

VORSTANDSINFORMATION

Amtliches Mitgliederrundschreiben gemäß § 27 der Satzung der KZVLB



Land Brandenburg

Vorstand:

Dr. Eberhard Steglich, Vorsitzender
Rainer Linke, Stellvertretender Vorsitzender
Dr. Heike Lucht-Geuther, Mitglied

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 Ärztekbank eG
Kto-Nr.: 0 003 072 606, BLZ:30060601
IK: 210 500 766
IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06
BIC: DAAEDEDXXX

Nr. 14/2017

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Potsdam, 22.06.2017

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

- 2.1 - Änderung der Krankentransport-Richtlinie
hier: Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
sowie sprachliche Gleichbehandlung**
- 2.3 - Genehmigungspflicht dringend beachten**
- 2.4 - Genehmigungsverzicht für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen
bei der SVLFG ab 01.07.2017**

Anlagen

- Krankentransport-Richtlinie, *Handbuch II-9*
- Tabelle „Genehmigungsverfahren ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen/-Erweiterungen“
- Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen zwischen KZVLB und SVLFG, *Handbuch III-1.3.2*
- Gemeinsame Information von KZVLB und Landes Zahnärztekammer zum Online Rollout der Telematik Infrastruktur

Freundliche Grüße

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Heike Lucht-Geuther
Mitglied des Vorstandes

ÄNDERUNG DER KRANKENTRANSPORT-RICHTLINIE

**hier: Verordnungsbefugnis von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
sowie sprachliche Gleichbehandlung**

Am 16. März 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss erneut eine Änderung der Krankentransport-Richtlinie beschlossen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Möglichkeit der Verordnung von Krankentransporten durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen, welche nunmehr in der Krankentransport-Richtlinie nachvollzogen wurde.

Des Weiteren hat der G-BA die Richtlinie zur weitgehend einheitlichen Anwendung der Gleichbehandlungsgrundsätze teilweise sprachlich neu gefasst.

Inhaltlich sind die Verordnungsmöglichkeiten von Krankenbeförderungsleistungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte von diesen Änderungen nicht betroffen.

Die am 27. Mai 2017 in Kraft getretene Krankentransport-Richtlinie ist diesem Rundschreiben als Anlage beigefügt (*Handbuch, Rubrik II-9*).

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

GENEHMIGUNGSPFLICHT DRINGEND BEACHTEN

Aus gegebenem Anlass bitten wir Sie, dringend darauf zu achten, dass mit **genehmigungspflichtigen Behandlungen grundsätzlich erst begonnen wird, wenn die entsprechende Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt.**

Des Weiteren muss der Krankenkasse – auch bei kleinsten **Änderungen** im Vergleich zum bereits genehmigten Heil- und Kostenplan – umgehend ein entsprechend berichteter Plan zur **erneuten Genehmigung** vorgelegt werden. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Heil- und Kostenplan bestätigen Sie schließlich, dass der **Zahnersatz in der vorgesehenen Weise eingegliedert** wurde.

Sowohl § 1 (nachstehend Abs. 4 Sätze 1 und 2) der Anlage 17 BMV-Z/EKVZ als auch die Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V (Anlage 3 BMV-Z, Anlage 4 EKVZ) geben hierzu klare vertragsrechtliche Regelungen vor.

„Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. Bei nachträglichen Änderungen des Befundes und der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan durch den Vertragszahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 3 BMV-Z/ Ziff. 5 der Anlage 4 EKVZ).“

In dringenden (Einzel-) Fällen mit akuter Behandlungsnotwendigkeit (z. B. wenn sich eine insuffiziente Altversorgung gelöst hat, die nicht wieder eingegliedert werden kann und dadurch ggf. sofort Provisorien angefertigt werden müssen), räumen die Krankenkassen i. d. R. die Möglichkeit einer „Vorabgenehmigung“ per Fax ein. Notfalls (absolute Ausnahme) greifen Sie zum Telefon; notieren sich hierbei unbedingt alle Gesprächsinhalte, Datum, Uhrzeit und den Namen Ihres Gesprächspartners bei der Krankenkasse.

Die Genehmigung vor Behandlungsbeginn ist mit Ausnahme einzelner Wiederherstellungsmaßnahmen (Anlage: Tabelle „Genehmigungsverfahren ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen/-Erweiterungen) in jedem Fall erforderlich!

Auch bei PA-Behandlungen bitte die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse abwarten, bevor Sie mit der Behandlung beginnen!

Gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 der Anlage 16 BMV-Z/EKVZ *soll mit der Behandlung erst nach Eingang dieser Mitteilung (der Kostenübernahmeerklärung auf dem Parodontalstatus) begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.*

Da uns entsprechende Anträge der Krankenkassen auf Rückerstattung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung bzw. der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorliegen, bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse um konsequente Einhaltung des Genehmigungsverfahrens!

Ihre Ansprechpartnerinnen/Abt. Abrechnung:

| | | | |
|-------|------------------|---------------------|--------------------------------|
| ZE | Frau Schlomm | Tel.: 0331 2977-102 | (Abr.-Nrn. 1-0 bis 1527-9) |
| ZE | Frau More-Krüger | Tel.: 0331 2977-146 | (Abr.-Nrn. 1528-0 bis 2693-9) |
| ZE | Frau Stroißnig | Tel.: 0331 2977-178 | (Abr.-Nrn. 2694-0 bis 89999-9) |
| PA/KB | Frau Latzo | Tel.: 0331 2977-177 | |

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

Juni 2017

**GENEHMIGUNGSVERZICHT FÜR DIE BEHANDLUNG VON KIEFERGELENKSER-
KRANKUNGEN BEI DER SVLFG AB 01.07.2017**

Ab **01.07.2017** verzichtet auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen (Geb.-Nrn. K1 – K4 BEMA-Z).

Demnach muss der Behandlungsplan nicht mehr zur Genehmigung bei der SVLFG eingereicht werden und verbleibt in der Praxis (Dokumentationspflicht). Die Diagnose ist auf dem Abrechnungsformular anzugeben. Eine Abrechnung der Geb.-Nr. 2 BEMA-Z für die schriftliche Niederlegung des Behandlungsplanes ist möglich.

Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels müssen auch weiterhin bei der Krankenkasse angezeigt werden.

Die Vereinbarung zwischen KZVLB und SVLFG ist dieser Vorstandsinformation als Anlage (*Handbuch, Rubrik III-1.3.2*) beigefügt.

Ihre Ansprechpartnerin zur KB-Abrechnung

Manuela Latzo, Telefon: 0331 2977-177, abrechnung@kzvlb.de

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



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V

(Krankentransport-Richtlinie)

in der Fassung vom 22. Januar 2004
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1 342) vom 28. Januar 2004
in Kraft getreten am 1. Januar 2004

zuletzt geändert am 16. März 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 26.05.2017 B3 vom 26. Mai 2017
in Kraft getreten am 27. Mai 2017

Inhalt

| | | |
|---|--|----------|
| § 1 | Allgemeines | 3 |
| § 2 | Verordnung | 3 |
| § 3 | Notwendigkeit der Beförderung | 3 |
| § 4 | Auswahl des Beförderungsmittels | 4 |
| § 5 | Rettungsfahrten..... | 4 |
| § 6 | Krankentransporte..... | 4 |
| § 7 | Krankenfahrten..... | 4 |
| § 8 | Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung | 5 |
| § 9 | Genehmigung | 6 |
| § 10 | Information der Patientinnen und Patienten..... | 6 |
| Anlage I Inhalt der Verordnung | | 7 |
| Anlage II Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie | | 9 |

§ 1 Allgemeines

Diese Richtlinie gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V regelt die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten nach § 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 SGB V durch

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im Folgenden bezeichnet als Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten).

§ 2 Verordnung

- (1) ¹Für die Verordnung einer Krankenbeförderungsleistung sind
- die Verordnungsvoraussetzungen dieser Richtlinie zu prüfen und
 - das erforderliche Transportmittel auszuwählen.

²Die Verordnung ist auf dem jeweils vereinbarten Vordruck auszustellen. ²³Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.

(2) ¹Die Verordnung soll vor der Beförderung ausgestellt werden. ²Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann die Beförderung nachträglich verordnet werden. ³Ein Notfall liegt vor, wenn sich die Patientin oder der Patient in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt.

(3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.

(4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern die Patientin oder der Patient zur Klärung der An- und Abreise direkt an ihre oder seine Krankenkasse zu verweisen.

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) ¹Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsleistungen ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. ²Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. ³Liegt ein solcher zwingender medizinischer Grund nicht vor, z. B. bei Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, ist die Verordnung unzulässig. ⁴Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten können unter den Voraussetzungen dieser Richtlinie Fahrten verordnen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung der Krankenkasse zwingend notwendig sind. ⁵Dies gilt auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung, soweit die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut nach der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie berechtigt ist, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen.

(2) ¹Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort der Patientin oder des Patienten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. ²Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

¹Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. ²Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und ihre oder seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 5 Rettungsfahrten

(1) Patientinnen und Patienten bedürfen einer Rettungsfahrt, wenn sie aufgrund ihres Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden müssen oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

(2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.

(3) ¹Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist. ²Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsetzungsfahrzeugen (NEF).

(4) ¹Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport der Patientin oder des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. ²Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung der Notärztin oder des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit der Patientin oder des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.

(5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsetzungsfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

§ 6 Krankentransporte

(1) ¹Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn Patientinnen oder Patienten während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedürfen oder deren Erforderlichkeit aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. ²Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. ³Die medizinisch-technische Einrichtung ist nicht auf die Beförderung in Notfällen ausgelegt.

(2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patientinnen oder Patienten vermieden werden kann.

(3) ¹Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V.

§ 7 Krankenfahrten

(1) ¹Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. ²Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. ³Eine medizinisch-fachliche Betreuung findet in diesen Fällen nicht statt.

- (2) ¹Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei
- a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V),
 - b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
 - c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.

²Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V i. V. m. §§ 115a und 115b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115b Absatz 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn die Patientin oder der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Können Patientinnen oder Patienten mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, wird in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch der Patientin oder des Patienten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei ihrer oder seiner Krankenkasse ausgestellt.

(5) Falls mehrere Patientinnen oder Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, ist jeweils eine Sammelfahrt unter Angabe der Anzahl der Mitfahrenden zu verordnen, sofern dem keine medizinischen Gründe entgegenstehen.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) ¹In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Absatz 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. ²Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) ¹Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass die Patientin oder der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf die Patientin oder den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

²Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinie genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. ³Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) ¹Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen und bei Einstufung in den Pflegegrad 3 wegen dauerhafter Beeinträchtigung ihrer Mobilität einer Beförderung bedürfen. ²Die Verordnungsvoraussetzungen sind auch bei Versicherten erfüllt, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren und seit 1. Januar 2017 mindestens in den Pflegegrad 3 eingestuft sind. ³Die Krankenkassen genehmigen verordnete Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von

einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) ¹Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. ²Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, z. B. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind keine Krankenkassenleistung.

§ 9 Genehmigung

¹Fahrten nach § 6 Absatz 3 sowie § 8 dieser Richtlinie bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. ³Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information der Patientinnen und Patienten

¹Patientinnen oder Patienten sollen darüber unterrichtet werden, dass ihre Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt – mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt – beträgt. ²Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

Anlage I Inhalt der Verordnung

In der Verordnung sind insbesondere anzugeben:

- 1. Das medizinisch notwendige Transportmittel**
- 2. Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit möglichst unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10**
- 3. Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:**
 - vollstationäre Leistung
 - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten (bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
 - teilstationäre Leistung
 - ambulante Behandlung
 - ambulante Behandlung im Krankenhaus
 - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der Behandlungsdaten
 - ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation
- 4. Ausgangsort:**
 - Wohnung
 - Praxis
 - Krankenhaus
 - sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe
- 5. Zielort:**
 - Wohnung
 - Praxis
 - Krankenhaus
 - sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe
- 6. Art des Transportes:**
 - Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrenden
 - Wartezeit ja/nein; Dauer der Wartezeit
- 7. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294a SGB V):**
 - Anhaltspunkte für:
 - Arbeitsunfall / -folgen,
 - sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
 - Berufskrankheit
 - Versorgungsleiden (u.a. BVG)

- Gewaltanwendung
- Sonstiges

8. besonders anzugebende Leistungen:

- Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
- erforderliche Ausstattung bei Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)
- erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)
- bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8 der Richtlinie

Anlage II Ausnahmefälle nach § 8 Absatz 2 der Richtlinie

Ausnahmefälle gemäß § 8 Absatz 2 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie

Genehmigungsverfahren ZE-Wiederherstellungsmaßnahmen/-Erweiterungen*

| Krankenkasse/Kostenträger | Bonusnachweis vorhanden | Kein Bonusnachweis vorhanden | Härtefälle |
|------------------------------|---|---|--|
| AOK Nordost | <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung gemäß nachgewiesenem Bonus: Festzuschuss mit 20%igem (5 Jahre) bzw. 30%igem (10 Jahre) Bonus | <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung erfolgt mit einfachem Festzuschuss oder • Versicherter lässt Festzuschuss von Krankenkasse feststellen | <ul style="list-style-type: none"> • Vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse/ den Kostenträger erforderlich • Zuschuss wird von der Krankenkasse/dem Kostenträger festgesetzt |
| IKK Brandenburg und Berlin | | | |
| BKK Landesverband Mitte | | | |
| Knappschaft | | | |
| SVLFG | | | |
| vdek | <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung gemäß nachgewiesenem Bonus: Festzuschuss mit 20%igem (5 Jahre) bzw. 30%igem (10 Jahre) Bonus | <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Genehmigung • Abrechnung erfolgt mit einfachem Festzuschuss oder • Versicherter lässt Festzuschuss von Krankenkasse feststellen | |
| | <p><u>Ausnahme:</u> Wiederherstellungsmaßnahmen mit Teleskopkronen (Befund 6.10) bedürfen grundsätzlich der vorherigen Genehmigung!</p> | | |
| ZAB/Asyl – Behandlungsschein | - entfällt - | | |
| Sozialamt/Asyl – Beh.-schein | - entfällt - | | |
| Krankenkasse/Asyl – eGk „9“ | - entfällt - | | <ul style="list-style-type: none"> • Bis 200 € ohne Genehmigung |
| Polizei Land Brandenburg | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Bonusregelung • Doppelter Festzuschuss (wie Härtefälle) – aber ohne Genehmigung von Wiederherstellungen/Erweiterungen nach Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4, 7.7 sowie 1.4, 1.5 in Kombination mit 6.8 | | |
| Bundespolizei | | | |

* Gilt für die Akutversorgung von unaufschiebbaren Wiederherstellungen, die nicht Gegenstand von Gewährleistungsansprüchen sind:

- bei Regelversorgungen **6.0 - 6.10** (wiederherstellungs- und erweiterungsbedürftiger Zahnersatz) und
- bei Regelversorgungen **7.3, 7.4 und 7.7** (Wiederherstellungen von Suprakonstruktionen) sowie
- bei im Zusammenhang mit Wiederherstellungsmaßnahmen notwendigen Stiftaufbauten nach Befund-Nrn. **1.4 und 1.5**.

Vereinbarung

über das Verfahren bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

und der

**Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

1. Auf der Grundlage der gemeinsamen Abrechnungsbestimmungen zu den Gebührennummern K1 – K4 des BEMA-Z vereinbaren die Vertragspartner im Land Brandenburg, dass für die Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen auf die vorherige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse (Genehmigungsverfahren) verzichtet wird.
2. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Möglichkeit der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin gewährleistet bleibt.
3. Um eine Überprüfung seitens der Krankenkassen sicherzustellen, müssen die Zahnärzte bei der Abrechnung auf dem Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch die Diagnose in geeigneter Weise angeben.
4. Das Verfahren bzw. die Ausfüll- und Abrechnungsbestimmungen für den „Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch“ bei Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) bleiben von dieser Regelung unberührt.
5. Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2017 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2018, gekündigt werden.

Potsdam/Kassel, den 3.5.2017



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg



SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse



Informationen zum Online-Rollout der Telematik-Infrastruktur

Am 1. Juni hat die Gesellschafterversammlung der Gematik beschlossen, dass die technischen Voraussetzungen für den Online-Rollout vorliegen und die Gematik beauftragt, diesen voranzutreiben. Dies erfolgte unter massivem Druck des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf einzelne Gematik-Gesellschafter.

Bekanntlich hatte das BMG im so genannten Telematik-Beschleunigungsgesetz der KBV, der KZBV und dem Spitzenverbund der Krankenkassen mit massiven finanziellen Sanktionen gedroht. Gleichfalls sollen in einem zweiten Schritt unwillige Ärzte und Zahnärzte sanktioniert werden.

Doch die Industrie kann immer noch nicht liefern.

Es gibt zurzeit keine komplett ausrollfähigen Komponenten. Allerdings macht ein großes Computer-Unternehmen Druck. Dieses hatte als einziges die Komponenten für die Testung bereitstellen können.

Momentan stehen mindesten zwei weitere Anbieter bereit. Wir rechnen damit, dass diese im Frühjahr 2018 liefern können.

Deswegen empfehlen wir Ihnen, mit den endgültigen Kaufentscheidungen zu warten, bis mehrere Komponenten vorliegen.

Wir gehen nicht davon aus, dass es bei einer Lieferunfähigkeit der Industrie Sanktionen gegen einzelne Zahnärzte geben wird.

KZVLB und LZÄKB werden Sie wie gewohnt weiter informieren – beachten Sie dazu auch unsere Veröffentlichungen auf den Internetseiten www.kzvlb.de sowie www.lzkb.de.

Freundliche Grüße



Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes
KZV Land Brandenburg



Dipl.-Stom. Jürgen Herbert
Präsident
Landeszahnärztekammer Brandenburg