

# **Kompaktinformationen für Poolärzte**

<b>1</b>	<b>Organisation des Bereitschaftsdienstes (BSD) in Bayern.....</b>	<b>3</b>
1.1	Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V.....	3
1.2	Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	3
1.3	Bereitschaftsdienstzeiten.....	3
1.4	Finanzierung des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	4
1.5	Unterschiede Notarzt versus Bereitschaftsdienstarzt.....	4
1.6	Bereitschaftspraxen.....	4
1.7	Pflichten im Bereitschaftsdienst.....	4
1.7.1	Erreichbarkeit.....	4
1.7.2	Berufshaftpflichtversicherung.....	5
1.7.3	Meldepflichten im Bereitschaftsdienst.....	5
1.7.4	Dokumentationspflicht.....	5
1.7.5	Aufbewahrungsvorschriften für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen.....	6
1.7.6	Leichenschau.....	6
1.8	Allgemeine Tipps.....	6
1.8.1	Ausrüstung / Notfallausrüstung.....	6
1.8.2	Vorbereitungen vor Dienstbeginn.....	7
1.8.3	Ihre Sicherheit.....	7
1.9	Unterschiede Poolärzte vs. Vertreter.....	7
<b>2</b>	<b>Abrechnung.....</b>	<b>8</b>
2.1	Allgemeines.....	8
2.1.1	elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	8
2.1.2	Onlineabrechnung.....	9
2.1.3	B€GO / EBM.....	10
2.2	Abrechenbare Leistungen.....	12
2.2.1	EBM-Leistungen.....	12
2.2.2	Bayernindividuelle Vergütungsregelungen.....	15
2.2.3	Behandlung von Asylbewerbern (§§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)).....	16
<b>3</b>	<b>Formulare.....</b>	<b>17</b>
3.1	Allgemeines zu Rezepten / Verordnungen.....	17

<b>3.1.1</b>	<b>Vordruckvereinbarung</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Kassenrezept (Muster 16)</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1.3</b>	<b>„Grünes Rezept“</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Privates Rechnungsformular / Privatverordnung</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.5</b>	<b>Verordnungen von Krankenhausbehandlung (Muster 2)</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.6</b>	<b>Krankentransport/Rettungsdienst-Verordnung (Muster 4)</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.7</b>	<b>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU-Bescheinigungen (Muster 1))</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.8</b>	<b>Sprechstundenbedarf</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Spezielle Verordnungen</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Verordnungen im Zusammenhang mit einem Katheterwechsel</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Verordnungen der „Pille danach“</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Betäubungsmittelverordnungen</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Enterale Ernährung</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Parenterale Ernährung</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten</b> .....	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Krankentransport</b> .....	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Rettungsdienst</b> .....	<b>21</b>
<b>4.3</b>	<b>Pflegedienst</b> .....	<b>23</b>
<b>4.4</b>	<b>Alten- und Pflegeheime</b> .....	<b>23</b>
<b>4.5</b>	<b>Haftanstalten</b> .....	<b>24</b>
<b>4.6</b>	<b>Bescheinigung der Gewahrsamsfähigkeit im Polizeigewahrsam</b> .....	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Fragen / Antworten, die Sie interessieren dürften</b> .....	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>Durchführung des Bereitschaftsdienstes - Ansprechpartner vor Ort</b> .....	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>Wichtige Rufnummern im Überblick</b> .....	<b>27</b>

## **1 Organisation des Bereitschaftsdienstes (BSD) in Bayern**

### **1.1 Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat die Aufgabe, die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten in ihrem Zuständigkeitsbereich sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Sicherstellung umfasst gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1b SGB V auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (so genannter „Notdienst“ - in Bayern als „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ organisiert). Die Organisation des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ist somit eine der zentralen Aufgaben der KVB. Die Krankenkassen sind an der Organisation des Bereitschaftsdienstes nicht beteiligt.

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst wird in den Regionen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Deutschland unterschiedlich organisiert. Die Entwicklung in Bayern war dabei angepasst an die regionalen Bedürfnisse und Gegebenheiten. In Bayern sind rund 21.000 Vertragsärztinnen und -ärzte zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet. Etwa 2.000 Ärztinnen und Ärzte in Bayern sind allerdings von der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst - aufgrund von Krankheit, Behinderung, Elternzeit, besonderer familiärer Verpflichtungen oder ähnlichem - befreit.

Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie des akuten ärztlichen Nachwuchsmangels, insbesondere hinsichtlich der frei werdenden Arztsitze in ländlichen Räumen, hat sich die Dienstbelastung für die dienstverpflichteten Ärzte (Dienstgruppen) jedoch inzwischen teilweise stark erhöht, so dass ein Handeln dringend erforderlich ist. Ziel war es, zumutbare Umstrukturierungen vorzunehmen, um so den Bereitschaftsdienst bayernweit flächendeckend sicherzustellen. Dies ging mit der Zusammenführung mehrerer Dienstgruppen einher, so dass sich die Anzahl der Bereitschaftsdienstbereiche verringert, sich gleichzeitig aber die Anzahl der Ärzte pro Bereitschaftsdienstbereich erhöht, so dass die Dienstfrequenz des einzelnen Bereitschaftsdienstarztes sinkt.

### **1.2 Vermittlung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes**

Die KVB betreibt eine Vermittlungs- und Beratungszentrale (VBZ), die bayernweit Anrufern den jeweils diensthabenden Bereitschaftsdienstarzt oder die nächstgelegene Bereitschaftspraxis vermittelt. Seit 2013 ist die VBZ unter der bundeseinheitlichen Telefonnummer 116 117 rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche zu erreichen. Seit 2006 bietet auch die GEDIKOM als Tochterunternehmen der KVB verschiedene Telefondienstleistungen wie unter anderem die Vermittlung im Bereitschaftsdienst an. Durch die VBZ der KVB sowie die GEDIKOM werden jährlich knapp 1,5 Millionen Patienten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst vermittelt und Notfälle direkt an die Rettungsleitstellen übergeben.

### **1.3 Bereitschaftsdienstzeiten**

Die Zeiten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes sind wie folgt festgelegt:

- Montag, Dienstag und Donnerstag jeweils von 18:00 Uhr bis einschließlich 08:00 Uhr des Folgetages
- Mittwoch von 13:00 Uhr bis einschließlich Donnerstag, 08:00 Uhr Freitag von 13:00 Uhr bis einschließlich Montag, 08:00 Uhr (Wochenenddienst)
- Am Vorabend eines gesetzlichen bzw. regionalen Feiertages, 18:00 Uhr bis einschließlich 08:00 Uhr des nächsten Werktages

- Am 24.12. (Heiligabend), 31.12. (Silvester) vom Vorabend ab 18:00 Uhr bis 08:00 Uhr des nächsten Werktages

#### **1.4 Finanzierung des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes**

Leistungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst werden aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) nach der Bayerischen Euro-Gebührenordnung (BÉGO) vergütet. Das heißt: Leistungen, die im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes erbracht werden, müssen von der Kassenärztlichen Vereinigung aus dem gleichen „Topf“ gezahlt werden, aus dem auch alle anderen ambulanten Leistungen der niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten zu finanzieren sind.

#### **1.5 Unterschiede Notarzt versus Bereitschaftsdienstarzt**

Es ist stets zu beachten, dass der Ärztliche Bereitschaftsdienst nicht mit der notärztlichen Versorgung verwechselt werden darf. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ist stets der Notarzt unter der Notrufnummer 112 zu verständigen. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst hingegen wird von den niedergelassenen Ärzten für diejenigen Patienten geleistet, die nicht lebensbedrohlich erkrankt sind, deren Behandlung jedoch nicht bis zur nächsten üblichen Sprechstunde warten kann.

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist nicht Teil des öffentlich-rechtlichen Rettungsdienstes. Die Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten durch den organisierten Fahrdienst und die Kommunikation über BOS-Funk ist - auch wenn entsprechende technische Anlagen im Fahrzeug des Fahrdienstleiters vorhanden sind - grundsätzlich nicht möglich.

#### **1.6 Bereitschaftspraxen**

Der Sitzdienst kann sowohl in den eigenen Praxisräumen des diensthabenden Arztes stattfinden, als auch in einer zentralen Bereitschaftspraxis. Sofern in einem Bereitschaftsdienstbereich eine Bereitschaftspraxis eingerichtet ist, muss der Sitzdienst während den Öffnungszeiten zwingend in der Bereitschaftspraxis geleistet werden (vgl. § 6 Abs. 2 Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB)).

Die KVB betreibt seit vielen Jahren mehrere Bereitschaftspraxen im Eigenbetrieb. Daneben gibt es Kooperations-Bereitschaftspraxen, welche sich meist an Krankenhäusern befinden und in der Regel auf Initiative der Ärzte vor Ort (zum Beispiel von Ärztenetzen) gegründet wurden

#### Fahrdienst für Hausbesuche

Hausbesuche sind im Rahmen des Bereitschaftsdienstes notwendig. Dabei gilt jedoch: Ob ein Hausbesuch gemacht wird, hängt von den jeweiligen Beschwerden des Patienten, also von der medizinischen Indikation ab. Die rechtliche Grundlage dafür findet sich in § 17 des Bundesmantelvertrags - Ärzte (BMV-Ä): „Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.“

#### **1.7 Pflichten im Bereitschaftsdienst**

##### **1.7.1 Erreichbarkeit**

Es besteht die Pflicht während des Bereitschaftsdienstes ständig telefonisch erreichbar zu sein. Beachten Sie hierzu auch die Vorgaben der Bereitschaftsdienstordnung der KVB (BDO-KVB) in der jeweils gültigen Fassung. Achtung: Die Erreichbarkeit über das

Mobiltelefon ist nicht überall störungsfrei gegeben. Im Zweifelsfall wird das dem Arzt angelastet. Probieren Sie Ihre Erreichbarkeiten über das Mobiltelefon ggf. regelmäßig aus.

Bitte beachten Sie bei jedem Telefonat (Einsatzvermittlung im Mobil- oder Festnetz) die Wahrung der Schweigepflicht. Im Gegensatz zum Notarztdienst gibt es für den Bereitschaftsdienst keine Vorschrift, nach der er innerhalb einer bestimmten Zeit beim Patienten sein muss. Die Alarmierungszeiten hängen natürlich von Entfernung, Straßenzustand und Witterung ab. Nehmen Sie immer vor der Anfahrt zu einem Hausbesuch mit dem Patienten telefonischen Kontakt auf. So erfahren Sie gezielt Näheres über den tatsächlichen Zustand und ggf. auch etwas über die soziale Situation vor Ort (zu Ihrer Sicherheit!). Wir weisen darauf hin, dass es sich zu diesem Zeitpunkt um keine vertragsärztliche Leistung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) handelt, da die Kontaktaufnahme vom Arzt und nicht vom Patienten ausgeht.

### **1.7.2 Berufshaftpflichtversicherung**

Voraussetzung für die Teilnahme am Poolarztssystem ist, dass der Poolarzt auf eigene Kosten eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, die in ausreichendem Umfang (notwendige Deckungssumme mindestens 3.000.000,- € für Personen- und Sachschäden) die Patientenbehandlung als Arzt / Ärztin im organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V absichert. Eine Haftung der KVB für Fehler des Poolarztes oder seiner Erfüllungshilfen / Verrichtungshelfen im Zusammenhang mit seiner Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist ausgeschlossen.

Alle Änderungen hinsichtlich dieser Berufshaftpflichtversicherung, insbesondere auch der Wegfall des Versicherungsschutzes, müssen der KVB unverzüglich mitgeteilt werden.

Falls für die Versicherung Durchschnittswerte von behandelten Patienten benötigt werden, können wir diese gerne auf Anfrage zur Verfügung stellen.

Da zwischen den Poolärzten und der KVB kein Angestelltenverhältnis besteht, gibt es auch keinen Unfallversicherungsschutz durch die KVB für Poolärzte.

### **1.7.3 Meldepflichten im Bereitschaftsdienst**

Auch für Ärzte im Bereitschaftsdienst bestehen bei entsprechenden Krankheitsbildern oder evtl. Verdachtsmomenten bestimmte Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG; vgl. § 6 Meldepflichtige Krankheiten bzw. entsprechender Krankheitsverdacht und § 7 Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern). Die Meldung muss so schnell wie möglich an das örtlich zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Bei Gesundheitsämtern sind hierfür im Regelfall sog. Notdienste eingerichtet. Das Amt entscheidet dann je nach Einzelfall über Sofortmaßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung der entsprechend meldepflichtigen Krankheiten z. B. über die prophylaktische Antibiotika-Einnahme von Kontaktpersonen bei Meningokokken-Meningitis oder über eine Isolation von Patienten mit Noro-Virus / Salmonellen.

### **1.7.4 Dokumentationspflicht**

Die ordnungsgemäße Dokumentation ist eine Pflicht des Arztes aus dem Berufsrecht und dem Behandlungsvertrag. Sie dient sowohl dem Arzt im Falle eines Behandlungsfehlervorwurfes als auch dem Patient zum Nachweis einer fachgerechten ärztlichen Behandlung. Die Dokumentation muss nach Patientenrechtegesetz die wesentlichen Aspekte zur Anamnese, Diagnose und Behandlung enthalten. Bei Risikopatienten, wie zum Beispiel im Bereitschaftsdienst, und bei Behandlungsverweigerung besteht eine gesteigerte Dokumentationspflicht.

### 1.7.5 Aufbewahrungsvorschriften für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen

Nach den geltenden Vorschriften sind ärztliche Aufzeichnungen aus dem Bereitschaftsdienst mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht (z. B. Strahlentherapie, berufsgenossenschaftliche Behandlung). Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist. Es ist jedoch auch zu beachten, dass Daten dann zu löschen bzw. zu sperren sind, wenn die Aufbewahrungsfrist geendet hat und kein sachlicher Grund für die weitere Vorhaltung der Daten vorliegt. Die Dokumentation auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien ist dann zulässig, wenn besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen getroffen werden, um deren Veränderungen, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern (§ 10 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns). Zu Beweis Zwecken sollten die Originalunterlagen (z. B. Arztbriefe) aufbewahrt werden. Bitte beachten Sie die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.

### 1.7.6 Leichenschau

Die Ärztliche Leichenschau spielt gerade im Ärztlichen Bereitschaftsdienst eine besondere Rolle. Sie gehört zu den in der Regel unbeliebten Aufgabenfeldern des Arztes. Fachliche und formale Unsicherheiten sowie schwierige Situationen vor Ort, zum Beispiel durch Konflikte mit Angehörigen und auch Polizeibeamten, treten regelmäßig auf. Dringend empfehlen wir Ihnen hierzu unser Seminarangebot „Krankheitsbilder im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und was dahinter stecken kann“.

### Honorarregelung Leichenschau

- Abhängig vom Zeitpunkt des Todes:
  - Patient verstirbt während der Behandlung: Alle Leistungen bis zum Todeseintritt können über Krankenkasse abgerechnet werden. Die Ausstellung der Todesbescheinigung ist PRIVAT in Rechnung zu stellen.
  - Arzt wird zu einer Leichenschau gerufen: Alle Leistungen sind PRIVAT nach GOÄ in Rechnung zu stellen.
- Die Kosten der Leichenschau tragen die Erben als Rechtsnachfolger. Gibt es keine Erben, muss der Staat (d. h. die Gemeindeverwaltung) aufkommen.

Informationen zur Abrechnung der Leichenschau erhalten Sie bei der [Bayerischen Landesärztekammer](#).

## 1.8 Allgemeine Tipps

### 1.8.1 Ausrüstung / Notfallausrüstung

Sinnvolle Anschaffungen sind u. a.:

- **Mobiles Chipkartenlesegerät:** Bei verschiedenen Herstellern (siehe Internet) erhalten Sie ein mobiles Chipkartenlesegerät, ggf. mandantenfähig, Vorbereitet zur Anzeige der Notfalldaten (Stufe 2). Achten Sie auf Desinfektionsfähigkeit mit üblichen Flächendesinfektionsmitteln.
- **Praxisverwaltungssystem (PVS):** Zur Abrechnung der erbrachten Leistungen benötigen Sie ein eigenes PVS.
- **Notfalltasche**

- **Formulare** (Muster 19, Arzneimittelrezepte, AU-Bescheinigungen etc.)
- **Sprechstundenbedarf** (Impfstoffe, Infusionsbestecke etc.)
- **Arztstempel**
- **Kugelschreiber, Edding-Stift:** Ein Edding-Stift (wasserfest) ist z. B. empfehlenswert für die Beschriftung aufgezogener Injektionslösungen in Einmalspritzen.
- **Notizblock:** Für Aufzeichnungen jeglicher Art benötigen Sie einen kleinen Notizblock.

### **1.8.2 Vorbereitungen vor Dienstbeginn**

Notieren Sie sich vor Dienstbeginn alle für den Dienst relevanten Rufnummern (KVB-VBZ, Kliniken inkl. vorhandene Fachabteilungen, diensthabende Apotheken, Krankentransportunternehmen, Notruf Rettungsdienst, Polizei, Pflegedienste mit Bereitschaftsdienst, Notdienste der örtl. Gesundheitsämter usw.).

### **1.8.3 Ihre Sicherheit**

Im Ärztlichen Bereitschaftsdienst besteht unter Umständen die Gefahr, dass es bei einem Hausbesuch zu Aggressionen kommt. Woher weiß der Patient also, dass der Besucher auch der angeforderte Hausbesuchsarzt ist? So beginnen oft die ersten Missverständnisse. Eine „warnfarbene“ Einsatzjacke oder Weste, wie sie z. B. im Notarztdienst üblich ist, kann für eine klare Erkennung sorgen. Sie werden feststellen: Der Ton der Begrüßung ist deutlich freundlicher. Fazit: Eine rote Jacke mit einem einfachen Namensschild oder ein Aufnäher mit der Aufschrift „ARZT“ etc. wirken deeskalierend.

Das Wichtigste ist, ein Gefahrenbewusstsein zu entwickeln. Keinesfalls dürfen Sie sich provozieren lassen. Vermeiden Sie Diskussionen über vorhergehende Behandlungen, gesetzliche Vorschriften oder „das Gesundheitswesen im Allgemeinen“, da diese sehr schnell eskalieren können. Hören Sie auf Ihre Instinkte und Körperreaktionen! Vor den allermeisten Angriffen kann man sich schützen, wenn man Abstand hält oder in Deckung geht. Die beste „Abwehrwaffe“ ist Ihre Stimme: Oft hilft ein lauter „Kommandoton“. Sprechen Sie mit dem Angreifer, wiederholen Sie, was Sie verstanden haben, erkennen Sie die emotionale Kränkung oder Beschwerde des Patienten als wichtig an.

## **1.9 Unterschiede Poolärzte vs. Vertreter**

Bisher gab es neben der klassischen Vertretertätigkeit auch die Möglichkeit sich als Nicht-Vertragsarzt zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst in einer bestimmten Dienstgruppe berechtigen zu lassen. Die Berechtigungen waren zeitlich befristet und werden mit Inkrafttreten der neuen BDO nun sukzessive durch Kooperationsvereinbarungen (Poolarztssystem) ersetzt. Die wesentlichen Unterschiede zwischen einer Teilnahme als Poolarzt sowie der klassischen Vertretung sind wie folgt:



## **Einteilung zum Bereitschaftsdienst**

Eine mögliche Dienstübernahme durch Poolärzte erfolgt über die Online-Tauschbörse im Mitgliederbereich über unsere Homepage [www.kvb.de](http://www.kvb.de).

Hier können Sie freie Bereitschaftsdienste übernehmen, Dienste zur Abgabe anbieten sowie Dienste tauschen.

## **2 Abrechnung**

### **2.1 Allgemeines**

#### **2.1.1 elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

Seit 01.01.2015 gilt die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung ist der GKV-Versicherte verpflichtet, seine eGK vorzulegen - auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Bei Notfallbehandlungen, in denen keine eGK vorgelegt werden kann, darf der Arzt das Ersatzverfahren anwenden. Hierzu ist der entsprechende Abrechnungsschein anzulegen (Datensatz Notfalldienst mit der Scheinuntergruppe „44“ Dies gilt auch bei ausschließlich telefonischer Beratung ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Zur Abrechnung werden die Daten der Krankenkasse, Name, Geburtsdatum und Postleitzahl des Versicherten, Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner) und nach Möglichkeit die Krankenversichertennummer benötigt.

#### **elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)**

Poolärzte benötigen ab 1. Oktober 2021 einen elektronischen Heilberufsausweis ([eHBA](#)), um in den Bereitschaftspraxen in Zukunft vollumfänglich tätig werden zu können.

Der eHBA ist in Bayern bei verschiedenen Herstellern bestellbar. Ansprechpartner für den Bestellprozess ist die zuständige Landesärztekammer.

#### **Auslandsabkommen**

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben die „Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte - Anlage 20 zum BMV-Ä - geändert.

Das heißt: Die Vordrucke Muster 80 und Muster 81 sind entfallen. Es gilt die neue Regelung, dass aus der Praxissoftware das neue Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ erstellt und unterschrieben werden muss.

Einen Überblick der Vorgehensweise bei im Ausland versicherten Patienten finden Sie im [Merkblatt besondere Kostenträger](#) unter dem Stichwort Abrechnung

### **2.1.2 Onlineabrechnung**

Laut Vorstandsbeschluss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Online-Abrechnung seit dem 01.01.2011 Pflicht.

Zur Generierung der Abrechnung benötigen Sie ein eigenes Praxisverwaltungssystem (PVS) (siehe auch S. 25). Die Abrechnung können Sie dann über das KVB-Mitgliederportal "Meine KVB" über die beiden sicheren Zugangswege KV-Ident Plus oder KV-SafeNet einreichen. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage der KVB unter <https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/it-online-services-ti/meine-kvb>.

Nach der Eintragung ins Arztregister bekommen Sie Ihre Zugangsdaten von der KVB. Sollten Sie diese bisher noch nicht bekommen haben, wenden Sie sich bitte an die Berater für Online-Themen unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 - 4 00 40 oder per E-Mail an [Online-Dienste@kvb.de](mailto:Online-Dienste@kvb.de).

Ihre Abrechnung muss in der Regel bis spätestens zum zehnten Kalendertag des ersten Monats nach Abschluss des Abrechnungsquartals online übermittelt werden. Der konkrete Termin wird jeweils in unserem Mitgliedermagazin [KVB FORUM](#) in den KVB-Infos bekannt gegeben.

Falls Sie hierzu Fragen haben oder gerne eine persönliche Beratung in Anspruch nehmen möchten, können Sie sich auch an unsere Berater „IT in der Praxis“ unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 - 4 00 40 wenden.

Weitere Infos zum Thema Onlineabrechnung finden Sie zudem auch in der KVB-Broschüre „Anwendungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die elektronische Abrechnung“, welche auf der Homepage der KVB unter [www.kvb.de/service/mitglieder-informationen/informationsmaterial/](http://www.kvb.de/service/mitglieder-informationen/informationsmaterial/) zu finden ist.

### **Zusätzliche Abrechnungsunterlagen per Postweg**

Den Abrechnungsunterlagen muss – neben Ihrer online übermittelten Abrechnung – die unterschriebene Sammelerklärung (bitte das Quartal eintragen) einschließlich notwendiger Unterlagen, wie beispielsweise Krankenscheine Sozialhilfe, beigelegt werden.

#### Anschrift für Briefsendungen:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
"Quartalsabrechnung"  
93031 Regensburg

Anschrift für Päckchen / Pakete:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Yorckstr. 15  
93049 Regensburg

Bitte vergessen Sie nicht, den Arztstempel einschließlich Betriebsstättennummer auf den eingereichten Unterlagen und auf dem Briefumschlag anzubringen!

**2.1.3 B€GO / EBM**

Seit 01.11.2009 werden die vertragsärztlichen Leistungen nach der regionalen bayerischen Euro-Gebührenordnung (B€GO) vergütet. Grundlage dafür ist der vom Bewertungsausschuss beschlossene Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen. Aus diesem und dem regionalen Punktwert ergibt sich die bayerische Gebührenordnung mit Euro-Preisen. In der B€GO sind dabei für alle vertraglichen Leistungen Gebührenordnungspositionen (GOPen) aufgelistet.

Die aktuelle B€GO finden Sie auf der Homepage der KVB unter [www.kvb.de/abrechnung/bego-ebm/](http://www.kvb.de/abrechnung/bego-ebm/)

Für Leistungen, die im Rahmen des organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienstes erbracht und abrechnet werden, muss das Muster 19 der ‚Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung‘ verwendet werden und der jeweilige Datensatz im Feld mit der Kennung 4239 (Scheinuntergruppe) gekennzeichnet werden:

<b>Scheinuntergruppe (SUG)</b>	
Allgemeiner Ärztlicher Bereitschaftsdienst	Fachärztlicher Bereitschaftsdienst
Rechnen Sie alle Leistungen über die SUG 44 „Notfalldienst mit Taxi“ ab - gilt für Sitz- und Fahrdienst	Rechnen Sie alle Leistungen über die SUG 41 „Ärztlicher Notfalldienst“ ab - gilt für Sitz- und Fahrdienst

Das Muster 19 enthält einen dreiteiligen Formularsatz (selbst durchschreibend):

- Muster 19a      Ausfertigung als Abrechnungsschein \*Aufbewahrungsfrist 1 Jahr
- Muster 19b      Ausfertigung für den weiterbehandelnden Arzt  
(ist dem weiterbehandelnden Arzt zuzustellen)
- Muster 19c      nur bei Nutzung als Vertretungsschein: Ausfertigung zum Verbleib  
beim vertretenden Arzt

**Freigabe 12.03.2008** 19

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Notfall-/Vertretungsschein**

ärztlicher Notfalldienst  Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung  Notfall  Quartal

Unfall Unfallsfolgen  Geschlecht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

**Befunde/Therapie** *bitte auf Teil b eintragen!* **Arbeitsunfähigkeit** *bescheinigt bis*

Teil b erhält wieserbehandelnder Arzt:

Tag Mon. Tag Mon.

Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel

Muster 19a (7.2008)

Abgrenzung der Begriffe „Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall“

➤ **Behandlungsfall:**

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

➤ **Krankheitsfall:**

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

➤ **Betriebsstättenfall:**

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

➤ **Arztfall:**

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

Weitere Informationen zum Thema „Abrechnung“ finden Sie [hier](#) auf unserer Homepage.

Umfassende Informationen zur Abrechnung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst Bayern erhalten Sie in unserem Fortbildungsangebot „Bereitschaftsdienst - Abrechnung und Verordnung: Tipps für Poolärzte“

## 2.2 Abrechenbare Leistungen

### 2.2.1 EBM-Leistungen

#### Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst gemäß Kapitel 1.2 EBM

##### **Abklärungspauschalen**

Die Abklärung einer Behandlungsnotwendigkeit und Koordination einer weiteren Behandlung wird mit der Abklärungspauschale vergütet. Diese sind nur berechnungsfähig, wenn sich herausstellt, dass die Erkrankung eines Patienten keiner sofortigen Maßnahme (Notfallbehandlung) bedarf, sondern der Patient durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung behandelt werden kann.

Berechnungsfähig am Tag (wochentags, 07:00 - 19:00 Uhr):

- **GOP 01205**, einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19:00 - 07:00 Uhr) und ganztägig an Wochenende, Feiertagen und 24./31.12.:

- **GOP 01207**, einmal im Behandlungsfall

##### **Was ist bei der Abrechnung der Abklärungspauschalen zu beachten:**

- Wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218) ist auch bei Abrechnung der neuen Abklärungspauschalen zwingend der Zeitpunkt der Leistungserbringung bei der Gebührenordnungsposition anzugeben (**Uhrzeitangabe in Feldkennung 5006**).
- Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse sind die gleichen wie bei den bestehenden Notfallpauschalen (GOP 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218). Zudem sind Leistungen, die bildgebende Diagnostik beinhalten (Kapitel 33 und 34) sowie Leistungen der Psychotherapie (Kapitel 35) neben den Abklärungspauschalen ausgeschlossen.

Wurden bei der ersten Inanspruchnahme die GOPen 01205 oder 01207 berechnet, können die Notfallkonsultationspauschalen nach den GOPen 01214, 01216 und 01218 bei einer weiteren Inanspruchnahme im Quartal **nur mit ausführlicher medizinischer Begründung** berechnet werden (Feldkennung 5009).

Bei den Notfallkonsultationen im organisierten Not(-fall)dienst wird differenziert zwischen dem ersten und ggf. weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten (APK). Während der Erstkontakt in Abhängigkeit von Wochentag und Uhrzeit nach GOP 01210 („Tagpauschale“) bzw. 01212 („Nachtpauschale“) zu berechnen ist, stehen für die Abrechnung der weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakte im organisierten Not(-fall)dienst für den gleichen Behandlungsfall die Gebührenordnungspositionen (GOP) 01214, 01216 oder 01218 zur Verfügung, die den Zeitpunkt der Inanspruchnahme berücksichtigen und entsprechend anzusetzen sind. Für einen telefonischen APK können nur dann die GOPen 01214, 01216 oder 01218 abgerechnet werden, wenn die Kontaktaufnahme vom Patienten ausgeht („Inanspruchnahme“ des Arztes durch den Patienten).

- **Notfallpauschalen**

Erster persönlicher Arzt-Patientenkontakt zu den Bereitschaftsdienstzeiten. Einmal im Behandlungsfall abrechenbar.

GOP            Notfallpauschale I

01210           • zwischen 07:00 Uhr und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

oder

GOP            Notfallpauschale II

01212           • zwischen 19:00 Uhr und 07:00 Uhr des Folgetages  
• ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall

GOP            Notfallkonsultationspauschale I

01214           • Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme außerhalb der in den Gebührenordnungspositionen 01216 und 01218 angegebenen Zeiten

GOP            Notfallkonsultationspauschale II

01216           • zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr  
• an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 Uhr und 19:00 Uhr

GOP            Notfallkonsultationspauschale III

01218           • zwischen 22:00 Uhr und 07:00 Uhr  
• an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 Uhr und 07:00 Uhr

### **Schweregradzuschläge**

Infolge des Krankenhausstrukturgesetzes sind die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren.

Für Patienten mit erhöhtem Behandlungsaufwand wurden **drei Schweregradzuschläge** in den EBM aufgenommen.

Berechnungsfähig am Tag (wochentags, 07:00 - 19:00 Uhr):

- **GOP 01223** - Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01210 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall

Berechnungsfähig in der Nacht (19:00 - 07:00 Uhr) und ganztägig an Wochenende, Feiertagen und 24./31.12.:

- **GOP 01224** - Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit bestimmten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall

- **GOP 01226** - Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 für Patienten mit **eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf** und bei **Neugeborenen, Säuglingen** und **Kleinkindern**, einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind an fest definierte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen geknüpft.

Voraussetzung ist das Vorliegen mindestens einer **gesicherten Behandlungsdiagnose** (Angabe ICD mit Zusatzkennzeichen für Diagnosesicherheit):

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus, Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70), Akute tiefe Beinvenenthrombose, Hypertensive Krise, Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9), Pneumonie oder Akute Divertikulitis.

In Ausnahmefällen können die Gebührenordnungspositionen bei Angabe einer ausführlichen schriftlichen medizinischen Begründung auch für andere schwere und komplexe Behandlungsdiagnosen abgerechnet werden (Feldkennung 5009).

**Hinweis:** Die Gebührenordnungspositionen 01224 und 01226 sind **nicht nebeneinander** berechnungsfähig.

### **Besuche gemäß Kapitel 1.4 EBM**

- **Hausbesuche**

GOP 01418 Besuch im organisierten Not(-fall)dienst N-Kennzeichnung (**GOP 01418N**) bei Nacht zwischen 19:00 Uhr und 07:00 Uhr erforderlich

GOP 01413 Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und / oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

Sowohl bei der Abrechnung der Notfallpauschalen (GOPen 01210, 01212) und Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216, 01218), als auch bei der Abrechnung des Besuches im Bereitschaftsdienst ist zwingend der Zeitpunkt der Leistungserbringung anzugeben (Uhrzeitangabe in Feldkennung 5006). Sie müssen aber nicht zu jeder Gebührenordnungsposition im Arzt-Patienten-Kontakt eine Uhrzeit angeben – es reicht aus, wenn Sie die Zeiten Ihrer Inanspruchnahme wie folgt in der Abrechnung mitteilen:

- Geben Sie die Uhrzeit einmalig in der Feldkennung 5006 zu der ersten Gebührenordnungsposition an.
- Finden an einem Tag zeitlich getrennt mehrere Arzt-Patienten-Kontakte statt, ist zu jedem Arzt-Patienten-Kontakt ein weiterer Behandlungstag mit demselben Datum (Feldkennung 5000) zu übertragen sowie die jeweilige Uhrzeit zu der ersten Gebührenordnungsposition dieses Kontaktes anzugeben.
- Dieselbe Uhrzeitangabe darf nicht mehrmals am gleichen Behandlungstag erscheinen.

- **Sonstige abrechenbare EBM-Leistungen**

Neben den Notfall(-konsultations)pauschalen sind ggf. weitere Einzelleistungen, wie z. B. Infusionen (GOP 02100), primäre Wundversorgung und / oder kleinchirurgische Eingriffe (GOP 02300, 02301, 02302), Sonographien oder Laborleistungen berechnungsfähig. Falls Sie Fragen zu den sonstigen abrechenbaren EBM-Leistungen haben, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 bzw. per E-Mail [Abrechnungsberatung@kvb.de](mailto:Abrechnungsberatung@kvb.de) an unsere Servicetelefonie Abrechnung.

## **2.2.2 Bayernindividuelle Vergütungsregelungen**

- **Wegepauschalen**

Für jeden durchgeführten Besuch haben Sie Anspruch auf eine Wegepauschale. Die Höhe der Wegepauschalen hängt von der Entfernung ab. Die Berechnung der Entfernungskilometer (Luftlinie) für die Zonen der Wegegebühren bei Hausbesuchen erfolgt immer vom Praxissitz aus, unabhängig davon, ob die Besuchsfahrten miteinander verbunden werden, und nicht wie häufig angenommen nach den gefahrenen Kilometern.

Da Poolärzte oftmals keine eigene Betriebsstätte in dem jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich haben, müssen Sie hier als Ausgangspunkt zur Berechnung der Wegepauschalen (nach B€GO) den Mittelpunkt des jeweiligen Einsatzbereiches heranziehen. Eine Liste mit den Gebietsmittelpunkten der Bereitschaftsdienstbereiche finden Sie auf der Homepage der KVB in der Rubrik Poolärzte unter dem Stichpunkt [Aufwandsentschädigung](#).

Dort sind auch Hinweise zur Ermittlung der Entfernungskilometer (Luftlinie) zu finden. Die im Rahmen des Fahrdienstes anzusetzenden Wegepauschalen werden zur Gegenfinanzierung des Fahrdienstes anteilig durch die KVB ausbezahlt.

- **Strukturpauschale (GOP 97200)**

Die Strukturpauschale (in Höhe von 7,00€) wird aufgrund der gesetzlichen Anforderungen an die Vereinbarung besonders förderungswürdiger Leistungen ab 01.07.2019 auf die GOP 01212 EBM bezogen. Das heißt, die Strukturpauschale wird weiterhin zu jeder abgerechneten und anerkannten GOP 01212 EBM vergütet. Die Vergütung der Strukturpauschale bei Abrechnung der GOP 01210 EBM an Mittwochen und Freitagen zwischen 13.00 Uhr und 19:00 Uhr entfällt.

Die Strukturpauschale wird automatisch durch die KVB zugesetzt. In Ihrer Abrechnung wird die Strukturpauschale unter der Nummer 97200 ausgewiesen.



#### **2.2.4 Behandlung von Asylbewerbern (§§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG))**

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Der Behandlungsanspruch wurde vom Gesetzgeber in § 4 AsylbLG auf folgende Sachverhalte begrenzt: Ärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen, Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verbandsmitteln für Schwangere und Wöchnerinnen. Außerdem umfasst der Behandlungsanspruch die Verabreichung von amtlich empfohlenen Schutzimpfungen, sowie medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen. Grundlage für die Behandlung gemäß § 4 AsylbLG ist stets ein vom jeweiligen Sozialhilfeträger ausgestellter, gültiger Behandlungsschein. Hier gilt die Unterscheidung zwischen zwei einheitlichen Behandlungsscheinen

- für Patienten mit eingeschränktem Behandlungsanspruch  
Asylbewerber, die eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) bis 15 Monate besitzen.
- für Patienten mit uneingeschränktem Behandlungsanspruch  
Asylbewerber, die sich ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten; Aufenthalt ab 15 Monate. Leistungen sind wie GKV abzurechnen.

Im Bereitschaftsdienst / Notfall gilt abweichend: Verwendung des Musters 19 (Notfall- / Vertreterschein) aber sofortige Eilanzeige der Notfallbehandlung beim zuständigen Sozialamt (14 Tagesfrist) notwendig; Krankenhaus-Einweisungen sind mit Ausnahme von Notfalleinweisungen nur mit Zustimmung des Sozialhilfeträgers zulässig.

Hinweis: Nicht zu den Asylbewerbern zählen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Diese haben einen Behandlungsanspruch nach SGB VIII entsprechend gesetzlich Krankenversicherten.

Bitte beachten Sie hierzu auch die aktuellen Informationen auf der Homepage der KVB unter der Rubrik Abrechnung.

Falls Sie noch zusätzliche Fragen zum Thema „abrechenbare Leistungen“ haben, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer 0 89 / 5 7093 - 400 10 bzw. per E-Mail an [unsere Abrechnung](#).

### 3 Formulare

#### 3.1 Allgemeines zu Rezepten / Verordnungen

Eine Übersicht, welche Informationen zum Thema Verordnungen Sie an welchen Stellen auf der Homepage der KVB finden, bietet Ihnen die Broschüre „Wo finde ich was?“ der KVB (Stand 10.06.2015) unter [dem Link Verordnungen](#).

##### 3.1.1 Vordruckvereinbarung

Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel verordnen: Für all das müssen Sie als Arzt Formulare verwenden. Die „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ schreibt vor, wie genau diese Vordrucke auszusehen haben.

Wie die Formulare auszufüllen sind und was in die einzelnen Feldern einzutragen ist, wird in der Vordruck-Erläuterung der KBV festgelegt und ausführlich beschrieben.

® [Formulare > Vordrucke](#)

##### Bezug der Formulare

Mit abgeschlossener Kooperationsvereinbarung zur freiwilligen Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst erhalten Sie gemäß aktueller Vordruckvereinbarung die Berechtigung bei der Fa. Kohlhammer GmbH die Formulare zu beziehen, die Sie im Rahmen der Teilnahme am organisierten Ärztlichen Bereitschaftsdienst benötigen.

Fa. Kohlhammer Verlag  
Verlag für Ärzte  
Heßbrühlstraße 69  
70565 Stuttgart  
Telefon: 07 11 / 78 63 - 73 55  
Fax: 07 11 / 78 63 - 84 00  
[www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)

##### Arztstempel

Zudem benötigen Sie zum Ausstellen von Formularen bei Patienten, die über eine gesetzliche Krankenversicherung versichert sind, einen Arztstempel, auf welchem mindestens die folgenden Informationen enthalten sind:

- Vor- und Zuname der verschreibenden Person
- Berufs- und Fachgebietsbezeichnung der verschreibenden Person (wenn keine Fachgebietsbezeichnung vorhanden, geben Sie bitte „Arzt“ an)
- Anschrift der verschreibenden Person (Praxisanschrift oder alternativ Wohnanschrift des Poolarztes, wenn keine Praxisanschrift vorhanden)
- (Mobile) Telefonnummer (Erreichbarkeit der verschreibenden Person für Rückfragen z. B. durch Apotheken)
- Ggf. Faxnummer
- BSNR (neunstellig)

Alternativ zur Wohnanschrift des Poolarztes kann die Adresse der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in München angegeben werden:

KVB München  
Postfach 20 11 16  
80011 München

Dem Berufsrecht entsprechende zusätzliche Angaben auf dem Stempeleindruck sind zulässig. Stempel können Sie unter anderem auch bei der Fa. Kohlhammer beziehen.

### **3.1.2 Kassenrezept (Muster 16)**

Ein korrektes und vollständiges Ausfüllen der Verordnungsvordrucke ist unerlässlich für die richtige Zuordnung Ihrer Verordnungen. Eine Ausfüllhilfe zur richtigen Ausstellung einer Verordnung nach Muster 16 finden Sie [hier](#) auf der Homepage der KVB auf dem Merkblatt „Ausstellen einer Verordnung: Muster 16“ (Stand: 06/2022). Die Formulare erhalten Sie gem. [Vordruckvereinbarung bei der Fa. Kohlhammer](#).

Im Weiteren verweisen wir auf das Merkblatt [Verordnung von Arzneimitteln für Kinder](#) (Stand: 01/2023).

Handschriftlich ausgefüllte Verordnungen sind nur ausnahmsweise möglich. Wenn die eGK nicht möglich ist oder die Karte nicht benutzt werden kann, weil für Hausbesuche kein entsprechendes Lesegerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Praxis mit den Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) vorgefertigten Formulare verwendet werden können, kann der Rezeptkopf handschriftlich ausgefüllt werden (sog. Ersatzverfahren). Folgende versichertenbezogene Daten werden benötigt:

- Die Bezeichnung der Krankenkasse, Kennnummer der Krankenkasse,
- der Name, das Geburtsdatum und die Postleitzahl des Wohnortes Ihres Patienten,
- der Versichertenstatus und nach Möglichkeit auch die Krankenversichertennummer.
- Daneben sind die BSNR und LANR des verordnenden Arztes
- und das Ausstellungsdatum anzugeben.

#### Hinweis:

- In der Regel sind im Bereitschaftsdienst nur die Packungsgrößen N 1 zu verschreiben - Überbrückung der sprechstundenfreien Zeit!
- Bitte achten Sie darauf, dass bei Verordnungen bei Asylbewerbern und Flüchtlingen als Kassenzugehörigkeit immer die zuständige Sozialhilfeverwaltung anzugeben ist.

### **3.1.3 „Grünes Rezept“**

Das Grüne Rezept dient folgenden Zielen: Es soll dem Patienten mitteilen, dass die Anwendung des so verordneten Medikamentes zwar medizinisch geboten ist, die Kosten jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Es soll eine Merkhilfe für den Patienten bezüglich Name, Wirkstoff, Darreichungsform, Packungsgröße etc. sein. Die Grünen Rezepte können Sie über den Formularversand der Fa. Kohlhammer beziehen.

### **3.1.4 Privates Rechnungsformular / Privatverordnung**

Für die Abrechnung mit Privatpatienten benötigen Sie ein privates Rechnungsformular. Bitte beachten Sie hier die gesetzlichen Vorgaben für diese Formulare. Verordnungen stellen Sie zudem auf einem Privatrezeptformular aus.

### **3.1.5 Verordnungen von Krankenhausbehandlung (Muster 2)**

Grundsätzlich gelten für die Einweisungen in ein Krankenhaus die „Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung“ sowie die gesetzlichen Bestimmungen. Gemäß § 6 der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie ist die Verordnung nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten überzeugt und das Ziel der Behandlung nach Einschätzung des behandelnden Arztes nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Die Formulare erhalten Sie gem. aktueller Vordruckvereinbarung bei der Fa. Kohlhammer Verlag.

### **3.1.6 Krankentransport/Rettungsdienst-Verordnung (Muster 4)**

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen der Krankentransport-Verordnung entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Merkblatt der KVB „Ausstellen einer Krankentransportverordnung“ (Stand 05.05.2015) unter [sonstige Verordnungen](#). Die Formulare erhalten Sie gem. aktueller Vordruckvereinbarung bei der Fa. Kohlhammer.

**3.1.7 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU)** Besteht bei einem Patienten Arbeitsunfähigkeit (AU), muss der Bereitschaftsdienst diese bis zum nächsten Werktag, an dem die hausärztliche Weiterbehandlung erfolgen kann, bescheinigen. Die eAU ist dabei auch für arbeitsfreie Tage sowie Wochenenden zu bescheinigen. Bitte beachten Sie hierzu auch unsere aktuellen Merkblätter, zu finden unter dem Link "[Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung](#)".

Bei sofortiger Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung ist erforderlichenfalls eine AU-Bescheinigung auszustellen; dies gilt auch dann, wenn der Beginn der AU mit dem Tag der Krankenhausaufnahme übereinstimmt. Bei stationärem Aufenthalt ist das Krankenhaus verpflichtet, den Patienten auf deren Verlangen hin eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage beim Arbeitgeber auszustellen. Besteht nach stationärem Aufenthalt die AU fort, so hat das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements die AU für bis zu sieben Tage zu bescheinigen, wenn die Voraussetzungen dafür vorliegen. Danach muss die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit wieder durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt vorgenommen werden.

## Todesbescheinigungen

Die im Zusammenhang mit der Leichenschau benötigten Formulare erhalten Sie bei der Fa. Kohlhammer.

### 3.1.8 Sprechstundenbedarf

Als Sprechstundenbedarf (SSB) gelten nur Arzneistoffe, Verbandmittel oder medizinisch-technische Mittel, die bei mehr als einem Patienten regelmäßig mit nur einem geringen Teil einer Einzelpackung in Ihren Behandlungsräumen bzw. bei Hausbesuchen angewendet werden und / oder bei Notfällen zur Verfügung stehen müssen. Zur Notfallbehandlung sind auch Einzeldosen verordnungsfähig.

In Bayern wird der Bezug des Sprechstundenbedarfs über die Sprechstundenbedarfsvereinbarung geregelt. Diese finden Sie auf unserer Homepage unter [Sprechstundenbedarf](#).

Ausschließlich die dort gelisteten Wirkstoffe in den jeweiligen Darreichungsformen sowie die dort aufgeführten medizinisch-technischen Produkte und Verbandstoffe sind verordnungsfähig. Die Kostenträger beanstanden regelmäßig Verordnungen von Mitteln, die in der SSB-Vereinbarung nicht ausdrücklich vorgesehen sind, und stellen Regressforderungen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch, dass die erste Ersatzbeschaffung gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung erst drei Monate nach Aufnahme der Poolarztstätigkeit erfolgen darf. Für Privatpatienten darf kein vertragsärztlicher Sprechstundenbedarf verwendet werden.

## 3.2 Spezielle Verordnungen

### 3.2.1 Verordnungen im Zusammenhang mit einem Katheterwechsel

Bitte beachten Sie hierzu unser Merkblatt Verordnungen im Zusammenhang mit einem Katheterwechsel in der [Rubrik Heil- und Hilfsmittel](#).

### 3.2.2 Verordnungen der „Pille danach“

Seit 15.03.2015 ist die Verschreibungspflicht für die so genannte „Pille danach“ (Wirkstoffe: Ulipristalacetat, Levonorgestrel) aufgehoben.

Die jetzt nicht mehr verschreibungspflichtige „Pille danach“ bleibt aber weiterhin für Mädchen und Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres (= ein Tag vor dem 22. Geburtstag) zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig (Muster 16).

Bitte beachten Sie hierzu das aktuelle Merkblatt unter der Rubrik Arzneimittel – Stichwort [Kontrazeptiva](#).

### 3.2.3 Betäubungsmittelverordnungen

Betäubungsmittel-Rezeptformulare (BtM-Rezepte) sowie Rezeptformulare zur Verordnung der Wirkstoffe Thalidomid oder Lenalidomid (T-Rezepte) können Sie über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bestellen.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  
Bundesopiumstelle  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  
53175 Bonn  
Telefon: 02 28 2 07 – 43 21

Beim Ausfüllen der Rezeptformulare sind dabei einige Punkte zu beachten. Bitte beachten Sie hierzu das [Merkblatt](#) „Ausstellen einer Betäubungsmittel-Verordnung“

### **3.2.4 Enterale Ernährung**

Bitte beachten Sie hierzu das aktuelle Merkblatt der KVB „Verordnung einer enteralen Ernährung“, siehe Arzneimittel unter [dem Buchstaben E](#).

### **3.2.5 Parenterale Ernährung**

Bitte beachten Sie hierzu das aktuelle Merkblatt der KVB „Verordnung von parenteraler Ernährung“, siehe Arzneimittel unter dem [Buchstaben P](#).

Falls Sie noch zusätzliche Fragen zum Thema Verordnungen haben, wenden Sie sich bitte unter der Rufnummer 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10 an unser Service-Telefon Verordnung.

## **4 Zusammenarbeit mit anderen Organisationseinheiten**

### **4.1 Krankentransport**

Im Rahmen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes müssen Patienten ggf. in eine Klinik eingewiesen werden. Handelt es sich dabei nicht um einen Notfall (Rettungswagen mit Sondersignal), sondern um einen zeitlich unkritischen Krankentransport (Qualifizierter Krankentransport) klären Sie im Vorfeld das Transportziel, in welches der Patient gebracht werden soll. Notieren Sie den Namen des aufnehmenden Klinikarztes / der Station etc. auf dem Einweisungsformular. Bestellen Sie dann den Transport bei einem privaten Krankentransportunternehmen oder bei der jeweiligen Rettungsleitstelle mittels Krankentransportwagen (KTW). Im Regelfall können Sie dabei ein Zeitziel abstimmen. Im Zweifelsfall, wenn die Tragweite von Erkrankungen / Verletzungen bei der orientierenden Erstuntersuchung nicht sicher eingeschätzt werden kann, entscheiden Sie sich für einen Notfalleinsatz - der Rettungswagen kommt binnen weniger Minuten mit Sondersignal zum Patienten.

Hinweis: Transporte mit einem privaten PKW oder Taxi können aus haftungsrechtlichen Gründen nur bei leichten Verletzungen / Erkrankungen verantwortet werden, deren Verlauf mit Sicherheit unproblematisch ist und die keine medizinische Betreuung oder Hilfestellungen durch Rettungsfachpersonal benötigen.

### **4.2 Rettungsdienst**

Als öffentliche Aufgabe wird der Rettungsdienst durch bundesländer-spezifische Rettungsdienst-gesetze (RDG) geregelt (Ausnahmen: Rettung auf See und im Luftverkehr). In den RDG werden Träger im öffentlichen Rettungsdienst, Finanzierungen, Hilfsfristen, Anforderungen an Rettungsleitstellen, Rettungsmittel und Rettungsdienstpersonal geregelt.

Integrierte Leitstellen (früher auch Rettungsleitstellen genannt) sind die Kommunikationszentralen eines jeden Rettungsdienstbereiches. Sog. „Integrierte Leitstellen“ (ILst) übernehmen dabei informative und koordinative Aufgaben. Sie sind die Schnittstelle zwischen Hilfesuchenden, Feuerwehren und Rettungsdiensten sowie Kliniken und Ärzten, Katastrophenschutz und sonstigen Notfalldiensten (Krisenintervention, Wasser- / Bergrettung, Technisches Hilfswerk etc.). Die integrierte Leitstelle entscheidet je nach Meldebild über Art und Umfang der zu alarmierenden Rettungsmittel bzw. weiterer benötigter Einsatzkräfte und hat immer einen umfassenden Überblick über die aktuelle Bettenbelegung bzw. Auslastung der Kliniken. Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sind im Regelfall sowohl rettungsdienst- als auch feuerwehr-erfahren und meist Rettungsassistenten.

Dadurch sind sie in der Lage Notrufe einzuschätzen, Notfallmaßnahmen zu initiieren (z. B. Telefonreanimation) und die Abläufe am Einsatzort nachzuvollziehen. Die Rettungsleitstellen erreichen Sie über den Notruf 112.

Rettungswagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW) sind in sog. Rettungswachen stationiert. In der Bundesrepublik gibt es rund 2.200 Rettungswachen, die in einer 24-Stunden-Bereitschaft mit den entsprechend notwendigen Rettungsmitteln ausgestattet und personell nach RDG qualifiziert besetzt sind.

Im Regelfall wird in Bayern bei einem Notarzteinsatz im sog. Rendezvous-System gearbeitet. Das Rendezvous-System ist eine in Deutschland praktizierte Einsatztaktik des Rettungsdienstes, bei der zwei Einheiten (Notarzteinsatzfahrzeug NEF und Rettungswagen RTW) parallel alarmiert werden und dann gemeinsam zum Einsatzort fahren, um dort Hilfe zu leisten. Sollte der Notarzt für den Patiententransport nicht weiter benötigt werden, kann er in diesem System sofort für weitere Einsätze zur Verfügung stehen.

Notruf: 112 - halten Sie sich dabei an das „W“-Schema: Wer ruft an? Wo ist es passiert? Was ist passiert? Welche Art Erkrankung / Verletzung? Warten auf Rückfragen!

Sind Angehörige Ihres Patienten vor Ort und in der Lage zu unterstützen, so beauftragen Sie jemanden, um den Rettungsdienst auf der Straße einzuweisen. Das lenkt ab, beruhigt und spart wertvolle Zeit: Außenlicht angeschaltet lassen, PKW auf der Straße mit Warnblinker abstellen, Winken, Zufahrtswege öffnen (Schranken / Tore / Türen), RTW einweisen und zum Patienten führen.

Bei einem Notruf erreichen oft sog. „First-Responder“ oder „Helfer vor Ort“ als Voreinheit des Rettungsdienstes den Notfallort. Bei Eintreffen des Rettungsdienstes informieren Sie kurz und knapp über: Notfallgeschehen, vorgefundene Situation, vorliegende Erkrankungen, Verletzungen, bekannte Vorerkrankungen, Medikation (wann/wie viel), bisher getroffene Maßnahmen - Dokumentation ggf. Einweisungsunterlagen übergeben.

Besondere Vorsicht ist geboten, wenn der Notarzt per Rettungshubschrauber (RTH) kommt. Lassen Sie lose Gegenstände am möglichen Landeplatz vor der Landung entfernen. Eine Annäherung an den RTH ist erst nach Freigabe durch die Besatzung möglich. Die Annäherung erfolgt nur von vorne in Blickkontakt zum Pilot. Wegen der in Rotation nahezu nicht erkennbaren Heckrotoren einiger RTH nie von hinten herantreten. Bei Seitenwechsel nur vor dem RTH herumgehen. In schrägem Gelände auf unterschiedlichen Abstand zwischen Boden und Hauptrotor achten - von Talseite nähern.

Über den Einsatz eines Rettungshubschraubers entscheidet die Rettungsleitstelle. Örtliche Gegebenheiten, Landemöglichkeiten, Wetter und Sicht, Patientenzustand und auch die Tageszeit spielen hierbei eine wichtige Rolle. Beim Einsatz eines Rettungshubschraubers wird aus Sicherheitsgründen Polizei und Feuerwehr automatisch mitalarmiert.

#### Transportbegleitung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Eine ärztliche Transportbegleitung im Rettungswagen durch den Bereitschaftsarzt ist immer problematisch, da eine Gebietsbesetzung im Bereitschaftsdienst dann nicht mehr gegeben ist. Der Bereitschaftsarzt darf sein Einsatzgebiet nicht verlassen, wenn kein Vertreter greifbar ist. Informieren Sie umgehend die Vermittlungs- und Beratungszentrale für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB. Erfordert ein instabiler Zustand des Patienten eine ärztliche Begleitung bzw. eine weiterführende medizinische Versorgung auf dem Transport in die Klinik, so ist der Notarzt über die Rettungsleitstelle 112 anzufordern. Auch die Besetzung eines Rettungswagens kann den Notarzt nachfordern.

### Übernahme eines Patienten vom Rettungsdienst

Das Rettungsdienstpersonal ist grundsätzlich verpflichtet, den Patienten einem Arzt zuzuführen, sofern der Patient dies wünscht. Stellt das Rettungsdienstpersonal bei einem Einsatz vor Ort fest, dass es momentan keinen medizinischen Grund für einen Kliniktransport gibt, dann können sie den Patienten nicht einfach zu Hause sich selbst überlassen. Sie müssen verpflichtend einen Arzt - eben den Ärztlichen Bereitschaftsdienst - dazu rufen. Sehen Sie als Arzt einen Hausbesuch nicht als notwendig an, müssen Sie zumindest eine ausführliche telefonische Beratung des Patienten durchführen und damit die Verantwortung übernehmen.

### Transport agitierter/aggressiver Patienten

Eine Sedierung agitierter und / oder aggressiver Patienten vor einem Kliniktransport ist gut zu überlegen. Vorteil: Angenehmer und stressfreier Transport für Patient und Personal; Nachteil: Durch Medikamente veränderte Symptomatik bei Eintreffen in der Klinik. Eine Sedierung gegen den Willen des Patienten soll möglichst nicht ohne entsprechende richterliche Beschlüsse erfolgen. Bei Transportverweigerung des Patienten im Rahmen einer Unterbringung ist die Polizei hinzuzuziehen (Alarmierung über 112 - Rettungsleitstelle, da somit gleichzeitig Polizei und Rettungswagen alarmiert werden).

### **4.3 Pflegedienst**

Viele örtliche Pflegedienste bieten einen Sonn- und Feiertagsdienst (Pflege-Bereitschaftsdienst) an. Bei entsprechender Qualifikation können diese auch dringende Pflegeleistungen, Überwachung von Kreislauffunktion und Blutzucker, Injektionen (Heparin, Insulin - aber nicht i. v.), Verbandwechsel und Harnblasenkatheterisierung übernehmen. Die örtlichen Rufnummern entnehmen Sie bitte dem regionalen Telefonbuch.

### **4.4 Alten- und Pflegeheime**

Einsätze in Altenheimen sind meist recht komplex. Im Regelfall haben Sie es mit multimorbiden Patienten, Demenzkranken, Defektzuständen nach Apoplex oder mit Folgen rezidivierender Stürze zu tun. Häufige Akut- und Notfälle im Ärztlichen Bereitschaftsdienst sind: Polypharmakotherapie (Probleme: Einnahme, Neben- u. Wechselwirkungen), dekompensierte Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Delir, gastrointestinale Blutung, pulmonale Störungen und Stürze.

Bei der Erhebung der Anamnese und Befunde gelten einige Besonderheiten: Ängste erkennen und abschwächen, Eigenanamnese ist erschwert (sichere Informationsquellen: Pflegekräfte, Pflegedokumentation / Bewohnerakte), ggf. Zusatzinformationen durch Angehörige abfragen, schonende und gründliche Untersuchung - Abfrage zu Ess- und Trinkverhalten. Eine Indikation zur Klinikeinweisung besteht grundsätzlich dann, wenn sich die Symptome unter bereitchaftsärztlicher Therapie nicht nachhaltig verbessern, besonders schwerwiegende Begleiterkrankungen vorliegen oder wenn die zeitlichen Möglichkeiten des Bereitschaftsdienstes überschritten werden. Umgekehrt ist eine Klinikeinweisung dann als sinnlos zu erachten, wenn sie nicht auch therapeutische Konsequenzen und einen definitiven Nutzen für den Patienten beinhaltet. Ebenso spielen der Patientenwille, die fachliche Kompetenz (und Personalstärke) und die Versorgungsmöglichkeiten in einem Heim (z. B. Sauerstoffinhalation) sowie eine zeitnahe hausärztliche Weiterbehandlung eine Rolle. Hierzu empfiehlt sich ggf. die Kontaktaufnahme mit dem Kollegen / der Kollegin. Eine Entscheidung zum Verbleib des Patienten vor Ort muss im Einsatzprotokoll (verbleibt beim Patienten / Bewohnerakte) dokumentiert werden. In Anbetracht der besonderen Herausforderungen durch hochbetagte, multimorbide Patienten behandeln wir die im Bereitschaftsdienst



relevanten Besonderheiten in der Fortbildungsreihe ‚Bereitschaftsdienst‘. Termine entnehmen Sie bitte dem Seminarplan der KVB.

#### **4.5 Haftanstalten**

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst wird dann in eine Haftanstalt gerufen, wenn der Anstaltsarzt bzw. dessen Vertretung nicht erreichbar sind. Beachten Sie, dass Patienten evtl. aggravieren oder auch aktiv Krankheiten vortäuschen und / oder herbeiführen können, um einen Krankenhausaufenthalt mit evtl. Ausbruchsmöglichkeiten zu erzwingen. Andererseits können durch eine Haft z. B. Magenulzera aufbrechen oder psychische Dekompensationen auftreten. Ebenso haben Sie es unter Umständen mit Drogenabhängigen, HIV-Positiven und mit erheblichen Sprachproblemen bei Abschiebehäftlingen zu tun. Erwägen Sie den Patienten ggf. in ein Haftkrankenhaus verlegen zu lassen. Eine Verrechnung Ihrer Leistungen ist nur nach GOÄ zum Einfachsatz mit der Anstaltsleitung möglich.

#### **4.6 Bescheinigung der Gewahrsamsfähigkeit im Polizeigewahrsam**

Der im Bereitschaftsdienst tätige Arzt ist zwar grundsätzlich nicht verpflichtet, im Auftrag der Polizei tätig zu werden und die Gewahrsamsfähigkeit einer in Polizeigewahrsam genommenen Person festzustellen. Da es sich aber bei der Frage der Gewahrsamsfähigkeit nicht selten gleichzeitig um die Behandlung eines Akutpatienten handelt, gehört die Untersuchung des Patienten im Hinblick auf dessen Gewahrsamsfähigkeit dann zu den Aufgaben des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, wenn die Polizei den Bereitschaftsdienst aufsucht oder der im Gewahrsam Befindliche einer sofortigen ärztlichen Hilfe und nicht nur einer Begutachtung bedarf. Prüfen Sie ggf. immer eine Klinikeinweisung!

Der Arzt hat in solchen Fällen eine Verpflichtung, die in Gewahrsam befindliche Person notfallmäßig zu versorgen und dann, da er ja schon tätig wurde, als Annex zur Behandlung eine Aussage zur Gewahrsamsfähigkeit zu treffen. Die Weigerung eines Arztes im Bereitschaftsdienst, eine in Gewahrsam genommene Person zu untersuchen, kann straf- und zivilrechtliche Konsequenzen haben.

Von der Gewahrsamsfähigkeit sind die Haftfähigkeit im Rahmen der Untersuchungshaft sowie die Vollzugsfähigkeit einer Person zur Vollstreckung einer Freiheitsstrafe zu unterscheiden. Ein Arzt im Bereitschaftsdienst ist zur Beurteilung einer Haftfähigkeit nicht verpflichtet.

### **5 Fragen / Antworten, die Sie interessieren dürften**

#### **Kann es passieren, dass ein Bereitschaftsdienstarzt / Poolarzt in Regress kommt?**

(Beispiel: Ein HIV-Patient hat keine Medikamente mehr und der Bereitschaftsarzt verschreibt diese, da eine kontinuierliche Einnahme wichtig ist)

Ziel des Bereitschaftsdienstes ist die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Zeiten, in denen die Praxen geschlossen sind. Die Versorgung mit Arzneimittel ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Dazu gehören im Einzelfall auch solche Fälle (Patient hat vergessen, sich seine Arzneimittel verordnen zu lassen). Der Bereitschaftsdienst dient zur Überbrückung des Zeitraumes. Bei Verordnung von Arzneimitteln sind in der Regel die Packungsgröße N 1 (zur Überbrückung) zu verordnen. Wichtig ist die Dokumentation der Diagnose. Darüber hinaus geht aus der Abrechnung hervor, dass der Patient im Rahmen des Bereitschaftsdienstes behandelt wurde. Ein generelles Regress-Risiko ist auch für Sie als Poolarzt nicht auszuschließen, wenn Sie sich nicht an die gesetzlichen Vorgaben halten.

### **Was passiert, wenn ein Bereitschaftsdienstarzt / Poolarzt ein Medikament / ein Hilfsmittel verschreibt, das nicht verschreibungsfähig ist?**

Es ist nicht auszuschließen, dass die Krankenkassen bei unzulässig verordneten Arzneimitteln Rückforderungsanträge stellen. Grundsätzlich enthält die Praxisverwaltungssoftware eine Arzneimitteldatenbank, in der Verordnungsausschlüsse und -einschränkungen bei den Arzneimitteln angezeigt werden. Die rechtliche Grundlage für die Verordnung von Arzneimitteln bildet die Arzneimittel-Richtlinie - dort sind Verordnungsausschlüsse wie auch Verordnungseinschränkungen geregelt. Eine Übersicht zu Arzneimitteln finden Sie auf der KVB-Homepage. Darüber hinaus bieten wir gerne Beratungen zu diesem Thema an. Zudem gibt es zu diesem Themenkomplex zahlreiche, hilfreiche Apps (kostenfrei - auch offline nutzbar).

### **Was passiert, wenn ein Bereitschaftsdienstarzt / Poolarzt ein Medikament verschreibt, das die jeweilige Kasse nicht zahlt bzw. bei welchem die jeweilige Kasse einen anderen Hersteller verlangt?**

Bei vielen Wirkstoffen haben die Krankenkassen zwischenzeitlich Rabattverträge - diese müssen Sie als Arzt aber nicht kennen. Der Austausch hin zu rabattierten Arzneimitteln geschieht in der Apotheke. Um den Austausch zuzulassen, ist darauf zu achten, dass das aut-idem Feld nicht angekreuzt wird.

Wir empfehlen grundsätzlich eine Wirkstoffverordnung zu machen, denn dann gibt der Apotheker entweder ein Rabatt-Arzneimittel ab oder, wenn kein solcher Vertrag existiert, eines der drei Preisgünstigsten. Im Bereitschaftsdienst kann es natürlich seitens der Apotheken auch zur Nicht-Abgabe eines Rabatt-AM kommen, da die Apotheken nicht für alle Kassen entsprechende Rabatt-AM vorrätig haben können (Die Apotheke kann dies aber auch mit einer Pseudo PZN kennzeichnen). Der Arzt ist daher mit einer Wirkstoffverordnung normalerweise immer auf der sicheren Seite.

Am Beispiel einer Antibiotikaverordnung: Nach Ihrer Beurteilung ist Cefuroxim 500mg 12 Stück (Original: Elobact 500mg) angezeigt. In einem solchen Fall können Sie bereits ein Generikum verordnen, aber auch das Originalpräparat. Wichtig: Keine Kennzeichnung des aut-idem-Feldes bewirkt, dass der Apotheker das rabattierte Arzneimittel - entsprechend der jeweiligen Krankenkasse - ausgibt. Ansonsten hat der Apotheker eine Prüfpflicht bei Arzneimitteln der Negativliste und bei Arzneimitteln, die bei Erwachsenen nicht - ohne Ausnahmeindikationen - verschreibungsfähig sind.

In der Regel sind im Bereitschaftsdienst nur die Packungsgrößen N 1 zu verschreiben - Überbrückung der sprechstundenfreien Zeit!

### **Gibt es eine kostenlose Abrechnungs-Software bzw. eine Option zur unkomplizierten Online-Dokumentation für Pool-Ärzte oder muss ein eigenes Praxisverwaltungssystem (PVS) verwendet werden?**

In den Bereitschaftspraxen der KVB/Gedikom ist ein PVS vorhanden (esQlab.online), über das die erstellten Scheine auch direkt mit der KVB abgerechnet werden können. Die darüber erstellten Scheine bekommen Sie zu Dokumentationszwecken zum Ende eines Dienstes als Ausdruck ausgehändigt. Sollten Sie nur Dienste in KVB/Gedikom betriebenen Bereitschaftspraxen übernehmen, wäre es somit grundsätzlich möglich die Abrechnung auch ohne ein eigenes PVS vorzunehmen.

Wenn Sie jedoch auch Fahrdienste übernehmen oder aber die Scheine nach dem Dienst in einer BPx vor der Einreichung zur Abrechnung noch überarbeiten wollen, dann gibt es unseres Wissens keine kostenlose Alternative zur Anschaffung eines eigenen Praxisverwaltungssystems. Die KBV gibt eine Liste aktueller, zertifizierter Softwareanbieter / -vertreiber heraus. Hier gibt es speziell für den Bereitschaftsdienst minimalisierte, geeignete Lösungen.

### Klinikkooperationen

Zur Unterstützung der Patiententriage werden in den neu strukturierten Regionen zentrale Bereitschaftspraxen an Kliniken mit Notfallambulanzen errichtet. Dies hat den Vorteil, dass ambulante Patienten, welche in der Notfallambulanz erscheinen, direkt in der Bereitschaftsdienstpraxis behandelt werden können. Zudem werden die Klinikambulanzen den Sitzdienst zu den Nachtzeiten übernehmen.

### Organisierter Fahrdienst

Der organisierte Fahrdienst soll den diensthabenden Arzt im Fahrdienst unterstützen, indem ein Fahrzeug mit Fahrer von der KVB gestellt wird. Der Fahrservice soll dafür sorgen, dass Ärzte im Fahrdienst entlastet werden. Insbesondere bei längeren Fahrten zu Hausbesuchen trägt dies auch ein Stück zur Sicherheit der Ärzte bei, da diese dann nicht mehr mit dem eigenen Auto ohne Begleitung zu Einsätzen an ihnen unbekanntenen Orten und Wohnquartieren fahren müssen, was insbesondere in den Nachtstunden von vielen Ärzten häufig als unangenehme / bedrohliche Situation wahrgenommen wird.

Für Sie als Poolarzt ist wichtig, dass bei Übernahme eines Bereitschaftsdienstes im Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst besondere Abrechnungsbestimmungen gelten:

- **Scheinuntergruppe 44**

Alle Leistungen, die Sie im Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst erbringen, sind auf der Scheinuntergruppe 44 (Notfalldienst mit Taxi) anzusetzen. Dies gilt für den Fahrdienst und den Sitzdienst.

- **Wegepauschalen** (nach B€GO)

Die von Ihnen im Rahmen des Fahrdienstes anzusetzenden Wegepauschalen werden zur Gegenfinanzierung des Fahrdienstes anteilig durch die KVB ausbezahlt. Aus diesem Grund ist eine Angabe der entsprechenden Abrechnungsziffer erforderlich.

Den Zeitanteil der Wegepauschalen wird für die aufgewendete Zeit zur Fahrt zum Patienten zugeteilt und als Honorar ausbezahlt.

- Auszahlung der Wegepauschale bei Tag 64 %
- Auszahlung der Wegepauschale bei Nacht 69 %

Bitte beachten Sie die geltenden **Abrechnungsbestimmungen**:

Um die Wegepauschalen vergütet zu bekommen, geben Sie zu jedem Besuch, der mit dem organisierten Fahrdienst im ärztlichen Bereitschaftsdienst absolviert wurde, entweder die entsprechende **Zone Z1 - Z4** oder die jeweilige Wegepauschale nach den Ziffern **40220 - 40230** bzw. **95162 - 95167** an.

Bei der Abrechnung dieser Leistungen geben Sie bitte im Abrechnungsdatensatz im Feld mit der Kennung 4239 (Scheinuntergruppe) die Kennzeichnung „44“ an.

## **6 Durchführung des Bereitschaftsdienstes - Ansprechpartner vor Ort**

[Informationen zum Bereitschaftsdienst auf der KVB-Homepage](#)

[Servicenummern im Überblick](#)