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

Nr. 16/2020

Potsdam, 20.07.2020

An die
Zahnärztinnen und Zahnärzte
im Land Brandenburg

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

in unserem Mitgliederrundschreiben informieren wir Sie über:

2.1. - Sonderregelungen wegen der Coronapandemie COVID-19
- Bonusregelung „Corona“ bei Jugendlichen
- Verlängerte Eingliederungsfrist bei Zahnersatz
- Sonderregelungen bei Heilmittelverordnung und Krankentransport verlängert
- Ende der Sonderregelung zur Folgeverordnung nach telefonischer Anamnese

3.2.5. - Bekanntgabe der Grenzwerte für das Jahr 2020 gemäß §§ 11 und 12 Verteilungsmaßstab der KZVLB

Anlagen

- Punktwertübersicht Primär- u. sonst. Fremdkassen und Ersatzkassen mit Wohnort des Versicherten außerhalb Land Brandenburg ab 01.01.2020
- Änderungsvereinbarung zu Muster 4, *Handbuch, Rubrik III-3.1.5.*

Freundliche Grüße
Ihr Vorstand der KZVLB

Dr. Eberhard Steglich
Vorsitzender des Vorstandes

Rainer Linke
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Heike Lucht-Geuther
Mitglied des Vorstandes

SONDERREGELUNG WEGEN CORONAPANDEMIE COVID-19

Bonusregelung „Corona“ bei Jugendlichen

Für den Anspruch auf erhöhte Festzuschüsse bei der Versorgung mit Zahnersatz müssen Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres rückblickend in einem Zeitraum von 5 bzw. 10 Jahren in jedem Kalenderhalbjahr eine Vorsorgeuntersuchung wahrgenommen ha-ben. Sofern die Untersuchung im ersten Halbjahr 2020 aufgrund der krisenbedingten Ein-schränkungen nicht wahrgenommen worden ist, darf dies aus Sicht der KZBV nicht zum Ver-lust des (vollen) Bonusanspruchs führen.

Der GKV-Spitzenverband hat gegenüber den Krankenkassen die Empfehlung ausgespro-chen, dass „die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 22 Abs. 1 SGB V im ersten Kalenderhalbjahr 2020 nicht zum Verlust des vollständigen Bonusanspruchs führt. Dies gilt unabhängig von der ab 01.10.2020 geltenden Regelung, wonach in begründeten Ausnahmefällen ein einmaliges Versäumen ei-ner Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 2 SGB V folgenlos bleibt und sich nicht auf die Erhöhung der Festzuschüsse auswirkt.“

Die KZBV weist ausdrücklich darauf hin, dass die kassenseitige Sprachregelung nicht für Er-wachsene gilt. Da diese Versicherten nur einmal im Jahr zur Vorsorgeuntersuchung müssen, gehen die Krankenkassen davon aus, dass ein Zahnarztbesuch im zweiten Halbjahr 2020 erfolgen bzw. nachgeholt werden könne, um den Stempel im Bonusheft zu erlangen.

Darüber hinaus sind sich KZBV und GKV-Spitzenverband darüber einig, dass hinsichtlich des Nachweises zur Erlangung des Bonus für unter 18-Jährige für das erste Halbjahr 2020 im Zusammenhang mit der Coronapandemie für die nicht in Anspruch genommene Unter-su-chung beim nächsten Besuch des Patienten in der Praxis eine Eintragung im Bonusheft erfol-gen sollte. Damit werden Unklarheiten bei der zukünftigen Ermittlung des Zuschusses ver-mieden.

Verlängerte Eingliederungsfrist bei Zahnersatz

Aus gegebenem Anlass möchten wir nochmals auf folgende Corona-Sonderregelung hinwei-sen (vgl. Rundschreiben 12/2020):
- Heil- und Kostenpläne, die in dem Zeitraum vom 30.09.2019 bis zum 31.03.2020 genehmigt wurden, behalten ihre Gültigkeit bis einschließlich zum 30.09.2020.
- Für Versorgungen, die nicht bis zum 30.09.2020 durchgeführt werden können, ist ein neuer Heil- und Kostenplan zu erstellen.

Sonderregelungen bei Heilmittelverordnung und Krankentransport verlängert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Frist für den Beginn einer Heilmittelbe-handlung von 14 Tagen auf 28 Tage verlängert. Damit soll einem in den Praxen möglicher-weise bestehenden Terminstau bei Heilmittelbehandlungen, die bedingt durch die Corona-Pandemie nicht begonnen werden konnten, entgegengewirkt werden. Die Sonderregelung gilt bis zum 30.09.2020. Ab 01.10.2020 gilt mit Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie künftig regelhaft die Frist von 28 Tagen zum Beginn einer Heilmittelbehandlung.

Ebenfalls bis zum 30.09.2020 verlängerte der G-BA die Sonderregelung, wonach Kranken-transportfahrten zu nicht aufschiebbaren, zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten keiner vorherigen Genehmigung durch die Kran-kenkasse bedürfen. Dies gilt auch für Versicherte, die aufgrund einer behördlichen Anord-nung unter Quarantäne stehen.

Ende der Sonderregelung zur Folgeverordnung nach telefonischen Anamnese

Folgeverordnungen für Heilmittel sowie die Verordnung von Krankenbeförderungen können ab 01.07.2020 nicht mehr nach telefonischer Anamnese ausgestellt werden. Ebenso können die Verordnungen nicht länger postalisch an die Versicherten übermittelt werden.

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

BEKANNTGABE DER GRENZWERTE für das Jahr 2020 gemäß §§ 11 und 12 Verteilungsmaßstab der KZVLB

Der Vorstand der KZV Land Brandenburg hat sich mit der Entwicklung der Abrechnungen des Kalenderjahres 2019 und hier insbesondere mit den durchschnittlich abgerechneten Punktwerten der im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen (Zahnärzte, Oralchirurgen und Mund- Kiefer und Gesichtschirurgen) befasst. Die Ergebnisse wurden mit dem Beratungsausschuss erörtert.
Auch im vergangenen Jahr haben sich keine gravierenden Änderungen für die im Land Brandenburg gebildeten Zahnarztgruppen im Vergleich zu den Vorjahren ergeben. Die bisherigen Grenzwerte tragen auch weiterhin dem Solidarcharakter Rechnung.

Der Vorstand hat insofern nachfolgende Grenzwerte für das Jahr 2020 beschlossen:

Gebiet	**Grenzwert in Punkten je Fall**
Zahnärzte	68
Oralchirurgen	125
Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen	125

Damit ergeben sich für die Vertragszahnärzte im Land Brandenburg im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen.

Bis zu dem sich aus o. g. Tabelle ergebenden Gesamtgrenzwert (geschützte durchschnittliche Punktmenge je Fall und Quartal) werden die **Leistungen mit den vereinbarten Punktwerten bzw. mit dem auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 SGB V vom Vorstand der KZV Land Brandenburg festgelegten Verteilungspunktwert vergütet**.

Überschreiten die durchschnittlichen Fallwerte eines Zahnarztes (Gesamtpunkte des Jahres durch Gesamtfallzahl) die jeweiligen Grenzwerte, **besteht oberhalb der Grenzwerte (Punktmenge) kein Anspruch auf Vergütung aller abgerechneten Punktzahlen.**

Für die über die jeweiligen Grenzwerte (Punktmenge je Fall) hinausgehenden Punkte besteht ein Anspruch nur in der Höhe, wie die Restvergütung dies je Krankenkasse bzw. Krankenkassenart zulässt. Das Verfahren zur Ermittlung der Restvergütung ist in § 12 Abs. 3 Verteilungsmaßstab der KZVLB geregelt.

Bei der Ermittlung des individuellen Grenzwertes nach § 11 Abs. 9 und 10 des Verteilungsmaßstabs der KZV Land Brandenburg erfolgt die Zuordnung zur jeweiligen Fallzahlgruppe unter Berücksichtigung der angestellten Zahnärzte, Assistenten bzw. nach der Zahl der gleichberechtigten zahnärztlichen Behandler (§ 15 des Verteilungsmaßstabes der KZV Land Brandenburg).
Die abgerechneten Fälle werden insofern durch die Zahl der Behandler geteilt, wobei die Zahl der Behandler bei der Beschäftigung eines Entlastungs-, Ausbildungs- oder Weiterbildungsassistenten in Vollzeit um 0,25 und bei einer Halbtagsbeschäftigung um 0,125 erhöht wird.

Bei Angestellten ist die Erhöhung der Anzahl der Behandler abhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit. Die Anzahl der Behandler erhöht sich bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von

≥ 36 Stunden um den Faktor 1,0
≥ 30 bis < 36 Stunden um den Faktor 0,75
≥ 18 bis < 30 Stunden um den Faktor 0,5
≥ 10 bis < 18 Stunden um den Faktor 0,25.

Eine wöchentliche Arbeitszeit des angestellten Zahnarztes unter 10 Stunden führt nicht zu einer Faktorerhöhung.

Für Rückfragen steht Ihnen der Vorstand der KZV Land Brandenburg sowie Frau Isensee-Werth (Tel.: 0331 2977-412) gern zur Verfügung.

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

Punktwertübersicht ab 01.01.2020 (Primär- u. sonst. Fremdkassen) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 13/2020 sind fett gedruckt!

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Baden-Württemberg	**02**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1421 BKK: 1,1393 IKK: 1,1371 SVLFG: 1,1400 Knappschaft: 1,1375	1,1359
		IP/FU	AOK: 1,2139 BKK: 1,2025 IKK: 1,2021 SVLFG: 1,2036 Knappschaft: 1,2011	1,1999
Niedersachsen	**04**	KCH, PAR, KB	1,0924	1,0921
		IP/FU	1,1898	1,1334
Rheinland-Pfalz	**06**	KCH, PAR, KB	KCH, PAR: 1,0981; KB: 0,9576	1,2421
		IP/FU	IKK: 1,1832 AOK, BKK, SVLFG: 1,2187 Knappschaft: 1,2187	1,2421
Bayerns	**11**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1056 BKK: 1,1084 IKK: 1,1102 Knappschaft: 1,1111 SVLFG: 1,1170	1,2059
		IP/FU	AOK: 1,2203 BKK: 1,2325 IKK: 1,2346 Knappschaft: 1,2360 SVLFG: 1,2695	1,2862
Nordrhein	**13**	KCH, PAR, KB	1,1456	1,1456
		IP/FU	1,2972	1,2972
Hessen	**20**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1486 BKK: 1,1488 IKK: 1,1487 SVLFG: 1,1507 Knappschaft: 1,1493	1,1483
		IP/FU	AOK: 1,2143 BKK: 1,2148 IKK: 1,2146 SVLFG: 1,2201 Knappschaft: 1,2191	1,2140
Berlin	**30**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,0835 / ab 01.04.: 1,1232 BKK: 1,0855 IKK: 1,1111 Knappschaft: 1,0678 / ab 01.04.: 1,1069 SVLFG: 1,0768	1,1050
		IP/FU	AOK: 1,1875 / ab 01.04.: 1,2310 BKK: 1,1800 IKK: 1,2137 Knappschaft: 1,1805 / ab 01.04.: 1,2237 SVLFG: 1,1768	1,2076
Bremen	**31**	KCH, PAR, KB	1,0971	1,0961
		IP/FU	1,1635	1,1601
Hamburg	**32**	KCH, PAR, KB	1,1427	1,1829
		IP/FU	1,2057	1,1906

Fortsetzung der Punktwertübersicht 2020 (Primär- u. sonst. Fremdkassen)

KZV	Nr.		Primärkassen	Freie Heilfürsorge Landespolizei, Feuerwehr
Saarland	**35**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1282 BKK, IKK, SVLFG: 1,0671 Knappschaft: 1,0896	-
		IP/FU	AOK: 1,1858 BKK, IKK, SVLFG: 1,1433 Knappschaft: 1,1518	-
Schleswig-H.	**36**	KCH, PAR, KB	1,1427	-
		IP/FU	1,1846 **IKK: 1,2280**	-
Westf.-Lippe	**37**	KCH, PAR, KB	1,1423	1,1423
		IP/FU	1,1960	1,1960
Mecklenburg/ Vorpommern	**52**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,0119 BKK: 1,1047 IKK: 1,0823 Knappschaft: 1,0138 SVLFG: 1,0768	1,1410
		IP/FU	AOK: 1,0455 BKK: 1,1600 IKK: 1,1525 Knappschaft: 1,0734 SVLFG: 1,1768	1,1410
Sachsen-Anhalt	**54**	KCH, PAR, KB	**AOK: 1,1091** **BKK: 1,1173 / ab 01.07.: 1,1293** IKK: 0,9900 **Knappsch.: 1,0820 / ab 01.04.: 1,1105** SVLFG: 1,0768	1,0588
		IP/FU	**AOK: 1,2137** **BKK: 1,2229 / ab 01.07.: 1,2360** IKK: 1,0887 **Knappsch.: 1,1852 / ab 01.04.: 1,2165** SVLFG: 1,1768	1,1505
Thüringen	**55**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1482 BKK: 1,0878 / ab 01.04.: 1,1276 IKK: 1,0851 **Knappsch.:** 1,0848 **/ ab 01.04.: 1,1245** SVLFG: 1,0768	**1,1010**
		IP/FU	AOK: 1,2887 BKK: 1,2594 **IKK: 1,2443** **Knappsch.:** 1,2050 **/ ab 01.04.: 1,2491** SVLFG: 1,1768	**1,2234**
Sachsen	**56**	KCH, PAR, KB	AOK: 1,1482 BKK: 1,0855 / ab 01.04.: 1,1252 Knappsch.: 1,0751 / ab 01.04.: 1,1144 IKK: 1,1252 SVLFG: 1,0768	1,1028
		IP/FU	AOK: 1,2887 BKK: 1,2586 IKK: 1,2178 Knappsch.: 1,2050 / ab 01.04.: 1,2491 SVLFG: 1,1768	1,2374

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum Erscheinen des Rundschreibens eingegangen sind, erstellt.
Da die Punktwerte der Fremdkassen den Gesamtverträgen der jeweiligen KZV unterliegen, können Änderungen nach diesem Zeitraum möglich sein.

Punktwertübersicht ab 01.01.2020 (Ersatzkassen mit Wohnort des Versicherten außerhalb Land Brandenburgs) in Euro

Alle Aktualisierungen nach RS 13/2020 sind fett gedruckt!

KZV			vdek DAK-Gesundheit	vdek TK	vdek KKH	vdek HEK (Hanseatische EK)	vdek HKK (Handels-krankenkasse)	vdek Barmer
Baden-Württemberg	**02**	KCH, PAR, KB	1,1359	1,1367	1,1359	1,1359	1,1359	1,1361
Reg.-Kz.: 67, 73, 78, 80		IP/FU	1,1999	1,1999	1,1999	1,1999	1,1999	1,2004
Niedersachsen	**04**	KCH, PAR, KB	1,0921	1,0921	1,0921	1,0921	1,0921	1,0990
Reg.-Kz.: 17		IP/FU	1,1334	1,1334	1,1334	1,1334	1,1334	1,1334
Rheinland-Pfalz Reg.-Kz.: 62-65	**06**	KCH, PAR, KB	1,0981 KB: 0,9576	1,0981 KB: 0,9576	1,0981 KB: 0,9576	1,0981 KB: 0,9576	1,0981 KB: 0,9576	1,0981 KB: 0,9576
		IP/FU	1,2138	1,2138	1,2138	1,2138	1,2138	1,2138
Bayerns	**11**	KCH, PAR, KB	1,1071	1,1071	1,1071	1,1071	1,1071	1,1071
Reg.-Kz.: 83		IP/FU	1,2320	1,2320	1,2320	1,2320	1,2320	1,2320
Nordrhein	**13**	KCH, PAR, KB	1,1456	1,1456	1,1456	1,1456	1,1456	1,1456
Reg.-Kz.: 40,49		IP/FU	1,2972	1,2972	1,2972	1,2972	1,2972	1,2972
Hessen	**20**	KCH, PAR, KB	1,1483	1,1483	1,1483	1,1483	1,1483	1,1483
Reg.-Kz.: 51		IP/FU	1,2140	1,2140	1,2140	1,2140	1,2140	1,2140
Berlin Reg.-Kz.: 95, 97	**30**	KCH, PAR, KB	1,0754 ab 01.04.20 1,1148	1,0754 ab 01.04.20 1,1148	1,0754 ab 01.04.20 1,1148	1,0754 ab 01.04.20 1,1148	1,0754 ab 01.04.20 1,1148	1,0754 ab 01.04.20 1,1148
		IP/FU	1,1753 ab 01.04.20 1,2183	1,1753 ab 01.04.20 1,2183	1,1753 ab 01.04.20 1,2183	1,1753 ab 01.04.20 1,2183	1,1753 ab 01.04.20 1,2183	1,1753 ab 01.04.20 1,2183
Bremen	**31**	KCH, PAR, KB	1,0961	1,0961	1,0961	1,0961	1,0961	1,0961
Reg.-Kz.: 30		IP/FU	1,1601	1,1601	1,1601	1,1601	1,1601	1,1601
Hamburg	**32**	KCH, PAR, KB	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427
Reg.-Kz.: 15		IP/FU	1,1906	1,1906	1,1906	1,1906	1,1906	1,1906
Saarland	**35**	KCH, PAR, KB	1,0925	1,0925	1,0925	1,0925	1,0925	1,0925
Reg.-Kz.: 93		IP/FU	1,1518	1,1518	1,1518	1,1518	1,1518	1,1518
Schleswig-H.	**36**	KCH, PAR, KB	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427	1,1427
Reg.-Kz.: 13		IP/FU	1,1815	1,1815	1,1815	1,1815	1,1815	1,1815
Westf.-Lippe	**37**	KCH, PAR, KB	1,1423	1,1423	1,1423	1,1423	1,1423	1,1423
Reg.-Kz.: 34		IP/FU	1,1960	1,1960	1,1960	1,1960	1,1960	1,1960
Mecklenb./Vorp.	**52**	KCH, PAR, KB	1,0580	1,0580	1,0580	1,0580	1,0580	1,0601
Reg.-Kz.: 01		IP/FU	1,1033	1,0991	1,0991	1,0991	1,0991	1,0883
Sachsen-Anhalt	**54**	KCH, PAR, KB	1,0588	1,0588	1,0588	1,0588	1,0588	1,0588
Reg.-Kz.: 09		IP/FU	1,1505	1,1505	1,1505	1,1505	1,1505	1,1505
Thüringen	**55**	KCH, PAR, KB	**1,1010**	**1,1096**	**1,1010**	**1,1010**	**1,1010**	**1,1031**
Reg.-Kz.: 50		IP/FU	**1,2234**	**1,2310**	**1,2234**	**1,2234**	**1,2234**	**1,2268**
Sachsen	**56**	KCH, PAR, KB	1,0987	1,1114	1,0987	1,0987	1,0987	1,0999
Reg.-Kz.: 72		IP/FU	1,2319	1,2474	1,2319	1,2319	1,2319	1,2344

Diese Punktwertübersicht wurde nach Punktwertmeldungen der KZVen, die bis zum Erscheinen des Rundschreibens 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.**

17. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV),** K. d. ö. R., Köln

und der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

Änderung der Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung
(Anlagen 14a/14b BMV-Z),
hier: Muster 4 (Stand: 01.07.2020)

I. Das Muster 4 der vertragsärztlichen Versorgung in der ab dem 01.07.2020 geltenden Fassung wird auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung angewendet. Das Formular erhält das Format DIN A5 hoch. Für das Formular wird blauer Flächendruck verwendet. Die Rückseite des Formulars erhält die Farbe der Vorderseite.

Das Formular „Muster 4 – Verordnung einer Krankenbeförderung" gemäß Anlage 14a zum BMV-Z erhält ab dem 01.07.2020 folgende Fassung:

Zuzahlungspflicht | Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei | Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

- ☐ Unfall, Unfallfolge
- ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- ☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** ☐ **vor-/nachstationäre Behandlung**

b) ☐ **ambulante Behandlung** bei Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** *(Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)*

c) ☐ **anderer Grund**, z.B. Fahrten zu Hospizen: _____

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen *(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)*

d) ☐ **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall *(Begründung unter 4. erforderlich)*

e) ☐ **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate** *(Begründung unter 4. erforderlich)*

f) ☐ **anderer Grund für Fahrt mit KTW**, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich *(Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)*

MUSTER

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte *(Name, Ort)*

3. Art und Ausstattung der Beförderung

- ☐ Taxi/Mietwagen
- ☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Tragestuhl
- ☐ liegend
- ☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

4. Begründung/Sonstiges *(z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)*

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

Bitte die Fahrt immer durch den Versicherten quittieren lassen!

Bestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige die Durchführung der im Folgenden aufgeführten Fahrten

Datum	Fahrtstrecke *(von ... nach)*	Hin-fahrt	Rück-fahrt	Unterschrift des Versicherten
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	
T T M M J J	von nach	☐	☐	

MUSTER

Bestätigung des Transporteurs

Die Krankenbeförderung wurde gemäß der obigen Bestätigung durchgeführt.

Gültiger Zuzahlungsbefreiungsausweis für den Zeitraum der Krankenbeförderung wurde vorgelegt

(Die Angabe ist nicht bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus erforderlich)

☐ nein ☐ ja

Datum T T M M J J

Stempel/Unterschrift des Transporteurs

Abrechnungsdaten des Transporteurs

IK des Transporteurs

Belegnummer

Gesamt-Brutto ,

Rechnungsnummer

Zuzahlung ,

Positionsnummer	Anzahl	km	Positionsnummer	Anzahl	km

II. Die Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu Muster 4 gemäß Anlage 14b zum BMV-Z werden ab dem 01.07.2020 wie folgt gefasst:

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankenbeförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankenbeförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragszahnarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

Zuzahlungspflicht (1) | Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei (1) | Name, Vorname des Versicherten | geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

(2) Unfall, Unfallfolge

(2) Arbeitsunfall, Berufskrankheit

(2) Versorgungsleiden (z.B. BVG)

(3) Hinfahrt (3) Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) (4) **voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung** (4) **vor-/nachstationäre Behandlung**

b) (5) **ambulante Behandlung** bei Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** *(Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)*

c) (6) **anderer Grund**, z.B. Fahrten zu Hospizen: (6)

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen *(vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)*

d) (7) **hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie (7) vergleichbarer Ausnahmefall *(Begründung unter 4. erforderlich)*

e) (8) **dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate** *(Begründung unter 4. erforderlich)*

f) (9) **anderer Grund für Fahrt mit KTW**, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich *(Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)*

(10) 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am T T M M J J / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich T T M M J J

Behandlungsstätte *(Name, Ort)*

3. Art und Ausstattung der Beförderung

(11) Taxi/Mietwagen

(12) KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

(12)

(13) Rollstuhl

(13) Tragestuhl

(13) liegend

(14) RTW (15) NAW/NEF (16) andere

4. Begründung/Sonstiges *(z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)*

(17)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

❶ Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankenbeförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht" anzukreuzen.

Das Feld „Zuzahlungsfrei" ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe ❷),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe ❷) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

❷ Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),
- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

❸ Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragszahnarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur ggf. anfallende Wartezeit durch den Vertragszahnarzt unter ⓱ bestätigt werden.

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

❹ a) voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter ⓱ angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

❺ b) ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die genehmigungsfreie Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragszahnarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G" - erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr - im Schwerbehindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31.12.2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die mittels Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder ⓫ und ggf. ⓭ zu nutzen. Ist ein Krankentransportwagen erforderlich, ist die Fahrt unter ❾ zu verordnen.

❻ c) anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankenbeförderung aus „anderen Gründen" ist zulässig

für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen [§ 39a SGB V] und Kurzzeitpflegeeinrichtungen [§ 39c SGB V] als Leistung der Krankenkasse),

- für Fahrten zu einer stationsersetzenden ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgender Vor- oder Nachbehandlung,
- bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile ❻ zu erfassen.

Diese Beförderungsgründe sind für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

❼ d) hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie

In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zu diesen ambulanten Behandlungen verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

❼ vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter ⓱ zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

Dieser Beförderungsgrund ist für die vertragszahnärztliche Versorgung regelmäßig nicht relevant.

❽ e) dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld ❺ genannten Kriterien (Merkzeichen „aG", „Bl", „H", Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter ⓱ zu begründen.

❾ f) anderer Grund für Fahrt mit KTW, z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG", „Bl", „H" oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter ⓬ zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter ⓫ bis ⓯ anzugeben. Weiterhin ist unter ⓱ der Grund „Verlegung" zu erfassen.

❿ 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragszahnarztes oder fachliche Ausrichtung des Vertragszahnarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden. In diesen Fällen ist eine Begründung unter ⓱ anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragszahnarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten ggf. selbst zu tragen.

3. Art der Beförderung

⓫ Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter ⓭ zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

⓬ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankenbeförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit" des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maß-

geblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung einer Beförderung mittels KTW können zusätzlich die Felder unter ⓭ Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

⓭ Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl" ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl" ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend" ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

⓮ RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

⓯ NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

⓰ andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn die Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

⓱ 4. Begründung/Sonstiges

Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach ❼ und ❽.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter ⓾ nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter ⓾ nicht bekannt ist,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,
- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor-/Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung", sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,

- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankenbeförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

III. Das neue Formular sowie die Erläuterungen und Ausfüllhinweise finden ab dem 01.07.2020 Anwendung. Die vorliegende Änderungsvereinbarung tritt am Tag nach ihrer Unterzeichnung in Kraft.

Köln, Berlin ...15.06.2020.....

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung