

special 10:

Zuzahlungen, Eigenanteile, Belastungsgrenzen

1) Die neuen Zuzahlungen: Grundsätze und Belastungsgrenzen

Die alte Regelung, dass Empfänger von SH, Bafög oder Alhi sowie Bewohner, die auf Kosten der SH im Heim untergebracht sind, grundsätzlich von den Zuzahlungen befreit sind, gibt es seit 1.1.04 nicht mehr. Alle Befreiungskarten wurden zu diesem Zeitpunkt ungültig. Nunmehr müssen grundsätzlich alle Personen über 18 Jahre Zuzahlungen leisten, dies für alle Bereiche (Faustregel: 10% bzw. max. 10 €, mind. 5 €). Diese Zuzahlungen müssen daher ab 1.1.04 auch von HE (sowohl von den Mitgliedern als auch von den Versorgten) getätigt werden!

Allerdings gibt es **Belastungsgrenzen (§ 62)**. Diese betragen 2% vom Haushaltsbruttoeinkommen, bei chronisch Kranken 1% vom Haushaltsbruttoeinkommen. Für alle Empfänger nach dem SGB XII (oder nach dem BVG) und für alle, die auf Kosten des Trägers der Sozial- oder Kriegsopferhilfe im Heim untergebracht sind, wurde das Haushaltsbruttoeinkommen auf den RS HV festgesetzt, egal, wieviel Personen im HH leben (aktuell wären dies für Berlin 345 € mtl., x 12 = 4140 €). 2% von 4140 € = 82,80 €, d.h. jede HE muss 82,80 € Zuzahlungen leisten, bevor die Belastungsgrenze erreicht ist. Diese Zuzahlungen lässt man sich am besten in einem von den KK ausgegebenen Zuzahlungsheftchen bestätigen. Wenn die Belastungsgrenze erreicht ist, geht man mit dem Zuzahlungsheftchen und den(m) Einkommensnachweis(en) (z.B. SH-Bezug von ... bis ...) zur KK, die rechnet nach und stellt dann bei Erreichen der Belastungsgrenze eine Befreiungskarte aus, die bis zum Ende des Kalenderjahres gilt.

1a) Chroniker-Regelung – wer gilt als chronisch krank (Belastungsgrenze nur 1% vom Einkommen)?

Die Definition chronisch krank wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt:

Als chronisch krank gilt, wer

- sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (mindestens 1 Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal

und eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem 2. Kapitel SGB XI vor
- es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor
- Es ist eine kontinuierliche med. Versorgung erforderlich, ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung/dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität ... zu erwarten ist (Bescheinigung des behandelnden Arztes)

2) Die neuen Zuzahlungen (ZZ) im einzelnen

Kinder und Jugendliche unter 18 sind von den Zuzahlungen befreit (Ausnahme: KFO-Eigenanteil und Zahnersatz für alle, die bislang nach derzeitigem Recht keine Befreiungsberechtigung hatten sowie Fahrtkosten).

Grundsätzlich werden bei allen Leistungen 10% ZZ erhoben, allerdings nicht mehr als 10 € je Leistung, mindestens aber 5 € (§ 61).

Arzt- oder Zahnarztbesuch, Besuch eines Psychotherapeuten: 10 € je Quartal (sowohl für Arzt als auch für ZA) und Behandlungsfall. Bei Überweisung entfällt die weitere Gebühr für das Quartal. Ausgenommen: Zahnvorsorge- und „normale“ Vorsorgeuntersuchungen sowie Schutzimpfungen, alle Vorsorge für schwangere Frauen.

Arznei- und Verbandmittel: 10 % der Kosten, max. 10 €, mind. 5 €, höchstens die tatsächlichen Kosten des Mittels. Achtung: Fast alle Verbandmittel sind nicht verschreibungspflichtig und müssen daher vollständig selber bezahlt werden.

Stationärer Aufenthalt: 10 € tgl. für max. 28 Tage. Keine Anrechnung der Krhs.-ZZ auf folgende stationäre Kur- oder Reha-Leistungen mehr.

Stationäre Kur und Reha: 10 € tgl. für die Dauer der Kur (ohne Begrenzung). Begrenzung der ZZ auf max. 28 Tage nur bei Anschlussheilbehandlung (AHB).

Mütter-Väter-Kind-Kuren: Auch hier 10 € tgl. für die Dauer der Kur.

Haushaltshilfe: 10 % der Leistungen, höchstens 10 €, mindestens 5 €, es zählt der Gesamtaufwand pro Tag der Leistungsanspruchnahme.

Heilmittel: 10% je einzelner Leistung zzgl. 10 € für die Verordnung.

Hilfsmittel: 10 % für jedes Hilfsmittel, maximal 10 €, mind. 5 €.

Häusliche Krankenpflege: 10 % je einzelner Leistung zzgl. 10 € für die Verordnung. Begrenzung auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme.

Notfallbehandlung / 1. Hilfe-Stelle: Die Praxisgebühr von 10 € muss entrichtet werden, auch wenn in dem betreffenden Quartal bereits 10 € beim Arzt bezahlt wurden. Wird mehrfach die gleiche Notfallambulanz aufgesucht, muss die Praxisgebühr nur einmal entrichtet werden. Werden verschiedene Notfallambulanzen aufgesucht, wird jedesmal die Gebühr fällig. Bei planbaren Notfällen (z.B. Verbandswechsel am Wochenende in der Notfallambulanz) wird die Praxisgebühr nicht fällig, wenn eine Überweisung „zur planbaren Behandlung“ vorgelegt wird. Im ärztlichen Bereitschaftsdienst wird jedesmal die Gebühr fällig, es sei denn, derselbe Arzt besucht „zufällig“ noch einmal den gleichen Patienten.

Krankentransport: Fahrten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung durch die KK übernommen. Voraussetzungen:

Patient leidet an einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss. Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Weitere Voraussetzung:

Es liegt ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnlich gehbehindert), (Bl (blind) oder H (hilflos) vor

oder

eine vergleichbare Einschränkung der Mobilität und eine ambulante Behandlung über einen längeren Zeitraum

oder

die Pflegestufe 2 oder 3 kann nachgewiesen werden.

Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Diese Liste ist nicht abschließend.

Eine Beförderung mit einem Krankentransportwagen ist an folgende Bedingungen geknüpft:

Ansteckende oder entstellende Krankheit, Liegendtransport oder Tragestuhl erforderlich, fachliche Betreuung oder besondere Ausstattung des Krankentransportwagens erforderlich oder zu erwarten.

Keine vorherige Genehmigung ist erforderlich bei Notfallfahrten zu einer ambulanten Behandlung, Fahrten zu einer stationären Behandlung, Fahrten zu vor- oder nachstationären Behandlungen und Fahrten nach einer ambulanten Operation.

Zuzahlung: 10% der Kosten der Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 € je Fahrt (Hin- und Rückfahrt zählen einzeln).

3) Die neuen Leistungen – was ist alles entfallen?

Grundsätzlich abgeschafft wurde das **Entbindungsgeld** (für alle Geburten ab dem 1.1.04) und das **Sterbegeld** (für alle Todesfälle ab dem 1.1.04). Weiterhin gibt es **Sehhilfen** nur noch für Kinder und Jugendliche unter 18 und für schwer sehbeeinträchtigte Versicherte (§ 33 SGB V), **Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen** werden nur in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung durch die KK übernommen (§ 60).

Zahnersatz wurde bis zum 31.12.2004 unverändert so wie 2003 bewilligt, d.h. ohne Zuzahlungen für HE, § 61 blieb hinsichtlich Zahnersatz bis zu diesem Zeitpunkt gültig. Ab 1.1.05 gibt es eine neue Regelung, die der befundbezogenen Festzuschüsse. D.h. der Zahnarzt stellt den Befund, aufgrund des Befundes gibt es von der KK einen festen Zuschuss. Dieser Zuschuss kann dann für div. Zahnersatz-Leistungen eingesetzt werden (von Grund- bis zur „Luxus“-Versorgung), die jeweiligen Differenzbeträge fallen dann entsprechen hoch oder niedrig aus. Im § 55 sind die neuen Bedingungen für die Zuschüsse geregelt: Der Zuschuss erhöht sich bis auf max. 65 % der Gesamtkosten, wenn die Zahnvorsorgeuntersuchungen regelmäßig über einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren wahrgenommen wurden. Für einkommensschwache Personen, Bezieher von Leistungen nach dem SGB II und XII, der Kriegsopferfürsorge oder dem Bafög oder Bewohner von Heimen, bei denen ein Träger der Sozial- oder Kriegsopferhilfe die Kosten trägt, wird 100% des Festzuschusses und somit eine vollständige Übernahme der zahnmedizinisch nötigen Versorgung gewährt.

Sterilisationen, die nicht medizinisch notwendig sind, werden nicht mehr bezahlt.

Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung werden auf 3 Behandlungsversuche reduziert, von denen jeweils nur 50% der Kosten erstattet werden. Altersbegrenzung bei Frauen auf 25 – 40 Jahre, bei Männern bis 50.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nur noch für Kinder unter 12 bzw. Jugendliche unter 18 mit Entwicklungsstörungen und bei besonderen Krankheiten (dazu wurde vom gemeinsamen Bundesausschuss ein Katalog erstellt) bezahlt.

Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensführung (z.B. Viagra) werden nicht mehr bezahlt.

4) Zuzahlung oder Eigenanteil?

Zu unterscheiden sind *Zuzahlungen* von *Eigenanteilen*. Eigenanteile sind immer dann zu leisten (auch von Kindern), wenn ein Hilfsmittel verordnet wird, welches einen Gebrauchsgegenstand beinhaltet oder ersetzt (z.B. orthopädische Schuhe, Dreiräder). Eigenanteile fallen nicht unter die Zuzahlungsmasse und sind daher immer zu leisten.



Für den Gebrauch in Ihrer Praxis bestimmt

Hinweise zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Verbandsmitteln

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

(Stand: Januar 2004)

Arzneimittel

Ausschluss rezeptfreier Arzneimittel

Durch den Ausschluss der rezeptfreien Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erwartet der Gesetzgeber sinkende Verordnungskosten. Bei der Neufestlegung von Ausgabenvolumen und Richtgrößen wird dieser Ausschluss entsprechend zu berücksichtigen sein. Falls durch Substitutionseffekte die erwarteten Einsparungen nicht realisiert werden, sind die resultierenden Überschreitungen Gegenstand der Gesamtverträge, können also honorarwirksam werden und führen zu unnötigen Richtgrößenprüfungen und Regressen.

Vorsicht: Keine Substitution!

Bitte vermeiden Sie in Ihrem eigenen Interesse eine medizinisch nicht notwendige Substitution nicht mehr erstattungsfähiger Arzneimittel durch oft kostenintensivere rezeptpflichtige Arzneimittel.

Rezeptfreie Arzneimittel bitte nur in begründeten Ausnahmefällen!

Entgegen anderslautender Äußerungen von Pharmaindustrie, Apotheken und Krankenkassen dürfen rezeptfreie Arzneimittel bis zur Veröffentlichung der Ausnahmeregelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nur unter strikter Beachtung der Kriterien „Therapiestandard bei schwerwiegender Erkrankung“ *ausnahmsweise* und mit Begründung (in der Patientenakte!) verordnet werden.

Rechtssicherheit bietet erst die noch ausstehende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Regressanträge einzelner Krankenkassen für die Verordnung rezeptfreier Präparate können nicht ausgeschlossen werden, da der Gesetzgeber diese Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV gestrichen hat.

Ansprechpartner

Beratungsapotheker der KV Berlin, Tel. 31003-406

Fortsetzung ►

Verbandsmittel

**Verordnung von
Verbandsmittel**

An der Verordnungsfähigkeit von Verbandsmitteln hat sich durch das GKV-Modernisierungsgesetz nichts geändert.

Ansprechpartner

Beratungsapotheker der KV Berlin, Tel. 31003-406

Heilmittel

**Zuzahlung bei
Heilmittelerbringern
in der Arztpraxis**

Da die Übermittlung der neuen Zuzahlungsbeträge für Heilmittel noch nicht bzw. nicht rechtzeitig erfolgt ist, gelten im ersten Quartal 2004 die alten Zuzahlungsbeträge fort. Über die ab Quartal II/04 geltenden Zuzahlungsbeträge wird die KV rechtzeitig informieren.

Dabei wird noch zu klären sein, ob die Gebühr von 10 Euro für die Verordnung, wie sie bei den selbstständigen Heilmittelerbringern anfällt, auch dann zu zahlen ist, wenn diese Leistungen durch angestellte Leistungserbringer einer Arztpraxis erbracht werden. Die Verhandlungen darüber sind noch nicht abgeschlossen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verneint eine solche Zuzahlungspflicht.

Ansprechpartner

Beratungsärzte der KV Berlin, Tel. 31003-228

Für den Gebrauch in Ihrer Praxis bestimmt

Neuregelungen / Hinweise zur „Praxisgebühr“

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

(Stand: Januar 2004)

Hinweis:

Nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden einige
Vorschriften präzisiert bzw. in Kraft gesetzt.

Diese Vorschriften werden nachstehend behandelt. Gleichzeitig werden
einige Punkte zur „Praxisgebühr“ aufgegriffen, die immer wieder zu
Anfragen geführt haben.

Bitte beachten Sie:

Das Heft „10 Euro für die Krankenkassen - Fragen und Antworten zur
„Praxisgebühr“ bleibt weiterhin gültig.

Ihre
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Inhalt

Neuregelungen zur „Praxisgebühr“

Regelung für psychotherapeutische Behandlung verlängert	3
Keine 10 Euro in „planbaren“ Notfällen / Überweisung jetzt möglich	3
Praxisgebühr im organisierten Notfalldienst - einmal oder mehrmals?	4
Quartalsübergreifende Überweisungen bei Probenuntersuchungen - keine 10 Euro	4
Halbjahresrezepte für „Antibaby“-Pille	4
Praxisgebühr bei DMP-Teilnehmern der AOK Berlin	4

Hinweise zur „Praxisgebühr“

Überweisung vom Psychologischen Psychotherapeuten zum Haus- oder Facharzt	5
Überweisung vom Vertragsarzt zum Psychologischen Psychotherapeuten	5
Überweisung bei Psychologischen Psychotherapeuten	5
Überweisung durch Ärzte, die auf Überweisung tätig werden	5
Nachträgliche Überweisungen	6
Quittung statt Überweisung	6
Wer ist ein Vertreter?	6
Gründe einer Vertretung	6
Praxisgebühr im Vertretungsfall	6
Keine 10 Euro bei Vorsorge und Impfungen	7
Versicherte mit „A6-Scheinen“	7
Patienten mit U- und J-Scheinen	7

Leistungen ohne Patientenkontakt

Beispiel: Kassenanfragen	8
Beispiel: Konsiliarische Erörterung	8
Einheitliche Pseudoziffern	9

Neuregelungen zur „Praxisgebühr“

In dem Gespräch mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 22.1.2004 haben sich die Partner der Bundesmantelverträge im Zusammenhang mit der Einführung der Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V folgende Regelungen vereinbart:

**Regelung für
psychotherapeutische
Behandlung verlängert**

Die bis zum 31.03.2004 als Übergangsregelung praktizierte Vereinbarung, wonach bei gleichzeitiger Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und eines Psychologischen Psychotherapeuten in demselben Quartal nur einmal die Kassengebühr in Höhe von 10 Euro fällig wird, ist bis zum 30.06.2004 verlängert worden.

**Keine 10 Euro in
„planbaren“ Notfällen /
Überweisung ist jetzt
möglich**

In „planbaren“ Notfällen sind Patienten von der Zuzahlung befreit, sofern eine Überweisung zur Notfallbehandlung (durch neue Regelung im Bundesmantelvertrag jetzt möglich) aus demselben Quartal vorliegt. Als „planbar“ gelten Notfälle, in denen ein Patient auf Überweisung des Arztes den Notdienst (z.B. Erste-Hilfe-Stelle) aufsucht bzw. den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) in Anspruch nimmt, beispielsweise um am Wochenende einen Verband wechseln zu lassen.

Für die Praxis heißt das:

■ Haus-/Fachärzte dürfen ab sofort auch Überweisungen zur Behandlung im organisierten Notfalldienst (Erste-Hilfe-Stellen, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, etc.) ausstellen, wenn eine Behandlung „planbar“ ist.

Beispiel: Nach einem ambulanten Eingriff lässt der Patient auf Anordnung seines behandelnden Arztes am Wochenende den Verband in einer Erste-Hilfe-Stelle wechseln. Nach der neuen Regelung kann der Arzt dafür eine Überweisung ausstellen. Der Patient ist dadurch von einer erneuten Zuzahlung befreit.

■ Auch Ärzte, die im Notfalldienst bzw. im ÄBD tätig sind, dürfen Überweisungen zur Behandlung im organisierten Notfalldienst ausstellen, wenn eine Behandlung „planbar“ ist.

Beispiel: Patient mit hohem Fieber ruft am Samstag den ÄBD. Der behandelnde Arzt empfiehlt dem Patienten sich am Sonntag erneut einem Arzt im ÄBD oder in einer Ersten-Hilfe-Stelle vorzustellen. Nach der neuen Regelung kann der Arzt im Notfalldienst eine Überweisung innerhalb des Notfalldienstes ausstellen. Achtung: Bei der Behandlung in einer Ersten-Hilfe-Stelle wäre in diesem Fall eine Überweisung nicht erforderlich, da hier nur einmal die Praxisgebühr anfällt (s. Neu: Praxisgebühr im organisierten Notfalldienst).

Achtung: Überweisungen aus der Notfallversorgung in die „normale“ haus- bzw. fachärztliche Versorgung sind nach wie vor nicht möglich. In diesen Fällen ersetzt die Quittung die Überweisung.

Hinweis zur Abrechnung: Vertragsärzte nutzen zur Überweisung in den organisierten Notfalldienst vorübergehend den Überweisungsschein nach Muster 6. Zur Kennzeichnung

trägt der überweisende Arzt in das Feld Überweisung an „Org. Notfalldienst“ ein. Der Vordruck nach Muster 6 soll entsprechend angepasst werden.

Der auf Überweisung tätig gewordene Notfallarzt rechnet auf dem Notfallschein (Muster 19) oder Sonderabrechnungsschein (ÄBD) ab und fügt im Leistungsfeld die Pseudoziffer 8031 hinzu.

Praxisgebühr im organisierten Notfalldienst – einmal oder mehrmals?

Zur Erhebung der Praxisgebühr im organisierten Notfalldienst hat sich die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf folgende Regelung verständigt:

Bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im organisierten Notfalldienst zahlt der Patient 10 Euro (Ausnahme: Es liegt eine Überweisung zur „planbaren“ Behandlung vor). Für den Besuch einer Erste-Hilfe-Stelle heißt das:

- Sucht der Patient mehrmals im Quartal dieselbe Erste-Hilfe-Stelle (ein Leistungserbringer mit einer Abrechnungsnummer) auf, zahlt er nur einmal die Gebühr.
- Sucht der Patient im Quartal mehrere unterschiedliche Erste-Hilfe-Stellen (mehrere Leistungserbringer mit mehreren Abrechnungsnummern) auf, zahlt er jedes Mal 10 Euro.
- Im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (mehrere Leistungserbringer mit mehreren Abrechnungsnummern) werden bei jedem Besuch 10 Euro fällig, es sei denn, derselbe Arzt besucht denselben Patienten.

Quartalsübergreifende Überweisungen bei Probenuntersuchungen – keine 10 Euro

Bei quartalsübergreifenden Überweisungen zu Probeuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen wird die Zuzahlung nicht fällig. Dies betrifft ausschließlich solche Untersuchungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt erfolgen.

Beispiel: Eine Blutprobe wird kurz vor Ende eines Quartals vom Arzt entnommen, und die Untersuchung an ein Labor überwiesen, aber erst zu Beginn des neuen Quartals im Labor untersucht. In diesem Fall muss der Patient die Gebühr nur einmal bezahlen.

Halbjahresrezepte für „Antibaby“-Pille

Zur Verordnung der „Antibaby“-Pille können Sechsmonats-Rezepte ausgestellt werden, sofern dies medizinisch möglich ist. Dadurch wird die Gebühr ggf. nur jedes zweite Quartal fällig.

Praxisgebühr bei DMP-Teilnehmern der AOK Berlin

Versicherte der AOK Berlin, die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen, sind ab 1. Februar 2004 beim *koordinierenden DMP-Arzt* von der Zahlung der Praxisgebühr befreit. Als Befreiungsausweis erhalten die Patienten von ihrer Krankenkasse eine „Curaplan-Bonuskarte“, die sie in der Praxis vorlegen müssen. Die Abrechnung erfolgt auf einem Originalschein unter Zusatz der Pseudonummer 8032 (Befreiung). Dies sieht eine Vereinbarung vor, die die KV Berlin mit der AOK Berlin zur Umsetzung der AOK-Befreiungsregelung für DMP-Versicherte abgeschlossen hat. Über weitere Details werden DMP-Ärzte in einem gesonderten Schreiben informiert.

Achtung: Diese Bonuskarte *gilt nur beim koordinierenden DMP-Arzt*, bei dem sich der Patient in das Programm einschreibt. Bei allen anderen Ärzten / Psychotherapeuten, die der Versicherte ohne Überweisung zum ersten Mal im Quartal konsultiert, müssen wie üblich 10 Euro einbehalten werden.

Hinweise zur „Praxisgebühr“

Aufgrund häufiger Nachfragen beachten Sie bitte die folgenden Hinweise

Überweisung

**Überweisung vom
Psychologischen Psychotherapeuten zum
Haus- oder Facharzt**

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen grundsätzlich nicht zu einem Arzt überweisen. Deshalb ist im Bundesmantelvertrag die Regelung aufgenommen, dass nach einer Erstinanspruchnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Quittung über die Bezahlung der 10 Euro an die Stelle der Überweisung tritt. Die Quittung ist von dem danach in Anspruch genommenen Arzt/Psychotherapeuten mit dem Vertragsarztstempel zu entwerfen.

Hinweis: Dies gilt nur für Psychologische Psychotherapeuten, nicht für ärztliche Psychotherapeuten.

**Überweisung vom
Vertragsarzt zum Psych.
Psychotherapeuten**

Jeder Haus- und Facharzt kann zum Psychologischen Psychotherapeuten überweisen. Liegt eine Überweisung vor, muss der Patient beim Psychologischen Psychotherapeuten nicht erneut die Kassengebühr bezahlen. Ohne Überweisung werden auch dort 10 Euro fällig.

**Überweisung bei
Psychologischen
Psychotherapeuten**

Psychologische Psychotherapeuten können nach den Bundesmantelverträgen nur zum Konsiliarverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien überweisen. Für den Patienten, der einen anderen Therapeuten konsultieren will/muss, bedeutet das:

- Hat der Patient die Kassengebühr beim Psychologischen Psychotherapeuten bezahlt, kann er mit der ausgestellten Quittung einen anderen Psychologischen Psychotherapeuten aufsuchen.
- Hat der Patient den Psychologischen Psychotherapeuten auf Überweisung aufgesucht, muss er beim Wechsel des Therapeuten entweder noch mal 10 Euro bezahlen oder sich vom überweisenden Arzt erneut überweisen lassen.

**Überweisung durch Ärzte,
die auf Überweisung tätig
werden**

Eine Weiterüberweisung durch Ärzte, die ihrerseits auf Überweisung tätig geworden sind, ist bei der Überweisung zur Weiterbehandlung (nach § 24 Abs. 7 Nr. 4 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 4 EKV) uneingeschränkt erlaubt. In allen anderen Fällen (insbesondere Überweisungen zu Auftragsleistungen und Konsiliaruntersuchungen) sollte der die Überweisung annehmende Arzt die Weiterüberweisung im Regelfall mit dem überweisenden Arzt abstimmen.

Nachträgliche Überweisungen

Nachträglich darf nicht überwiesen werden. Der überweisende Vertragsarzt hat die Notwendigkeit der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Leistungen festzustellen und zu verantworten.

Quittung statt Überweisung

Die Zuzahlung wird nicht fällig, wenn der Patient eine Überweisung aus dem laufenden Quartal vorlegt. Nur in den Fällen, wo der Leistungserbringer keine Überweisung ausstellen darf, ersetzt die Quittung die Überweisung. Dies ist der Fall, wenn der Patient die Gebühr zuvor bereits bei(m)

- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Ärztlichen Bereitschaftsdienst,
- ambulanten Behandlung durch ein Krankenhaus,
- im Vertretungsfall

entrichtet hat.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Arzt/Psychotherapeut die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu entwerfen. Er rechnet auf einem Originalschein ab und setzt im Leistungsfeld die Pseudoziffer 8033 ab. Wird keine Quittung vorgelegt, weil etwa im Krankenhaus keine Barzahlung der Gebühr möglich war und der Patient nur einen Überweisungsträger vorlegen kann, muss die Praxisgebühr leider erneut erhoben werden.

Achtung: In allen anderen Fällen, z.B. wenn eine von einem Arzt oder ärztlichen Psychotherapeuten ausgestellte Quittung vorgelegt wird, ersetzt diese *nicht* die Überweisung und es sind 10 Euro zu erheben.

Vertretung

Wer ist ein Vertreter?

Der Vertreter muss vom zu vertretenden Arzt beauftragt und als Vertreter benannt werden. Der zu vertretende Arzt muss dies mit seinem Vertreter absprechen.

Gründe einer Vertretung

Anzuerkennende Gründe, die den Vertretungsfall auslösen, sind: Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder Wehrübung (s. auch KV-Blatt 10/03). Der Hinweis eines Patienten, dass er den Arzt vertretungsweise aufsuche, weil „sein“ Arzt zum Beispiel am Mittwochnachmittag keine Sprechstunde hat, begründet demnach keinen Vertretungsfall.

Praxisgebühr im Vertretungsfall

Erster Fall: Der Patient legt eine Quittung vor

Belegt der Patient mittels Quittung, dass er im Quartal bei „seinem“ Arzt bereits 10 Euro bezahlt hat, darf der Vertreter die Gebühr nicht noch einmal erheben. Er entwertet die Quittung

mit seinem Vertragsarztstempel und rechnet auf dem Muster 19 (Vertretungsschein) ab. Überweisungen sind möglich.

Zweiter Fall: Der Patient legt keine Quittung vor

Legt der Patient keine Quittung vor, erhebt der Vertreter die Praxisgebühr und legt einen Originalschein an. Sucht nun der Patient nach Wegfall des Vertretungsgrundes den zu vertretenden Arzt auf, ist eine Überweisung nicht erforderlich. Die Quittung gilt als Beleg über die Entrichtung der Praxisgebühr beim Vertreter (abstempeln). Der zu vertretende Arzt legt nun *ebenfalls* einen Originalschein an und dokumentiert mit der Pseudoziffer 8033 die Vorlage der Quittung.

Vorsorgeleistungen

Keine 10 Euro bei Vorsorge und Impfungen

Der Gesetzgeber legt fest, dass bei ausschließlicher Erbringung von Vorsorgeleistungen keine Praxisgebühr fällig wird. Eine Erhebung der Gebühr in diesen Fällen ist *unzulässig*. Deshalb: Weisen Sie Ihre Patienten darauf hin, welche Untersuchungen nach den entsprechenden Richtlinien zur Vorsorge gehören und dass bei zusätzlich gewünschten oder medizinisch erforderlichen Leistungen die Gebühr erhoben werden muss.

Folgende Hinweise sollten Sie bei der Abrechnung beachten

- Die Abrechnung von „reinen“ Vorsorgeuntersuchungen bedeutet, dass neben den Gebührenziffern des Kapitels B IX.1-3 (GO-Nm. 100-164) und den Impffziffern 8901-8909 lediglich die Nr. 2 (die bei jedem präventiven Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig ist) und gegebenenfalls die Nr. 6 auf dem Schein stehen darf.
- Einzige Ausnahme: die lt. Richtlinien bei der präventiven Koloskopie zusätzlich abrechnungsfähigen Ziffern des kleinen Blutbildes sowie die nach kurativen Ziffern im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ggf. berechnungsfähigen Laborparameter.
- **Achtung:** Die Ordinationsgebühr Nr. 1 ist nur bei kurativer Inanspruchnahme berechnungsfähig (Diagnose!) und erzeugt bei primärer Inanspruchnahme einen Zuzahlungsfall. Wir weisen ebenfalls darauf hin, dass die Impfberatung mit der Nr. 8901ff abgegolten ist.

„Sonstige Kostenträger“

Versicherte mit „A6-Schein“

Versicherte nach dem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen („A6-Scheine“) gehören entgegen bisheriger Informationen nicht zu den „Sonstigen Kostenträgern“. Diese Versicherten müssen daher ebenfalls die Praxisgebühr zahlen. Sollten Sie bereits Patienten dieser Gruppe ohne Praxisgebühr behandelt und keine Möglichkeit haben, die zehn Euro noch für das laufende Quartal zu erheben, tragen Sie auf dem Originalschein die Pseudoziffer 8044 ein. Die KV Berlin wird sich dann um den Einzug der Praxisgebühr kümmern.

Patienten mit U- und J-Scheinen

Nach Einführung der Krankenversicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger zum 1.1.2004 gibt es weiterhin eine geringe Anzahl von Patienten, die zur Behandlung beim Arzt einen U- bzw. ^{sorgung}J-Schein vorlegen.

J- Schein vorlegen. Zu dieser Gruppe gehören auch Berechtigte nach dem Gesetz über die Anerkennung und Versorgung der politisch, rassistisch oder religiös Verfolgten des Nationalsozialismus (PrVG).

Bitte beachten Sie: Dieser Personenkreis ist auch weiterhin von Zuzahlungen, so auch der Praxisgebühr, befreit. Sollten Sie bei einem dieser Patienten bereits 10 Euro erhoben haben, bitten wir Sie, die Gebühr dem Betroffenen unter Vorlage der Quittung sowie eines Nachweises über die Anspruchsberechtigung nach dem PrVG zu erstatten.

Leistungen ohne Patientenkontakt

Das Gesetz sieht vor, dass gesetzlich Krankenversicherte bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes/Psychotherapeuten im Quartal, die ohne Überweisung erfolgt, eine Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro zahlen müssen. Neben den bekannten Ausnahmen (z.B. unter 18 Jahre, Vorsorgeuntersuchungen) wird die Gebühr ebenfalls nicht fällig, wenn Leistungen ohne Patientenkontakt erbracht werden.

Beispiel: Kassenanfragen

■ Werden in einem Quartal ausschließlich Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte oder Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes erstellt, wird keine Praxisgebühr fällig (EBM-Ziffern 71-79). Zusätzlich können Pauschalerstattungen z.B. für den Versand von Briefen abgerechnet werden, ohne den Abzug einer Praxisgebühr vom Honorar auszulösen.

Beispiel: Konsiliarische Erörterung

■ Auch bei einer konsiliarischen Erörterung darf die Praxisgebühr nicht erhoben werden, wenn die EBM-Ziffer 42 allein auf dem Originalschein eingetragen ist.
Hinweis: Die Abrechnung erfolgt mittels Originalschein (im Ersatzverfahren). Eine extra Pseudoziffer ist nicht erforderlich.

Abrechnung

Das Gesetz sieht vor, dass die vom Arzt/Psychotherapeuten einzubehaltenden Beträge vom Honorar abgezogen werden. Die KV nimmt dazu folgende Prüfungen vor:

Erstens: Ist die Abrechnung auf einem Überweisungs- oder Vertretungsschein erfolgt, werden dem Leistungserbringer keine 10 Euro abgezogen.

Zweitens: Ist die Abrechnung auf einem Originalschein erfolgt, prüft die KV anhand der Abrechnungsunterlagen, ob

- der Patient jünger an allen Behandlungstagen als 18 Jahre alt ist,
- ausschließlich Vorsorgeleistungen abgerechnet werden,
- allein die EBM-Ziffern 42 oder 71-79 abgerechnet werden oder
- im Leistungsfeld eine der Pseudoziffern eingetragen ist.

Trifft mindestens *einer* der Punkte zu, werden dem Arzt/Psychotherapeuten keine 10 Euro vom Honorar abgezogen. Findet sich auf dem Originalschein *keiner* der Punkte, heißt das, die Zuzahlung wurde erhoben – die 10 Euro werden vom Honorar abgezogen.

Einheitliche Pseudo- ziffern

Im Bereich der KV Berlin dürfen *nur* die von der KBV vorgegebenen Pseudonummern verwendet werden (8031, 8032, 8033, 8040, 8044, 8045 und 8046).

Achtung: Wurden 10 Euro erhoben, braucht der Arzt/Psychotherapeut dafür keine Pseudoziffer zuzusetzen. Dasselbe gilt auch für Überweisungsfälle.

Ausnahme: Psychologische Psychotherapeuten müssen auch den Überweisungsfall auf einem Originalschein abrechnen und machen dies mit der Pseudoziffer 8031 kenntlich.

Wer muss was zahlen?

Kostenträger und Personengruppen	Praxis- gebühr	Rezept- gebühr	Anspruch auf nicht- rezeptpfl. Arzneimittel*
GKV-Versicherte (Primär- und Ersatzkassen)	ja	ja	nein
GKV-versicherte Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen bis z. vollendeten 18. Lebensjahr	nein	nein	ja
GKV-versicherte Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 12. und vollendeten 18. Lebensjahr ohne Entwicklungsstörungen	nein	nein	nein
Sozialhilfeempfänger mit Chipkarte	ja	ja	nein
Sozialhilfeempfänger ohne Chipkarte (AOK U/J)	nein	nein	nein
Asylbewerber (Aufenthalt länger als 36 Monate) (erhalten wie Sozialhilfeempfänger Chipkarte)	ja	ja	nein
Asylbewerber (Aufenthalt weniger als 36 Monate) (grüner Behandlungsschein)	nein	nein	ja
Betreute nach dem Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz (BVG, BEG)			
- Behandlung von Schädigungsfolgen	nein	nein	ja
- ohne Schädigungsfolgen	nein	nein	nein
Bundesgrenzschutz	nein	ja	nein
Postbeamtenkrankenkasse (A)	nein	ja	nein
Berufsgenossenschaft	nein	nein	ja
Bundeswehr	nein	nein	ja
Zivildienst	nein	nein	ja
Freie Heilfürsorge der Polizei			
- Berlin (Privatrezept!)	nein	Privat- rezept	ja
- Brandenburg	nein	nein	nein

* über den Ausnahmekatalog hinaus.
Angaben ohne Gewähr - nach Auskunft der jeweiligen Leistungsträger

Für den Gebrauch in Ihrer Praxis bestimmt

Hinweise zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

(Stand: Januar 2004)

Kriterien für schwerwiegende chronische Erkrankungen

Die so genannte Chronikerregelung sieht vor, dass als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (nachgewiesen durch einen Arztbesuch wegen derselben Krankheit pro Quartal)

und außerdem eines der folgenden Kriterien erfüllt:

A Aufgrund der Krankheit liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III nach dem 2. Kapitel SGB XI vor (Richtlinie § 2, Abs. 2, Buchstabe a).

B Aufgrund der Krankheit besteht ein Grad der Behinderung (GdB) von mind. 60 Prozent nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mind. 60 Prozent nach § 65 Abs. 2 SGB VII (Richtlinie § 2, Abs. 2, Buchstabe b).

C Die Krankheit muss kontinuierlich medizinisch versorgt werden (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln). Nach ärztlicher Einschätzung ist ohne diese Therapie eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der verursachten Gesundheitsstörung zu erwarten (Richtlinie § 2, Abs. 2, Buchstabe c).

Ärzte bescheinigen -
Krankenkasse
entscheidet

Ein neues Formular ist in Vorbereitung. Bis dahin verwenden Sie bitte das „alte“ Muster 55 „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung des Erreichens der Belastungsgrenze“. Versicherte mit Pflegestufe II oder III, behinderte und Personen mit Minderung der Erwerbsfähigkeit (Punkte A und B, s.o.) weisen dies gegenüber ihrer Krankenkasse durch die entsprechenden Ausweise nach. Ist lediglich Kriterium C erfüllt, ergänzen Sie Muster 55 mit dem Satz:

Fortsetzung ►

ojahres-Einkommens im Jahr f\374r Zuzahlungen aufbrin\

gen. Die)

[6.31825 3.3042

„Ohne kontinuierliche Behandlung droht eine Verschlechterung gemäß § 2, Abs. 2, Buchstabe c Chronikerrichtlinie“.

In Ihrem eigenen Interesse weisen wir darauf hin, dass das Kriterium C eng auszulegen ist.

Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leiden, wird laut Richtlinie durch die Krankenkasse getroffen.

Geringere Zuzahlung für chronisch Kranke

Patienten, die als schwerwiegend chronisch krank eingestuft werden, müssen statt zwei nur ein Prozent ihres Bruttojahres-Einkommens im Jahr für Zuzahlungen aufbringen. Die Zuzahlungsbefreiung gilt immer nur für den Rest des Jahres.

Die Richtlinie zur Definition „schwerwiegender chronischer Krankheiten“ wurde am 22. Januar 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen.

Den Wortlaut der Richtlinie finden Sie in Kürze im Internet unter www.kvberlin.de

Ansprechpartner

Beratungsärzte der KV Berlin, Tel. 31003-228.

Arztliche Bescheinigung zur Feststellung der Erreichung der Belastungsgrenze

Von dem Namen des Versicherten

Name und Vorname:

geb. am:

in der Wohnung:

Bereits im Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet hat

Versicherungsgattung:

A. Ob/Oben genannter Versicherte ist/ist nicht wegen der/dieser Krankheit in Dauerbehandlung

Hinweis:
Die „Dauerbehandlung“ liegt vor, wenn im Behandlungsprotokoll ein langfristiger Behandlungsplan mit dem Ziel der Erreichung der Belastungsgrenze festzulegen ist.

B. Dauerdiagnose(n):

C. Fortschritt der Dauerbehandlung

nicht absehbar

voraussichtlich

Für das Ausstellen dieser Bescheinigung ist die Nr. 71 BfMG GG demnach zugelassen

Nebenstehend ist das Muster 55 abgebildet. Das Originalformular gibt es von der Krankenkasse. Es wird in aller Regel dort vom Versicherten selbst abgeholt und dem Arzt vorgelegt.

Für den Gebrauch in Ihrer Praxis bestimmt

Hinweise zur geänderten Krankentransport- richtlinie

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

(Stand: Januar 2004)

**Wer darf mit Taxi oder
Mietwagen zur
ambulanten Behandlung
fahren?**

Neuer Inhalt der Krankentransportrichtlinien ist, dass Fahrten zur ambulanten Behandlung für diejenigen Versicherten vorab verordnet und vorab durch die Krankenkassen genehmigt werden können, die eine Beförderung durch einen Krankentransportwagen, Mietwagen (auch Wagen mit behindertengerechter Ausstattung ohne medizinisch fachliche Betreuung, z.B. Telebus) oder ein Taxi benötigen.

Eine Beförderung mit dem Mietwagen oder Taxi ist nur möglich bei Versicherten mit

- einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos). (Richtlinie § 8, Absatz 3)
- einer der unter dem ersten Spiegelstrich genannten Kriterien vergleichbaren Einschränkung der Mobilität *und* einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum. (Richtlinie § 8, Absatz 3)
- Pflegestufe II bzw. III. (Richtlinie § 8, Absatz 3)
- einer Grunderkrankung, die eine bestimmte Therapie erfordert, die häufig und über einen längeren Zeitraum erfolgen muss *und* diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Dies sind in der Regel Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Die Krankenkassen genehmigen

Fortsetzung ►

auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten in vergleichbaren Fällen auch ohne amtlichen Nachweis. (Richtlinie § 8, Absatz 2)

Wer darf mit dem Krankentransport zur ambulanten Behandlung fahren?

Eine Beförderung mit einem Krankentransportwagen ist an folgende Bedingungen geknüpft:

- ansteckende oder entstellende Krankheit,
- Liegendtransport oder Tragestuhl erforderlich,
- fachliche Betreuung oder besondere Ausstattung des Krankentransportwagens erforderlich oder zu erwarten

Vorherige Genehmigung durch die Kasse

Krankentransporte (Krankentransportfahrzeug) und Krankenfahrten (Taxi, Mietwagen) zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Ausnahmen:

Notfallfahrten zu einer ambulanten Behandlung. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält. In Notfällen darf der Transport sogar nachträglich verordnet werden. (Richtlinie § 2, Absatz 2)

Auf welchem Formular wird verordnet?

Bis der neue Vordruck zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft vereinbart und gültig ist (vermutlich erst ab April 2004 – wir werden Sie informieren) soll weiter das „alte“ Muster 4 verwendet werden. Bitte ergänzen Sie das Muster durch folgende Angaben auf einem Beiblatt:

„Der Transport soll wegen *Krankheit + ICD 10* erfolgen“ oder „Der Transport erfolgte wegen eines Notfalls gemäß § 2 (2) der Krankentransportrichtlinie wegen *Krankheit + ICD 10* und „Die Kostenübernahme des Transportes wird ärztlich befürwortet“.

Wichtig ist außerdem:

- Zur nachträglichen Verordnung sind Sie nicht verpflichtet. Insbesondere dann, wenn Sie den „Notfall“ nicht nachvollziehen können. Hier sind Transportunternehmen und Krankenkassen gefordert, praktikable Lösungen auszuhandeln.
- Fahrten lediglich zur Abstimmung von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten u.dgl. sind *keine* Krankenkassenteistung. Für jede Fahrt muss eine zwingende medizinische Notwendigkeit bestehen (Richtlinie § 8, Absatz 4).
- Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V werden wie Fahrten zu einer stationären Behandlung gewertet und bedürfen insofern auch keiner Genehmigung.

Zuzahlung bei Krankentransporten

Die Höhe der Zuzahlung für Patienten beträgt 10 Prozent der Kosten je Fahrt, mindestens fünf Euro, maximal 10 Euro je Fahrt (allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt).

Wortlaut

Die Änderung der Krankentransportrichtlinie wurde am 22. Januar 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Den Wortlaut der Richtlinie finden Sie in Kürze auch unter www.kvberlin.de

Ansprechpartner

Beratungsärzte Tel. 31003-228