14,32 €	14,32 €	13,97 €	13,25 €	Z27.8
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	89303		89303R***	13,25 €	13,97 €	14,32 €	14,32 €	13,97 €	13,25 €	Z27.1

	Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischung	AOK	BKK	EK	IKK	SVLFG	Knapp- schaft	ICD-Code
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) - berufliche bzw. Reiseindikation für Pertussis-Impfung nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89303Y			13,25 €	13,97 €	14,32 €	14,32 €	13,97 €	13,25 €	Z27.1
4-fach Impfungen										
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	89400		89400R***	15,28 €	14,67 €	15,01 €	15,01 €	14,67 €	15,28 €	Z27.3
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	89401A	89401B		15,28 €	14,67 €	15,01 €	15,01 €	14,67 €	15,28 €	Z27.8
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV) - berufliche bzw. Reiseindikation für Pertussis-Impfung nach § 11 Absatz 3 SI-RL	89401V	89401W		15,28 €	14,67 €	15,01 €	15,01 €	14,67 €	15,28 €	Z27.8
5-fach Impfungen										
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)	89500A	89500B		17,33 €	16,64 €	17,04 €	17,04 €	16,64 €	17,33 €	Z27.8
6-fach Impfungen										
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)	89600A	89600B		19,37	19,99 €	20,46 €	20,46 €	19,99 €	19,37 €	Z27.8

Für die Vergütung und Abrechnung der Impfungen sind die mit den jeweiligen Kassenverbänden geschlossenen Impfvereinbarungen maßgeblich.

Für eine "Impfberatung ohne Durchführung der Impfung" gilt der ICD-Code Z28.

* Bei der Dokumentation der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung = 89111. Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung = 89112). Bei der erstmaligen Influenza-Impfung von Kindern ist entsprechend Fachinformation je nach Alter ggf. die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren.

** keine routinemäßige Auffrischung

*** Anmerkung zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) beachten.

Bei der Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind ausschließlich die Nummern der entsprechenden Kombinationen zu verwenden.

**** Im Rahmen der sequentiellen Impfung ist die Nummer 89120 sowohl bei der Impfung mit PCV13 als auch PPSV23 zu verwenden.

Bei Erwachsenen

GOP	Leistung	Alter ab	Intervalle
01731	Krebsvorsorge Mann	45	■ Einmal im Kalenderjahr
01732	Gesundheitsuntersuchung	18-35	■ Einmalig im Erlebensfall
		35	■ Jedes dritte Kalenderjahr
		50-54	■ Einmal im Kalenderjahr
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	ab 55	■ Jedes zweite Kalenderjahr, wenn keine Früherkennungskoloskopie erfolgte (siehe GOP 01741)
01738	Untersuchung auf Blut im Stuhl	siehe GOP 01737	■ siehe GOP 01737
01740	Beratung zur Früherkennungskoloskopie	50	■ einmalig im Erlebensfall des Patienten
01741	Früherkennungskoloskopie	Männer 50	■ insgesamt zwei Früherkennungskoloskopien im Erlebensfall
		Frauen 55	■ zweite Früherkennungskoloskopie frühestens 10 Jahre nach der ersten Früherkennungsuntersuchung
01745	Früherkennung auf Hautkrebs	35	■ Jedes zweite Kalenderjahr
01746	Früherkennung auf Hautkrebs als Zuschlag zur GOP 01732	35	■ Jedes zweite Kalenderjahr
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	Männer 65	■ Einmalig im Erlebensfall des Patienten
01748	Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	Männer 65	■ Einmalig im Erlebensfall des Patienten
01760	Krebsfrüherkennung Frau gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	20	■ Einmal jährlich (=jedes Kalenderjahr)
		35	■ In den Jahren in denen keine Krebsvorsorge nach GOP 01761 EBM erfolgt
01761	Krebsvorsorge Frau gemäß Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme	20-34	■ Einmal jährlich (=jedes Kalenderjahr), sofern im Krankheitsfall die GOP 01760 nicht erbracht wurde
		35	■ Jedes dritte Jahr (jedes Kalenderjahr), sofern im Krankheitsfall die GOP 01760 nicht erbracht wurde

Bei Kindern

GOP	Leistung	Alter ab	Toleranzgrenzen
01711	U1	Unmittelbar nach der Geburt	
01712	U2	3. - 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag
01713	U3	4. - 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
01722	Sonographie der Säuglingshüfte	4. - 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche
01714	U4	3. - 4. Lebensmonat	2. - 4 ½ Lebensmonat
01715	U5	6. - 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat
01716	U6	10. - 12. Lebensmonat	9. – 14. Lebensmonat
01717	U7	21. - 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat
01723	U7a	34. - 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat
01718	U8	46. - 48. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat
01719	U9	60. - 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat
01720	J1 (Jugendgesundheits- untersuchung)	Vollendung 13. Lebensjahr bis vollendetes 14. Lebensjahr, das heißt solange der Patient 13 Jahre alt ist.	12 Monate vor Vollendung des 13. Lebensjahres und nach Vollendung des 14. Lebensjahres, das heißt solange der Patient 14 Jahre alt ist.

Merkblatt „Sonstige Kostenträger“

"Sonstige Kostenträger" ist ein Sammelbegriff für Kostenträger, die weder Primärkassen noch Ersatzkassen sind. Nachfolgend finden Sie die wichtigsten Hinweise für die Behandlung und Abrechnung von Leistungen für Patienten, die bei "Sonstigen Kostenträgern" versichert sind.

Kostenträger	VKNR	Regelungen
Postbeamte	61850	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Behandlung der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse, die der Mitgliedergruppe A angehören ▪ Abrechnung mit Versichertenkarte
Bundeswehr	79868 79869	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr und Untersuchung zur Feststellung der Wehrdienstfähigkeit ▪ Die Angabe der Personenkennziffer (PK) in dem Feld "SKT-Zusatzangabe" ist unbedingt erforderlich. ▪ Die Behandlungsscheine verbleiben ein Jahr zur Aufbewahrung in der Praxis. ▪ Im Feld "Überweisung von anderen Ärzten" ist der Begriff "Bundeswehr" einzutragen. Die Felder "Überweiser-BSNR" und "Überweiser-LANR" bleiben frei. ▪ Die Personenkennziffer (PK) ist in dem Feld "SKT-Zusatzangabe" einzutragen. Das Feld "Versicherten-Nr." bleibt frei. ▪ Arznei- und Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel dürfen grundsätzlich nur von Ärzten der Bundeswehr verordnet werden.
Bundespolizei	27860	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Versorgung der Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei ▪ Abrechnung mit Versichertenkarten oder Überweisungsscheinen der Bundespolizei ▪ Die Behandlungsscheine verbleiben ein Jahr zur Aufbewahrung in der Praxis.
Sozialversicherungsabkommen (SVA)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Abrechnung erfolgt mit Versichertenkarte (Grenzgänger), SVA-Behandlungsscheinen (mit Diagonalbalken und Stempel der Krankenkasse), Überweisungsscheine sowie Notfall- und Vertreterscheine. Die Behandlungsscheine verbleiben ein Jahr zur Aufbewahrung in der Praxis. ▪ Bitte beachten Sie die entsprechenden Hinweise zur Abrechnung auf den jeweiligen SVA-Behandlungsscheinen. ▪ Bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) muss diese zweifach kopiert und mit Datum, Unterschrift und Stempel versehen werden.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das im Praxisverwaltungssystem zur Verfügung stehende Formular "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung" wird dem Patienten in der gewünschten Sprachfassung ausgehändigt. Diese füllt der Patient aus und unterschreibt sie. ▪ Die Kopie der EHC sowie das Original der Patientenerklärung werden umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse gesendet. Die Zweitkopien sind für zwei Jahre in der Praxis aufzubewahren. ▪ Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs erfolgt nicht quartalsgebunden, sondern mindestens einmal innerhalb von drei Monaten. ▪ Die Abrechnung erfolgt im Praxisverwaltungssystem unter Angabe der Ziffer 1 im Feld "Versichertenart" sowie der Ziffer 7 im Feld "Besondere Personengruppe". ▪ Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Checkliste „Im Ausland krankenversicherte Personen“. www.kv-rlp.de/588897-1082
Polizeikassen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Abrechnung der Leistungen erfolgt mit Versichertenkarte, Originalscheinen, Überweisungsscheinen oder Notfall- und Vertreterscheinen. ▪ Behandlungsscheine die auf den Kostenträger „Zentrale Polizeitechnische Dienste NRW“ mit der Kostenträger-Nummer 24870 ausgestellt sind, verbleiben zur Aufbewahrung in der Praxis. ▪ Heilfürsorgeabrechnungsstelle beim LBV (Polizei Baden-Württemberg – Kostenträger-Nummer 61876): Abrechnung mit Versichertenkarten oder Überweisungsscheinen der Polizei. Die Behandlungsscheine verbleiben zur Aufbewahrung in der Praxis.
Freie Arzt- und Medizinkasse, Frankfurt	40878	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Abrechnung der Leistungen erfolgt mit Versichertenkarte.
Bundesversorgungsgesetz (BVG) / Bundesentschädigungsgesetz (BEG) / Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz (BVFG)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Abrechnung der Leistungen erfolgt je nach Fall mit Versichertenkarten, BVG-/BEG-/BVFG-Behandlungsscheinen, Überweisungsscheinen oder Notfall- und Vertreterscheinen. ▪ Bitte beachten Sie die entsprechenden Hinweise zur Abrechnung auf den jeweiligen Behandlungsscheinen ▪ Die Behandlungsscheine verbleiben ein Jahr zur Aufbewahrung in der Praxis.
Unfallversicherungsträger		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leistungen werden nicht über die KV RLP, sondern unmittelbar über die zuständige Unfallkasse nach der UV-GOÄ abgerechnet.
Bundesbahnbeamte		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztliche Versorgung der Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der Krankenkassenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB). ▪ Die Leistungen werden unmittelbar mit der KVB nach

	der Abrechnungstabelle zum Vertrag KVB/KBV abgerechnet.
Dienstunfall Eisenbahn	<ul style="list-style-type: none">▪ Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Beamten des Bundeseisenbahnvermögens.▪ Die Leistungen werden nach der GOÄ unmittelbar mit dem Kostenträger abgerechnet.
Dienstunfall ehemaliger Postbeamten	<ul style="list-style-type: none">▪ Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Beamten der aus der ehemaligen Deutschen Bundespost hervorgegangenen Unternehmen und Dienststellen.▪ Die Leistungen werden nach der GOÄ unmittelbar mit der Unfallkasse Post und Telekom, Postfach 30 50, Tübingen, abgerechnet.

Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Website:

www.kv-rlp.de/588897

Merkblatt „Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger – Regelungen zur Abrechnung von Behandlungsscheinen“

www.kv-rlp.de/588897-1194

Merkblatt

Asylbewerber und Sozialhilfeempfänger

▪ Regelungen zur Abrechnung von Behandlungsscheinen

Kostenträger	Regelungen
Grundsätzliche Regelungen bei der Abrechnung von Behandlungsscheinen von Kostenträgern inner- und außerhalb von Rheinland-Pfalz.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Original-Behandlungsausweise ▪ Überweisungsscheine ▪ Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Zu beachten sind hiervon abweichende individuelle Angaben der Kostenträger auf den Behandlungsscheinen sowie deren Gültigkeitsdauer!

Ausnahmen

▪ Asylbewerber

VKNR - Kostenträger	Regelungen
47801 - Kreisverwaltung Ahrweiler 47802 - Kreisverwaltung Altenkirchen 47803 - Kreisverwaltung Birkenfeld 47804 - Kreisverwaltung Cochem-Zell 47807 - Kreisverwaltung Mayen-Koblenz 47808 - Stadtverwaltung Koblenz 47810 - Kreisverwaltung Bad Kreuznach 47812 - Kreisverwaltung Westerwaldkreis 47813 - Kreisverwaltung Neuwied 47814 - Jugendamt - Kreisverwaltung Neuwied 47815 - Kreisverwaltung Rhein-Hunsrück 48825 - Jugendamt - Stadtverwaltung Worms 49801 - Stadtverwaltung Frankenthal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur Original-Behandlungsausweise bzw. Überweisungsscheine mit Genehmigungsvermerk oder Überweisungsscheine mit beigefügter Genehmigung per FAX. ▪ Bei Notfallscheinen muss ein Antrag auf Kostenübernahme vorliegen. (Entfällt bei Vorlage eines Original-Behandlungsausweises). ▪ Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Asylbewerber nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes: Bei Überweisungsscheinen ist eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beizufügen.

49802 - Stadtverwaltung Kaiserslautern
49804 - Stadtverwaltung Landau
49806 - Stadtverwaltung Neustadt/Weinstraße
49807 - Stadtverwaltung Pirmasens
49808 - Stadtverwaltung Speyer
49809 - Stadtverwaltung Zweibrücken
49812 - Kreisverwaltung Bad Dürkheim
49814 - Kreisverwaltung Kaiserslautern
49815 - Kreisverwaltung Donnersbergkreis
49816 - Kreisverwaltung Kusel
49817 - Kreisverwaltung Südl. Weinstraße
49818 - Rhein-Pfalz-Kreis
49819 - Kreisverwaltung Südwestpfalz
49823 - Jugendamt - Stadtverwaltung Frankenthal
49825 - Jugendamt - Stadtverwaltung Landau
49826 - Jugendamt - Stadtverwaltung Ludwigshafen
49827 - Jugendamt - Stadtverwaltung Neustadt
49828 - Jugendamt - Stadtverwaltung Pirmasens
49829 - Jugendamt - Stadtverwaltung Speyer
49830 - Jugendamt - Stadtverwaltung Zweibrücken
49833 - Jugendamt - Kreisverwaltung Bad Dürkheim
49834 - Jugendamt - Kreisverwaltung Germersheim
49835 - Jugendamt - Kreisverwaltung Kaiserslautern
49836 - Jugendamt - Kreisverwaltung Donnersbergkreis
49837 - Jugendamt - Kreisverwaltung Kusel
49838 - Jugendamt - Kreisverwaltung Südl. Weinstraße
49839 - Jugendamt - Rhein-Pfalz-Kreis
49840 - Jugendamt - Kreisverwaltung Südwestpfalz
49951 - Kreisverwaltung Germersheim

47806 - Kreisverwaltung Rhein-Lahn

- Abrechnung mit digital erstellten Behandlungsausweisen oder Fax von der Kreisverwaltung Rhein-Lahn bzw. Überweisungsscheine mit Genehmigungsvermerk.
 - Bei Notfallscheinen muss ein Antrag auf Kostenübernahme vorliegen. (Entfällt bei Vorlage eines Behandlungsausweises).
 - Vertretungsscheine können ausgestellt werden.
 - **Asylbewerber nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes:**
 - Bei Überweisungsscheinen ist eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beizufügen.
-

49824 - Jugendamt Stadt Kaiserslautern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrechnung mit einer Kopie des Original-Behandlungsausweises (das Original verbleibt beim Patienten). ▪ Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Überweisungsscheine werden ohne Genehmigungsvermerk und ohne Kopie des Original-Behandlungsausweises akzeptiert.
48804 - Kreisverwaltung Mainz-Bingen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nur Original-Behandlungsausweise bzw. Überweisungsscheine mit Genehmigungsvermerk oder Überweisungsscheine mit beigefügter Genehmigung per FAX. ▪ Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Asylbewerber nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes: ▪ Bei Überweisungsscheinen ist eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beizufügen. ▪ Vertrag zwischen KV RLP und Kreisverwaltung Mainz-Bingen - www.kv-rlp.de/138086
47849 - Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende, Hermeskeil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Original-Behandlungsausweise ▪ Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Bei Überweisungsscheinen soll eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beigefügt werden. ▪ Verträge zwischen KV RLP und Kostenträgern - VKNR 47849/48830, 50801, 50802, 50803, 50807, 50810 - www.kv-rlp.de/138086
48830 - Gewahrsamseinrichtung für Ausreisepflichtige Ingelheim	
49805 - Stadtverwaltung Ludwigshafen	
49952 - Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende, Kusel	
49953 - Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende, Speyer	
50801 - Kreisverwaltung Bernkastel-Wittlich	
50802 - Kreisverwaltung Bitburg-Prüm	
50803 - Kreisverwaltung Daun	
50806 - Stadtverwaltung Trier -Sozialamt-	
50807 - Kreisverwaltung Trier-Saarburg	
50810 - Jugendamt - Kreisverwaltung Trier-Saarburg	
50811 - Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende, Trier	
48802 - Stadtverwaltung Mainz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Original-Behandlungsausweise ▪ Notfall- und Vertretungsscheine können ausgestellt werden. ▪ Bei Überweisungsscheinen ist eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beizufügen. Alternativ sind die Personalien des Hilfeberechtigten, die genaue Bezeichnung des Kostenträgers (mit dem Zusatz „Asylbewerber“) sowie einschränkende Vermerke auf dem Überweisungsschein anzugeben. ▪ Verträge zwischen KV RLP und Kostenträgern - www.kv-rlp.de/138086
48803 - Jugendamt - Stadtverwaltung Mainz	
48805 - Stadtverwaltung Worms	
48806 - Kreisverwaltung Alzey-Worms	
48827 - Jugendamt - Kreisverwaltung Alzey-Worms	

Ausnahmen

▪ Sozialhilfeempfänger

VKNR - Kostenträger

47801 - Kreisverwaltung Ahrweiler
47802 - Kreisverwaltung Altenkirchen
47803 - Kreisverwaltung Birkenfeld
47804 - Kreisverwaltung Cochem-Zell
47807 - Kreisverwaltung Mayen-Koblenz
47808 - Sozialamt Stadt Koblenz
47810 - Kreisverwaltung Bad Kreuznach
47812 - Kreissozialamt Westerwaldkreis
47813 - Kreisverwaltung Neuwied
47815 - Kreisverwaltung Simmern
48804 - Kreisverwaltung Mainz-Bingen

Regelungen

- Original-Behandlungsausweise
- Bei Überweisungsscheinen muss eine Kopie des Original-Behandlungsausweises beigefügt werden.
- Bei Notfallscheinen muss ein Antrag auf Kostenübernahme vorliegen. (Ausnahme: VKNR 48804)
- Vertretungsscheine können ausgestellt werden.

Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Website:

„Sozialhilfe / Asylbewerber“ - www.kv-rlp.de/588897-1194

Aufbewahrungsfristen für ärztliche Aufzeichnungen

Die Aufbewahrungsfrist der ärztlichen Dokumentation ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt. Dazu heißt es in § 630f BGB, dass der Arzt die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren hat, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen gelten. Ebenso schreiben der Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und die Berufsordnung eine zehnjährige Aufbewahrungsfrist nach Abschluss der Behandlung vor.

Bei den nachfolgend aufgeführten Fristen handelt es sich um Mindestaufbewahrungsfristen. Zivilrechtliche Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt verjähren nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch aber erst nach 30 Jahren. Wir empfehlen Ihnen daher, die Dokumentationsunterlagen mindestens so lange aufzuheben, bis eindeutig feststeht, dass aus der ärztlichen Behandlung keine Schadensersatzansprüche mehr erwachsen können.

Ausgewählte Aufbewahrungsfristen im Überblick:

Art der Unterlagen	Aufbewahrungsfrist in Jahren
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Teil 1d)	1
Arztbriefe (eigene und fremde)	10
Ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde zum Beispiel:	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation ambulanten Operierens, ■ Sonographische Untersuchungen, ■ EEG Oszillogramme und EKG-Streifen, ■ Langzeit-EKG (Computerauswertungen/keine Tapes), ■ Lungenfunktionsdiagnostik (Diagramme), ■ Laborbefunde (eventuell auch durch Eintrag in das Praxisverwaltungssystem), ■ Durchschläge für vertretenden Arzt Notfall-/Vertreterschein (Muster 19), ■ Gutachten / Unfallunterlagen 	10
Aufzeichnungen bei Kinder-Früherkennungsuntersuchungen	10
Aufzeichnungen einschließlich EDV-erfasste Daten bei Anwendung von Blutprodukten und von genetisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen	15
aber: Angaben nach § 14 Abs. 2 TFG (u.a. Patientenidentifikationsnummer, Chargenbezeichnung, Pharmazentralnummer, Datum und Uhrzeit der Anwendung)	30

Berufsgenossenschaftliches Verletzungsverfahren (Unterlagen)	20
Betäubungsmittel	
■ BTM-Rezeptdurchschriften	3
■ BTM-Karteikarten	
■ Betäubungsmittelbücher	
D-Arzt-Verfahren (Behandlungsunterlagen einschließlich Röntgenbilder)	15
Disease-Management-Programme (Personenbezogene Daten)	10
Gesundheitsuntersuchung (Teil B des Berichtsvordrucks nach der Untersuchung)	5
Gutachten über Patienten (für Krankenkasse, Versicherungen, Berufsgenossenschaften)	10
Laborqualitätssicherung (Kontrollkarten, Ringversuchszertifikate)	5
Röntgen- / Strahlenbehandlung (Aufzeichnungen, Berechnungen)	30
Röntgen-/Strahlendiagnostik (Aufzeichnungen, Filme nach der letzten Untersuchung, auch mittels radioaktiven und ionisierenden Strahlen). Die 10jährige Aufbewahrungsfrist beginnt erst ab dem 18. Lebensjahr der Patienten, sodass alle Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten von Kindern und Jugendlichen mindestens bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres aufbewahrt werden müssen.)	10
Sicherungskopie der Quartals-Abrechnung	4
Überweisungsscheine	1
Zytologische Befunde / Präparate	10