

VORSTANDSINFORMATIONEN

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Vorstand:
Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender

Hausanschrift:
Helene-Lange-Straße 4 - 5
14469 Potsdam
Tel.: 0331 2977-0,
Fax: 0331 2977-318
Internet: www.kzvlb.de
E-Mail: info@kzvlb.de

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766

Nr. 05/2011

An alle
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Potsdam, 10.05.2011

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2.4 - Schließung der City BKK zum 1. Juli 2011**
- 3.1.1 - MELDEBOGEN - zur Ausstattung Ihrer Praxis im Basis-Rollout der eGK**
- 4. - Terminbekanntgabe der 47. Vertreterversammlung der KZVLB**
- 6. - Urlaubsmeldung der Vertragsgutachter**
- 9. - KZBV-Kostenstrukturerhebung 2010
Unterstützung durch die Zahnarztpraxen gefragt**

Anlagen

- Punktwertübersicht ab 01.01.2011 Primär- u. sonst. Fremdkassen und Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb Land Brandenburgs
- Anlage 2 zur Vereinbarung zur Finanzierung der Praxisausstattung mit e-Health-BCS-Karten-terminals im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 04.04.2011
- Formular „Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung
- Pressemitteilung des BKK Bundesverbandes zur Schließung der CITY BKK

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der KZV Land Brandenburg

SCHLIESSUNG DER CITY BKK ZUM 1. JULI 2011

Aus aktuellem Anlass weist der Vorstand der KZV Land Brandenburg auf Folgendes hin:

Das Bundesversicherungsamt hat am 4. Mai 2011 mitgeteilt, dass die

CITY BKK

zum 1. Juli 2011 geschlossen wird.

Der Präsident des Bundesversicherungsamtes, Herr Dr. Maximilian Gaßner erklärte, dass das von der City BKK vorgelegte Sanierungskonzept insbesondere wegen der außerordentlich hohen Mitgliederabgänge im ersten Quartal dieses Jahres, nicht den gewünschten Erfolg gebracht hat. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist insofern nicht mehr auf Dauer gesichert.

Der Versicherungsschutz der rund 168.000 Mitglieder der City BKK bleibt nach Erklärung von Dr. Gaßner „lückenlos bestehen“. Die Versicherten haben bis zum **14. Juli 2011** Zeit, sich eine andere Krankenkasse zu suchen.

Die Vertragszahnärzte müssen sich keine Sorgen um ihre Forderungen machen. Die City BKK tritt mit der Schließung in ein Abwicklungsstadium ein. Die Forderungen der Vertragszahnärzte bestehen somit fort, bis eine vollständige Abwicklung der Krankenkasse – die vom BKK-Bundesverband und dem zuständigen Landesverband begleitet wird – erfolgt ist. Das Bundesversicherungsamt wird den Abwicklungsprozess hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben überwachen.

Bitte achten Sie darauf, dass sich die bis dato bei der City BKK Versicherten ab 1. Juli 2011 innerhalb von 14 Tagen eine neuen Versicherung gesucht haben müssen. Fragen Sie im Zweifel bei Ihren Patienten nach. Bereits begonnene Behandlungen können problemlos beendet und abgerechnet werden.

Anbei erhalten Sie die vom BKK Bundesverband zur Schließung der CITY BKK herausgegebenen Informationen für Leistungserbringer, die die Rechtsauffassung der KZVLB und der KZBV bestätigen.

Marion Isensee-Werth, Telefon: 0331 2977-412, marion.isensee-werth@kzvlb.de

**MELDEBOGEN
ZUR AUSSTATTUNG IHRER PRAXIS IM BASIS-ROLLOUT DER EGK**

Die vertragliche Vereinbarung zum Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auf Landesebene befindet sich zwar noch im Unterschriftsverfahren, dennoch wurde uns von den Krankenkassen „grünes Licht“ erteilt, Ihnen den Meldebogen zur Ausstattung Ihrer Praxis mit einem Lesegerät zur Verfügung zu stellen.



Diesen Meldebogen finden Sie in der Anlage zu diesem Rundschreiben.

Bitte teilen Sie uns durch Ankreuzen in der entsprechenden Zeile mit, welches Kartenlesegerät Sie erworben haben und dass es installiert wurde, Ihre Praxis somit „eGK-fähig“ ist.

Vertragszahnärzte werden nach folgender Maßgabe mit stationären Lesegeräten gemäß § 2 Abs. 1 der Umsetzungsvereinbarung ausgestattet:

- | | |
|--|----------------------|
| a) Zahnarzt, ermächtigter Zahnarzt in Einzelpraxis | 1 Gerät |
| b) Zahnarzt mit genehmigter Zweigpraxis zusätzl. je Praxisstandort | 1 Gerät |
| c) Berufsausübungsgemeinschaft bis 3 Mitglieder | 1 Gerät |
| d) Berufsausübungsgemeinschaft ab 4 bis 6 Mitglieder | 2 Geräte |
| e) Berufsausübungsgemeinschaft ab 7 Mitglieder | 3 Geräte
(Maxim.) |

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften haben abweichend von Pkt. a – e für jeden Standort Anspruch auf Ausstattung mit einem Lesegerät.

Auf schriftlichen, formlosen Antrag an die KZVLB (EDV-Abteilung) kann eine Vertragszahnarztpraxis ein von der gematik zugelassenes und zertifiziertes migrationsfähiges mobiles



Kartenterminal erhalten, wenn diese mindestens 30 Hausbesuche im Jahr nachgewiesen hat. Als Datenbasis dient das Jahr 2010.

Wie wir Ihnen in den Schulungsveranstaltungen bekannt gegeben hatten, kann in besonderen Ausnahmefällen auf schriftlichen Antrag auch die Datenbasis 2011 zu Grunde gelegt werden.

Die Prüfung der Begründetheit obliegt der KZVLB.

Wenn Sie bereits ein mobiles Terminal angeschafft haben, können Sie den Meldebogen als Antragsformular nutzen. Bei entsprechender Berechtigung bekommen Sie die vorgesehene Pauschale gutgeschrieben.

Hat eine Berufsausübungsgemeinschaft gemäß Pkt. d und e Anspruch auf Ausstattung mit mehr als einem stationären Gerät, kann sie stattdessen neben einem stationären zusätzlich ein mobiles Lesegerät wählen, ohne dass die Voraussetzungen für den Erhalt der Pauschale für ein mobiles Lesegerät erfüllt sind. In diesem Fall wird dafür die Pauschale für ein mobiles Gerät gewährt.

Bitte schicken oder faxen Sie uns DIESEN Meldebogen ausgefüllt, mit Stempel, Unterschrift und Abrechnungsnummer versehen, bis spätestens zum 30.09.2011 zurück. (Eingang in der KZV Land Brandenburg).

Wir benötigen KEINE Lieferscheine oder Rechnungen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung!

*Dietlind Sczepanski, Tel.-Nr.: 0331 2977-110 (auch AB), Fax-Nr.: 0331 2977-175,
E-Mail: dietlind.sczepanski@kzvlb.de*

TERMINBEKANNTGABE DER 47. VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZVLB

Gemäß § 16 Abs. 1 der Satzung der KZVLB wurde auf Antrag der Liste 3 eine Vertreterversammlung einberufen. Neben der Abnahme des Geschäftsberichts des Vorstands stehen folgende Themen auf der Tagesordnung:

- Satzung der KZVLB, § 2 (4) und § 18
- Aufnahme einer ständigen Rubrik „Bezirksstellen“ in das Zahnärzteblatt
- Umsetzung der Richtlinie zur Qualitätssicherung
- Papierlose Abrechnung
- Referentenentwurf zur Änderung der Gebührenordnung
- Reise- und Entschädigungskostenordnung I und II der KZVLB
- Verwaltungskosten der KZVLB und deren Transparenz
- Bildung einer AG Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Hilfe bei der Änderung des Bereitschaftsdienstes im Bereich der KZVLB
- Planungsbereiche der zahnärztlichen Versorgung
- Zwei Anträge zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften

Die Vertreterversammlung findet am 18. Mai um 15:00 Uhr in der Fortbildungsetage der KZVLB statt. Mitglieder der KZVLB sind herzlich zur Teilnahme an der VV eingeladen. Zur besseren Planung ist eine telefonische Anmeldung (Frau Isensee-Werth: 0331 2977-412) erforderlich.

Marion Isensee-Werth, Telefon: 0331 2977-412, marion.isensee-werth@kzvlb.de

URLAUBSMELDUNGEN DER VERTRAGSGUTACHTER

Um unnötige Verzögerungen im Gutachterverfahren zu vermeiden, bitten wir alle Vertragsgutachter die Termine für ihren Sommerurlaub rechtzeitig bekanntzugeben. Die Urlaubsmeldungen werden Mitte Juni an die hiesigen Krankenkassen weitergeleitet.

Ein Formular „Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung“ liegt dieser Vorstandsinformation als Anlage bei.

Annett Klinder, Telefon: 0331 2977-304, annett.klinder@kzvlb.de



**KZBV-KOSTENSTRUKTURERHEBUNG 2010
UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE ZAHNARZTPRAXEN GEFRAGT**

Die Fragebögen für die Kostenstrukturerhebung werden ab der zweiten Juniwoche an brandenburgische Zahnarztpraxen versandt. Nicht alle Praxen, sondern eine nach dem Zufallsprinzip ausgewählte repräsentative Zahl erhält die Fragebögen für die Datenerhebung. Die Teilnahme ist zwar freiwillig, aber ausgesprochen wichtig: Die KZBV ist auf die Mitarbeit der Praxen angewiesen, denn nur ein breiter Rücklauf an Fragebögen sichert eine solide und aussagefähige Datenbasis. Der Vorstand bittet daher alle angeschriebenen Praxen, den Fragebogen auszufüllen und an die KZBV zurückzusenden. Bedenken wegen der Daten muss niemand haben, denn Namen und Anschriften der nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Zahnärzte werden nicht gespeichert, die Rücksendung der Bögen erfolgt ohne Absenderangabe. Die Einzeldaten bleiben anonym und werden garantiert entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet.

Die Verankerung berufspolitischer Forderungen der Zahnärzteschaft in der Politik und die Gestaltung positiver Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung sind ohne solide Datengrundlage nicht möglich. Auch für das Jahr 2010 führt die KZBV deshalb eine bundesweite Kostenstrukturerhebung in den Zahnarztpraxen durch, um zuverlässige Aussagen über die wirtschaftliche Entwicklung im Berufsstand treffen zu können.

Ein umfassender Rücklauf ist wichtig, damit aktuelle, valide Daten zur Struktur und Entwicklung der Kosten in den Praxen generiert werden können. Die Kostenstrukturerhebung liefert wichtige Informationen, zum Beispiel auch für die Gestaltung der Verträge mit den Krankenkassen auf KZV-Ebene. Die Teilnahme daran dient also letztlich jedem einzelnen Zahnarzt.

Punktwertübersicht ab 01.01.2011 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro*Alle Aktualisierungen nach RS 4/2011 sind fett gedruckt!*

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden- Württemberg	02	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8848 <u>BKK</u> : 0,8852 <u>IKK</u> : 0,8773 <u>LKK</u> : 0,8848	0,9401
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9149 <u>BKK</u> : 0,9190 <u>IKK</u> : 0,9054 <u>LKK</u> : 0,9149	0,9547
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8266 <u>Statusergänzung 6, 7 u. 8</u> : 0,8735 <u>BKK</u> : 0,8113 <u>IKK</u> : 0,7823 <u>LKK</u> : 0,9994	0,9568
		IP/FU	0,8951	0,8881
Rheinland- Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,8812	0,9710
		IP/FU	0,9167 <u>LKK</u>: 0,9023	0,9710
Bayern	11	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8667 <u>BKK</u> : 0,8836 <u>IKK</u> : 0,8757 <u>LKK</u> : 0,8836	0,9710
		IP/FU	1,0000	0,9710
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,8661	0,9379
		IP/FU	1,0010	0,9944
Hessen	20	KCH, PAR, KB	<u>AOK, BKK</u>: 0,8898 <u>IKK, LKK</u> : 0,8819	0,9378
		IP/FU	<u>AOK, BKK</u>: 0,9200 <u>IKK, LKK</u> : 0,9047	0,9511
Berlin	30	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8160 <u>LKK</u> : 0,8394 <u>BKK VBU, BKK Thür.</u> <u>Energieversorg.:</u> 0,8080 <u>alle and. BKK WOP-KK</u> : 0,8615 <u>IKK Brandenburg und Berlin und</u> <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8394	0,8038
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9286 <u>LKK</u> : 0,8705 <u>BKK</u> : 0,9122 <u>IKK Brandenburg und Berlin und</u> <u>einstrahlende IKK</u> : 0,9090 <u>IKK BIG direkt gesund</u> : 0,9590	0,8885
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,8435	0,8985
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8793 <u>BKK</u> : 0,8837 <u>IKK</u> : 0,8878	0,9369
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8138 <u>BKK</u> : 0,8420 <u>IKK</u> : 0,8347	0,9745
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9051 <u>BKK</u> : 0,9083 <u>IKK</u> : 0,9051	0,9476

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2011 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Saarland	35	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8676 <u>BKK</u> : 0,8783 <u>IKK</u> : 0,8599 <u>LKK</u> : 0,8854	0,9213
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9137 <u>BKK</u> : 0,9137 <u>IKK</u> : 0,9137 <u>LKK</u> : 0,9082	0,9359
Schleswig-Holstein	36	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,8138 <u>BKK</u> : 0,8420 <u>IKK</u> : 0,8347 <u>LKK</u> : 0,8347	-
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,9437 <u>BKK</u> : 0,9572 <u>IKK</u> : 0,9556 <u>LKK</u> : 0,9556	-
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,8699	0,9385
		IP/FU	0,8760	0,9156
Mecklenburg/Vorpommern	52	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,7939 <u>BKK</u> : 0,8328 <u>IKK Nord</u> : 0,8164 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8045	0,7900
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8306 <u>BKK</u> : 0,8600 <u>IKK Nord</u> : 0,8290 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8045	0,7900
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,7769 <u>BKK</u> : 0,8439 <u>IKK gesund plus</u> : 0,7800 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,7800	0,8100
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8146 <u>BKK</u> : 0,8722 <u>IKK gesund plus</u> : 0,8300 <u>einstrahlende IKK</u> : 0,8474	0,8277
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,7900 <u>BKK</u> : 0,8628 <u>IKK</u> : 0,8052	0,8262
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8400 <u>BKK</u> : 0,8628 <u>IKK</u> : 0,8445	0,8262
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	<u>AOK</u> : 0,7819 / ab 01.07.: 0,7900 <u>BKK</u> : 0,8476 <u>IKK</u> : 0,8000 / ab 01.07.: 0,8100	0,8452
		IP/FU	<u>AOK</u> : 0,8550 <u>BKK</u> : 0,8750 <u>IKK</u> : 0,8550	0,8452

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 10.05.2011 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Punktwertübersicht ab 01.01.2011 (Ersatzkassen mit Wohnort außerhalb Land Brandenburg) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 4/2011 sind fett gedruckt!

KZV			vdek	vdek TK	vdek KKH	vdek HKK	vdek Barmer GEK
Baden-Württemberg	02	KCH, PAR, KB	0,9401	0,9336			0,9307
Reg.-Kz.: 67, 73, 78, 80		IP/FU	0,9547	0,9520			0,9451
Niedersachsen	04	KCH, PAR, KB	0,8944				0,8944
Reg.-Kz.: 17		IP/FU	0,8881				0,8881
Rheinland-Pfalz	06	KCH, PAR, KB	0,9421	0,9308			0,9372
Reg.-Kz.: 62-65		IP/FU	0,9550	0,9486			0,9469
Bayern	11	KCH, PAR, KB	0,9480	0,9389			0,9480
Reg.-Kz.: 83		IP/FU	1,0000	1,0000			1,0000
Nordrhein	13	KCH, PAR, KB	0,9379	0,9354			0,9336
Reg.-Kz.: 40,49		IP/FU	0,9944	0,9890 ab 01.04.: 1,0150			0,9944
Hessen	20	KCH, PAR, KB	0,9378	0,9332			0,9292
Reg.-Kz.: 51		IP/FU	0,9511	0,9471			0,9422
Berlin	30	KCH, PAR, KB	0,8038				0,8038
Reg.-Kz.: 95, 97		IP/FU	0,8885				0,8885
Bremen	31	KCH, PAR, KB	0,8985	0,8930	0,8898	0,8979	0,8876
Reg.-Kz.: 30		IP/FU	0,9369	0,9322	0,9288	0,9363	0,9268
Hamburg	32	KCH, PAR, KB	0,9609		0,9609		0,9609
Reg.-Kz.: 15		IP/FU	0,9476		0,9427		0,9476
Saarland	35	KCH, PAR, KB	0,9213				0,9150
Reg.-Kz.: 93		IP/FU	0,9359				0,9268
Schleswig-H.	36	KCH, PAR, KB	0,9609				0,9609
Reg.-Kz.: 13		IP/FU	0,9877				0,9799
Westf.-Lippe	37	KCH, PAR, KB	0,9385	0,9318			0,9355
Reg.-Kz.: 34		IP/FU	0,9156	0,9156			0,9156
Mecklenb./Vorp.	52	KCH, PAR, KB	0,8297				0,8297
Reg.-Kz.: 01		IP/FU	0,8360				0,8360
Sachsen-Anhalt	54	KCH, PAR, KB	0,8100				0,8100
Reg.-Kz.: 09		IP/FU	0,8277				0,8277
Thüringen	55	KCH, PAR, KB	0,8262	0,8231	0,8268		0,8262
Reg.-Kz.: 50		IP/FU	0,8262	0,8262	0,8268		0,8262
Sachsen	56	KCH, PAR, KB	0,8452	0,8377			0,8452
Reg.-Kz.: 72		IP/FU	0,8452	0,9500			0,8452

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum 10.05.2011 eingegangen sind, erstellt.

Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

*1) Bekanntermaßen gilt für die Abrechnung der KFO-Leistungen der Punktwert am Sitz des Zahnarztes.

**Vereinbarung zur Finanzierung der Praxisausstattung mit e-Health-BCS-Kartenterminals im Rahmen der
Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 04.04.2011**

Anlage 2 zur Vereinbarung vom 04.04.2011

Rückantwort bitte per Fax an 0331 2977-175
oder

KZV Land Brandenburg
Postfach 600864
14408 Potsdam

Praxisstempel

Bestätigung über die erfolgte Praxisausstattung für den Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte

Firma	Produkt		Anzahl
3M Medica - Zweigniederlassung der 3M Deutschland GmbH	OMNIKEY 8751 e-Health LAN distributed by 3M		
CCV - Celectronic eHealth	CARDSTAR /medic2, Modelle 6011-2/6020-2/6020-4/6220-2/ 6220-4/6321-2		
Gemalto GmbH	GCR 5500-D		
Gemalto GmbH	GCR 5500-D-BCS		
gt german telematics GmbH	eHealth GT900 BCS		
HID Global GmbH (ehemals Omnikey GmbH)	OMNIKEY 8751 e-Health LAN		
HYPERCOM GmbH (ehemals Thales)	medCompact		
HYPERCOM GmbH (ehemals Thales)	medHybrid		
Ingenico Healthcare GmbH (ehemals Sagem Monétel GmbH)	ORGA 6041 L		
SCM Microsystems GmbH	eHealth200-BCS		
ZF Electronics GmbH (ehemals Cherry GmbH)	ST 1503		
ZF Electronics GmbH (ehemals Cherry GmbH)	G87-1504		

Vereinbarung zur Finanzierung der Praxisausstattung mit e-Health-BCS-Kartenterminals im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom 04.04.2011

Folgendes mobiles migrationsfähiges Kartenterminal (Mobi-KT der Ausbaustufe 2 oder solcher, die per Software-Update zur Ausbaustufe 2 erweitert werden können) wurde angeschafft:

Firma	Produkt	Anzahl
Zemo EDV Handels GmbH	ZEMO VML-GK2	
CCV Deutschland GmbH (ehemals Celectronic)	CARDSTAR /memo3	
Ingenico Healthcare (ehemals Sagem Monétel GmbH)	ORGA 920 M	
Ingenico Healthcare (ehemals Sagem Monétel GmbH)	ORGA 930 M	
SCM Microsystems GmbH	eHealth500	
HYPERCOM GmbH (ehemals Thales)	medMobile	

Stand: 05.04.2011

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Auflistung der zugelassenen Geräte nur den heutigen Stand widerspiegelt. Eine ständig aktualisierte Liste wird von der gematik zur Verfügung gestellt:

<http://www.gematik.de> (unter Zulassung / Übersicht Zulassungen / Kartenterminal Zulassungen Basis-Rollout)

Das/Die vorgenannte/n Kartenterminal/s wurde/n in meinem Praxisverwaltungssystem bis 30.09.2011 integriert und von mir/uns einem erfolgreichen Funktionstest unterzogen. § 4 Abs. 3 der Vereinbarung bleibt hier von unberührt.

Sonderregelung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und ermächtigte Zahnärzte

- Hiermit bestätige ich, dass ich/wir gleichzeitig über eine vertragsärztliche Zulassung verfüge/n, jedoch ausschließlich über meine/unsere vertragszahnärztliche Zulassung die Pauschale beanspruche/n.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Zahnarztes

Ort, Datum

Zahnarztstempel mit Abrechnungsnummer

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
Abteilung Zulassung
PF 60 08 64
14408 Potsdam

Fax-Nr.: 0331/2977-308

Urlaubs-/Abwesenheitsmeldung

Gemäß den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte mit Stand vom 01.01.1993 im Abschnitt IX, § 32 (1) möchte ich hiermit meine Abwesenheit

in der Zeit vom: bis:

wegen zur Kenntnis geben.

Die Vertretung übernimmt:

1. Name des persönlichen Vertreters in meiner Praxis:

.....

Ich versichere, dass mein persönlicher Vertreter die zur Vertretung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt; Kopie der Approbationsurkunde des Vertreters liegt der KZV vor bzw. ist beigelegt.

oder:

2. Name:

Praxisanschrift:

Tel.-Nr.:

2. Name:

Praxisanschrift:

Tel.-Nr.:

Mit den gegebenenfalls zu 2. und 3. genannten niedergelassenen Kollegen ist die Vertretung im gegenseitigen Einvernehmen abgesprochen.

.....
Unterschrift



Mai 2011

Informationen für Leistungserbringer

Im Falle einer Kassenschließung: Vergütungsansprüche sind gesichert Fragen ab 10.05.2011 über Servicenummer 0800 25 55 555

Die „amtliche“ Entscheidung, ob eine Kasse geschlossen wird, erfolgt durch die jeweilige Aufsicht dieser Kasse, meist ist dies das Bundesversicherungsamt (BVA). Im Falle der CITY BKK hat das BVA einen Schließungsbescheid erlassen und den Schließungszeitpunkt auf den 01.07.2011 festgesetzt.

Im Falle einer Kassenschließung gilt: Bis zum letzten Tag wird diese Kasse für ihre Verpflichtungen einstehen. Danach werden die Rechnungen für erbrachte medizinische Leistungen der dann bereits geschlossenen Kasse vergütet – dafür steht die Gemeinschaft aller Betriebskrankenkassen ein. Dies ist rechtlich verbindlich und detailliert im Sozialgesetzbuch V (SGB) geregelt.

Im Unterschied zum Insolvenzverfahren in der Privatwirtschaft regeln eine Reihe von Schutzvorschriften im SGB V, dass die Vergütungsansprüche von Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Krankengymnasten, Heilmittelerbringern und sonstigen Leistungserbringern sowie die Rechte der Versicherten sichergestellt sind.

Bei Schließung einer Kasse bilden die anderen Krankenkassen Haftungsverbände, um die bestehenden Ansprüche aufzufangen. In der ersten Stufe tragen die übrigen Kassen der jeweiligen Kassenart die finanziellen Folgen. Wenn dies die betroffene Krankenkassenart überfordern würde, springen in der zweiten Stufe alle übrigen gesetzlichen Kassen mit ein. Somit sind die rechtlichen Voraussetzungen gegeben, die vertragsgemäße Versorgung gesetzlich versicherter Patienten weiterzuführen.

Auch für die Patientinnen und Patienten ändert sich wenig. Falls eine Krankenkasse ihren Betrieb nicht weiterführt, informiert sie per Anschreiben umgehend ihre Versicherten. Pflichtversicherte werden aufgefordert, innerhalb von zwei Wochen nach der Schließung am 30.06.2011 eine neue Krankenkasse zu wählen, damit ein durchge-



hender Versicherungsschutz gewährleistet ist, freiwillig Versicherte haben drei Monate Zeit zum Kassenwechsel. Es ist auf jeden Fall sinnvoll, sich so schnell wie möglich eine neue Krankenkasse zu suchen. Mit der Wahl einer neuen Krankenkasse für sich und seine mitversicherten Familienangehörigen wird zugleich auch eine neue Pflegekasse gewählt.

Das bedeutet, dass Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer die Versicherten weiterhin vertragsgemäß versorgen, denn selbst wenn die Abrechnung der erbrachten Leistung erst nach dem Schließungszeitpunkt erfolgen kann, ist eine korrekte Abwicklung gewährleistet. Die Details dafür sind wie bei jedem anderen Krankenkassenwechsel geregelt: Hier gilt der (auch durch entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts klargestellte) **Grundsatz, dass die Vergütung einer medizinischen Leistung von derjenigen Kasse erfolgt, in der ein Patient zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert ist** .

Die CITY BKK wird ihre individuellen Vertragspartner (ebenso wie ihre Versicherten) informieren. Die nachfolgend aufgeführten **Fragen und Antworten** können sicherlich nicht alle Konstellationen abbilden, dienen jedoch der grundsätzlichen Orientierung und allgemeinen unverbindlichen Information; sie stellen keine Rechtsberatung dar. Die Fragen und Antworten haben wir mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt, können jedoch für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte keinerlei Haftung übernehmen. Für individuelle Informationen unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls bitten wir Sie, direkt mit der CITY BKK Kontakt aufzunehmen.

Ab dem 10.05.2011 geben von montags bis donnerstags von 9:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr BKK Gesprächspartner unter der Servicenummer 0800 25 55 555 allgemeine Auskünfte zu Fragen rund um die Leistungserbringung im Zusammenhang mit der Kassenschließung. Bitte beachten Sie jedoch, dass Fragen zu konkreten Anträgen oder Leistungsentscheidungen von Einzelfällen hier nicht beantwortet werden können.



Fragen und Antworten

1. Wohin sind Rechnungen zu übersenden, die sich auf erbrachte Leistungen bis zum 30.06.2011 beziehen, aber erst im Juli ausgestellt werden können bzw. erst im Juli bei der CITY BKK eingehen?

In solchen Fällen ist die Rechnung auf jeden Fall an die CITY BKK zu senden. Sie existiert für die Abwicklung der Geschäfte als „CITY BKK in Abwicklung“ weiter und wird nach Rechnungsprüfung die Überweisung veranlassen.

Beispiel:

Nach einem von der CITY BKK genehmigten Leistungsantrag (Heil- und Kostenplan für Zahnersatz) endet die Behandlung mit der Eingliederung des Zahnersatzes am 29.06.2011. Die Rechnungen (Zahntechniker/Zahnarzt) werden zwar erst nach dem 30.06. an die CITY BKK gesandt, aber noch von dieser vergütet, da die Eingliederung noch zum Zeitpunkt des Bestehens der CITY BKK erfolgte.

2. Was passiert, wenn eine Behandlung vor dem Schließungszeitpunkt begann, allerdings nach Schließung noch nicht abgeschlossen ist?

Wenn die CITY BKK einen Leistungsantrag genehmigt hat, wie beispielweise den Heil- und Kostenplan für Zahnersatz, die Behandlung jedoch erst nach dem 30.06.2011 abgeschlossen wird, erfolgt die Vergütung von derjenigen Kasse, in der der Patient zum Zeitpunkt der Leistung versichert ist.

Beispiel:

Mitte Juni 2011 genehmigt die CITY BKK einen Leistungsantrag auf Erstellung von Zahnersatz. Die Behandlung endet am 12.07.2011 mit der Eingliederung des Zahnersatzes. Die Rechnungen (Zahntechniker/Zahnarzt) gehen an die neu gewählte Krankenkasse.



3. Der Behandlungsfall, beispielsweise ein Krankenhausaufenthalt, begann kurz vor der Schließung und endet erst nach dem Schließungszeitpunkt. Wohin ist die Rechnung zu senden?

Ist der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme im Krankenhaus bei der CITY BKK versichert, erfolgt die Kostenübernahme von der CITY BKK (ggf. „CITY BKK in Abwicklung“) für den Zeitraum, in dem der Versicherte noch bei der CITY BKK versichert war. Folglich ist auch die Rechnung an die „CITY BKK in Abwicklung“ zu senden. Diese wird sich dann mit derjenigen Kasse in Verbindung setzen, die der Versicherte gewählt hat, um sich von dort anteilig die Kosten erstatten zu lassen. Sollte der Versicherte versäumt haben der CITY BKK seine neu gewählte Kasse mitzuteilen, muss er direkt kontaktiert werden.

Auch bei einem Kassenwechsel wegen Schließung sind die gesamten Kosten des Krankenhaufalls (mit allen anfallenden Entgelten) anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Kosten aus DRG-Fallpauschalen mit Zusatzentgelten, sonstigen Entgelten, Zuschlägen oder mit leistungsbezogenen Entgelten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zusammensetzen. Dabei sind (nur) die tatsächlich geleisteten Zuzahlungen, entsprechend ihrer zeitbezogenen Zuordnung bei dem jeweils von der Krankenkasse zu tragenden Anteil, an den Gesamtkosten zu berücksichtigen.

Beispiel:

Die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus ist am 28.06.2011.

Die Entlassung erfolgt am 7.07.2011. Der Patient kann bis spätestens 14.07. seine Kasse wechseln. Er entscheidet sich nach der Krankenhausentlassung für eine neue Kasse.

Eine Zuzahlungspflicht für den Krankenhausaufenthalt besteht vom 28.06. - 7.07. 2011 (= 11 Tage). Der Patient hat für die 11 Tage Zuzahlung im Krankenhaus geleistet. In diesem Fall werden die Krankenhauskosten anteilig nach im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufgeteilt:



Anteil „CITY BKK in Abwicklung“ für die Zeit 28. - 30.06.2011 (4/11 der Gesamtkosten abzüglich des Zuzahlungsanteils für 4 Tage), Anteil **der neuen Krankenkasse** für die Zeit 1. - 7.07.2011 (7/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage).

4. Es wurden vor der Schließung der Kasse Heilmittel (wie Massagen oder Krankengymnastik) verordnet. Die Behandlungen sind erst nach Kassenschließung beendet. Wohin ist die Rechnung zu senden?

In solchen Fällen sollten die Rechnungen an die „CITY BKK in Abwicklung“ zu senden. Diese wird sich dann mit derjenigen Kasse in Verbindung setzen, die der Versicherte gewählt hat. Sollte der Versicherte versäumt haben der CITY BKK seine neu gewählte Kasse mitzuteilen, muss er direkt kontaktiert werden.

Beispiel:

Der Patient erhält sechs Massagen im Zeitraum vom 15.06. bis 22.07.2011.

Die Heilmittelabrechnung wird an die „CITY BKK in Abwicklung“ gesandt. Diese vergütet die Leistungen, die bis 30.06.2011 in Anspruch genommen wurden und sendet den noch ausstehenden Teil der Abrechnung (ab 1.07.) an die neu gewählte Kasse.

5. Der Patient hat ein Hilfsmittel verordnet bekommen. Wo kann es beschafft werden und wer übernimmt die Kosten?

Auch hier gilt der Grundsatz, dass immer diejenige Kasse vergütet, bei der am Tage der Abgabe des Hilfsmittels eine Versicherung besteht.

Patienten, die zum Schließungszeitpunkt eine noch nicht genehmigte Hilfsmittelverordnung von der CITY BKK haben, sollten vorab ihre neu gewählte Kasse kontaktieren, um dort die Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels zu klären.

Beispiel:

Die Verordnung für ein Hörgerät wird am 13.06. ausgestellt und die Kostenübernahme wird von der CITY BKK am 20.06. bewilligt. Das Gerät wird am 15.07. vom Hörgeräteakustiker angepasst. In diesem Falle geht die Rechnung an die neu gewählte Kasse.



Kostenübernahmeerklärungen für Hilfsmittelversorgungen, die durch die CITY BKK erteilt wurden, gelten grundsätzlich auch bei der neu gewählten Kasse. Dies gilt auch, wenn – beispielsweise bei der Anfertigung von orthopädischen Maßschuhen – mehrere Monate zwischen dem Zeitpunkt der Kostenerteilung und der Fertigung liegen. In diesen Fällen sollte der Versicherte die neu gewählte Krankenkasse über die genehmigte Hilfsmittelversorgung informieren, damit eine problemlose Versorgung gewährleistet werden kann.

6. Müssen bewilligte Leistungsanträge (z. B. Heil- und Kostenpläne) neu gestellt werden?

Bereits von der CITY BKK bewilligte Leistungsanträge wie beispielsweise

- Heil- und Kostenpläne für kieferorthopädische Behandlung, Behandlung von Parodontopathien, Kieferbruch und Zahnersatz,
- geprüfte und genehmigte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen,

die vor dem 01.07.2011 nicht mehr erbracht werden können, werden grundsätzlich von der neuen Krankenkasse akzeptiert. Die Rechnungen für diese Leistungen gehen an die Krankenkasse, die der Patient nach Schließung seiner alten Kasse gewählt hat.

Hinweis: In diesen Fällen sollten die Versicherten die neu gewählte Krankenkasse über die genehmigte Versorgung informieren, damit eine problemlose Leistungsgewährung gewährleistet werden kann.

Abweichungen sind bei bestimmten Leistungen denkbar, deren Rechtsgrundlage in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse liegt.

Noch nicht bewilligte Leistungsanträge

Bei der Mitteilung über die Kassenschließung werden alle Versicherten von der Kasse angeschrieben und auch darauf hingewiesen, noch nicht bewilligte Leistungen, die nach dem Schließungszeitpunkt anfallen, von der neuen Kasse genehmigen zu lassen.



Noch nicht bewilligte Heil- und Kostenpläne und Anträge z. B. auf eine Reha-Leistung deren Beginn nach dem Schließungszeitpunkt der Kasse liegt, werden von der „CITY BKK in Abwicklung“ unverzüglich an die vom Patienten neu gewählte Kasse gesandt.

7. Wann bekommt der Patient nach Krankenkassenwechsel eine neue Krankenversicherten(Chip-)Karte?

Wie bei jedem anderen Krankenkassenwechsel auch, gilt die (Chip-)Karte der alten Krankenkasse bis zum letzten Tag des Bestehens der Kasse. Sobald die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse erfolgt ist, wird diese sich um die Auslieferung einer neuen (Chip-)Karte kümmern. Die Krankenversicherungskarten der CITY BKK dürfen ab dem 01.07.2011 nicht mehr akzeptiert werden.

8. Was passiert, wenn ein Patient das Wahlrecht noch nicht ausgeübt hat und in die Praxis kommt?

Wird der Versicherte nach Schließung der Kasse krank und hat er sein Wahlrecht innerhalb der 2-Wochen-Frist noch nicht ausgeübt, kann eine ärztliche Behandlung ausnahmsweise auch ohne Krankenversicherungskarte erfolgen. Allerdings ist in ausschließlich diesen Fällen der Arzt berechtigt, eine private Rechnung auszustellen.

Der Vertragsarzt kann von einem Versicherten eine Vergütung (nur) fordern, wenn die Krankenversicherungskarte (KV-Karte) vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird. Eine vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige KV-Karte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird.

Die neue Krankenkasse wird schnellstmöglich dem Versicherten eine (Chip-)Karte oder eine andere gültige Anpruchsbescheinigung ausstellen, damit dieser sie unverzüglich dem Arzt vorlegen kann.

9. Was muss beim Krankenkassenwechsel beachtet werden, wenn ein Versicherter ein „Pflegefall“ ist bzw. nicht geschäftsfähig ist?

Ist der Versicherte pflegebedürftig, aber weiterhin geschäftsfähig, so muss er sich grundsätzlich selbst um die Wahl der neuen Krankenkasse kümmern. Die Pflegeperson, nahe Angehörige oder das Pflegeheim sollten ihn dabei unterstützen.

Ist der Versicherte nicht mehr selbst geschäftsfähig, so ist es Aufgabe des bestellten Betreuers, sich um das Wahlrecht des Versicherten zu kümmern und dieses auszuführen.

Wird die 2-Wochen-Frist zur Kassenwahl überschritten, bekommt der Pflichtversicherte eine neue Krankenkasse zugewiesen. Grundsätzlich gilt, dass der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer bei der Krankenkasse wieder anmeldet, bei der er vor der Mitgliedschaft bei der nunmehr geschlossenen Krankenkasse Mitglied war. Ist dies nicht zu ermitteln, wählt der Arbeitgeber eine neue Krankenkasse aus. Das Gleiche gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II und bei Rentnern. Hier wählt entweder die Bundesagentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger die neue Krankenkasse aus. Dadurch wird sichergestellt, dass keine Lücken im Versicherungsschutz entstehen.

10. Wird die Pflegestufe bei Krankenkassenwechsel neu vom MDK geprüft?

Grundsätzlich „Nein“. Der Versicherte (ggf. Angehörige, Betreuer, Pflegeheim) teilt der neuen Pflegekasse mit, dass bereits über eine Pflegestufe durch die CITY BKK entschieden wurde. Die neu gewählte Pflegekasse fordert die erforderlichen Unterlagen bei der „CITY BKK in Abwicklung“ an. Durch die MitarbeiterInnen der „CITY BKK in Abwicklung“ werden die angeforderten Unterlagen übermittelt. Die neu gewählte Pflegekasse übernimmt die Entscheidung der CITY BKK Pflegekasse.

11. In welchem Zeitraum erfolgt die Überprüfung (Wiederholungsgutachten)?

Eine neue Überprüfung findet spätestens fünf Jahre nach der letzten Begutachtung statt, bei Kindern nach zwei Jahren (Empfehlung des Bundesversicherungsamtes). Geht aus dem letzten Gutachten eine andere Empfehlung hervor (kürzerer Zeitraum



bis zur nächsten Begutachtung), dann richtet sich der Termin der Wiederholungsbegutachtung nach dieser Empfehlung.

12. Muss die Pflegeeinrichtung oder der ambulante Pflegedienst komplett neue Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI stellen?

Antragssteller ist immer der Versicherte. Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegedienste stellen für Leistungen ab dem Zeitpunkt des Kassenwechsels (Schließungszeitpunkt) die Abrechnungen an die neu gewählte Pflegekasse. Der Versicherte informiert die neu gewählte Pflegekasse über bereits gestellte Anträge bei der CITY BKK Pflegekasse. Die neu gewählte Pflegekasse fordert die Anträge und die ggf. bereits ergangenen Genehmigungsbescheide bei der CITY BKK Pflegekasse an. Eine erneute Prüfung bereits ergangener Genehmigungsbescheide durch die neu gewählte Pflegekasse erfolgt grundsätzlich nicht.