Informationen zum Ärztlichen Notfalldienst

NOVEMBER 2023

ERLÄUTERUNGEN
FÜR NEUE VERTRAGSÄRZTE

Konzept „Notbremse“ ist hier berücksichtigt!

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Inhalt

3 Vorwort

4 EINSTIEG LEICHT GEMACHT
4 _ Was ist vor dem ersten Bereitschaftsdienst zu beachten?
4 _ Dienstplanungstool BD-Online
5 _ Regelungen im Notfalldienst
6 _ Vergütung und Förderung
7 _ Was ist bei der Abrechnung zu beachten?
7 _ Wann bekomme ich die Förderung
8 _ Arztstempel
8 _ Hinweise zur Dokumentation und zu den Formularen

10 SCHNELLEINSTIEG FÜR DAS DIENSTPLANUNGSTOOL
10 _ BD-Online im organisierten Notfalldienst

14 ÜBERSICHT NOTFALLPRAXEN
14 _ Allgemein
15 _ Augen
16 _ HNO
17 _ Kinder

18 LEITFADEN ZUR ABRECHNUNG IM ORGANISIERTEN NOTFALLDIENST
18 _ Erläuterungen zur Abrechnung gemäß EBM
18 _ Allgemeine Hinweise
19 _ Übersicht GOP
22 _ Arztgruppenspezifische Leistungen
25 _ Wegegebühren

26 ERLÄUTERUNG ZUR ANLAGE 17A
26 _ Strukturpauschale
26 _ Förderung/Stunde
26 _ Zusätzliche Fahrpauschale

27 VERORDNUNGSLEITFADEN FÜR DEN ORGANISIERTEN NOTFALLDIENST
27 _ Grundsätze
27 _ Verordnung auf Kassenrezept (Muster 16)
30 _ Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
31 _ Größte Vorsicht bei Off-Label-Verordnung
31 _ Aut-idem-Kreuz
33 _ Kontrazeptiva auf Kassenrezept
33 _ Betäubungsmittel
34 _ Vorgaben zu Schutzimpfungen
35 _ Verordnung von Hilfsmitteln
35 _ Verordnung von Krankentransporten (Muster 4)
36 _ Bezug von Sprechstundenbedarf im Notfalldienst
36 _ Wirtschaftlichkeitsprüfung
37 _ Ansprechpartner zur Verordnung

38 NOTFALLDIENSTORDNUNG
38 _ Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

50 STATUT ZUR NOTFALLDIENSTORDNUNG
50 _ Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

54 SERVICE
54 _ Kontakt / Ansprechpartner
55 _ Impressum

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung aller Bürger ist eine der wichtigsten gesetzlichen Aufgaben der KVBW. Hierzu gehört auch die Sicherstellung außerhalb der Sprechstundenzeiten mit einem organisierten Notfalldienst (NFD).

Die Beteiligung am organisierten Notfalldienst ist für alle Ärztinnen und Ärzte, unabhängig von der Fachgruppe und damit fachübergreifend, Pflicht. Die Rahmenbedingungen des Notfalldienstes sind in der Notfalldienstordnung (NFD-O) und dem dazugehörigen Statut geregelt, die Sie in dieser Broschüre als Anlagen finden. In den drei Fachgruppen Kinder- und Jugendmedizin, Augen- sowie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde hat sich die Einrichtung von sogenannten gebietsärztlichen Diensten bewährt. Für alle anderen Fachgruppen ist die Beteiligung am allgemeinen Notfalldienst verpflichtend.

Um eine unkomplizierte Vertretung zu ermöglichen, hatte die KVBW bei der Notfalldienstreform vor zehn Jahren ein Poolarztsystem etabliert. Damit konnten weitere qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (Rentner, Krankenhausärzte, Ärzte in Weiterbildung etc.) im Notfalldienst tätig werden und Dienste übernehmen. Zuletzt haben rund 3.000 Poolärzte dazu beigetragen, die Dienstbelastung der Niedergelassenen zu reduzieren. Leider hat das Bundessozialgericht (BSG) am 24.10.2023 ein Urteil für Poolärzte im zahnärztlichen Bereitschaftsdienst gefällt, das auch Auswirkungen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst hat.

Das BSG-Urteil hat dazu geführt, dass wir die Tätigkeit mit den Poolärztinnen und Poolärzten sofort beendet und eine „Notbremse“ gezogen haben. Die KVBW reduziert vorübergehend die Zahl und die Öffnungszeiten der Notfallpraxen sowie der Fahrdienste, weil der bisherige Umfang des ärztlichen Bereitschaftsdienstes ohne Poolärzte nicht gestemmt werden kann. Die „Notbremse“ ist eine Übergangslösung bis wir die genauen Konsequenzen des Urteils kennen. Erst dann können wir entscheiden, wie der ärztliche Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg künftig organisiert wird.

Mit dieser Broschüre geben wir allen, die neu ins System kommen, aber auch denjenigen, die sich bislang haben vertreten lassen, wichtige Informationen rund um das Thema Notfalldienst an die Hand. Ihre regionalen Ansprechpartner für alle praktischen Dinge vor Ort sind die Notfallpraxisbeauftragten (NFP-BA) und Kreisbeauftragten (KBA). Diese ärztlichen Kolleginnen und Kollegen setzen mit großem Engagement die NFD-ordnung regional um.

Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Mitarbeitenden des Geschäftsbereichs Notfalldienst und neue Versorgungsformen für Fragen rund um den Notfalldienst zur Verfügung. Umfassende Informationen und eine FAQ finden Sie auch auf der KVBW-Homepage: www.kvbawue.de

Wir hätten die Organisation im NFD gerne wie bisher fortgeführt. Unser Dank gilt den Poolärztinnen und Poolärzten für die gute Zusammenarbeit und Entlastung in all den Jahren. Die KV Baden-Württemberg wird bei der Weiterentwicklung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auch künftig rechtssichere Vertretungsmöglichkeiten für unsere Mitglieder erarbeiten.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Doris Reinhardt
Stv. Vorstandsvorsitzende

Einstieg leicht gemacht

Was ist vor dem ersten Bereitschaftsdienst zu beachten?

Bitte nehmen Sie mit dem Notfallpraxisbeauftragten bzw. der Koordinatorin (leitende MFA der Notfallpraxis) Kontakt auf, um den Prozessablauf des jeweiligen Notfalldienstbereiches in Erfahrung zu bringen. Die Koordinatorin oder der ärztliche Leiter der jeweiligen Notfallpraxis wird Ihnen die internen Modalitäten z.B. die Abrechnungssoftware erläutern. Die Kontaktdaten hierzu erhalten Sie von den Mitarbeitern des Geschäftsbereichs Notfalldienst und neue Versorgungsformen.

Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt muss bei Verhinderung rechtzeitig für eine geeignete Vertretung sorgen. Ist ihm dies aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat kurzfristig nicht möglich, hat er dies dem örtlichen Notfallpraxisbeauftragten unverzüglich mitzuteilen.

Umsetzung der Telematik-Infrastruktur auch in den Notfallpraxen in Baden-Württemberg

Aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Praxisanbindung an die Telematik Infrastruktur (TI) besteht auch für die in BW etablierten Notfallpraxen eine Anbindungspflicht. Über die TI wird ein sicherer digitaler Austausch der sensiblen Patientendaten zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen ermöglicht. Darunter fallen Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser als auch die Apotheken.

Im Laufe des Jahres 2024 werden wir die KV-geführten Notfallpraxen in Baden-Württemberg mit einem neuen, einheitlichen PVS ausstatten und in dem Zuge auch an die TI anbinden. Dann benötigen Sie in Ihrem Dienst einen eigenen eHBA.

Wir machen darauf aufmerksam, dass ab dem Zeitpunkt der Umstellung und TI-Anbindung ein gültiger eHBA zu den Diensten in der Notfallpraxis und auch im Fahrdienst Voraussetzung ist, um eine vollständige Behandlung zu ermöglichen.

Der eHBA ist Voraussetzung, um die vom Gesetzgeber geforderten digitalen Anwendungen umzusetzen. Hierunter fällt heute bereits das Ausstellen einer eAU und in der Folge auch das eRezept. Weitere Anwendungen werden folgen. Der eHBA ermöglicht eine rechtsgültige Signatur der bisher manuellen Zeichnung der Formulare.

Ihr eHBA kann in der Notfallpraxis vor dem ersten Dienst gemeinsam mit dem Praxispersonal aktiviert werden. Sollten Sie Unterstützung benötigen, sprechen Sie die Praxisteams gerne direkt an.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Förderung in Bezug auf die Anschaffungskosten des eHBA. Nähere Informationen dazu sowie Kontaktdaten zu den Anbietern finden Sie bei der Landesärztekammer:
https://www.aerztekammer-bw.de/ehba

Weiteres zum eRezept und der eAU finden Sie hier:
- https://www.kbv.de/html/erezept.php
- https://www.kbv.de/html/e-au.php

Dienstplanungstool BD-Online

Das Dienstplanungstool BD-Online ist für alle am Notfalldienst teilnehmenden Ärzte verpflichtend. Zum Aufruf von BD-Online stehen Ihnen zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Am einfachsten erreichen Sie die Anwendung BD-Online per Direktaufruf im Internet. Das funktioniert von jedem Rechner mit Internetzugang aus, auch vom Smartphone oder Tablet.

Zugang zur Anwendung BD-Online:
- über das Internet (Login unter https://www.kvbawue.de/bd-online/) - zur Anmeldung genügen Benutzerkennung und Tokencode (ohne VPN-Tunnel).
- über das KVBW-Mitgliederportal im Sicheren Netz der KVen (SNK) per
  - KV-SafeNet* (spezieller Router)
  - KV-Ident Plus (Token und Software-VPN) oder
  - Telematikinfrastruktur (TI-Konnektor)

Im KVBW-Mitgliederportal rufen Sie BD-Online auf, indem Sie den Menüpunkt „Praxisorganisation“ und anschließend den Unterpunkt "Notfalldienst planen (BD-Online)" in der Dropdown-Liste anklicken.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Kontaktdaten in BD-Online von Ihnen aktuell gehalten werden. Wichtig ist vor allem, dass Sie Ihre Rufnummern und E-Mail-Adresse kontinuierlich pflegen, da die Verwaltung von Dienstübernahmen und Dienstabgaben ausschließlich über BD-Online erfolgt.

Für die Dienstplanung bitten wir ebenfalls zu beachten, dass Sie Ihren Urlaub und Ihre Wünsche rechtzeitig vor der Erstellung des Dienstplanes in BD-Online eintragen.

Vertretung durch Dienstabgabe/-tausch Vertreterärzte oder persönliche Vertretung

Eine Vertretung kann durch andere dienstverpflichtete Ärzte oder durch Vertreterärzte erfolgen und wird durch Dienstabgabe/-tausch über BD-Online vorgenommen. Vertreterärzte sind niedergelassene Ärzte, die freiwillig zusätzlich zu ihrem Notfalldienstbereich auch noch in anderen Notfalldienstbereichen in Baden-Württemberg tätig sind. Sie sind in BD-Online in der Rubrik "Vertreterliste" aufgeführt.

Alternativ zur Vertretung durch Dienstabgabe oder Diensttausch kann der zum Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt sich von einem anderen approbierten Arzt persönlich (ggf. durch einen externen Dienstleister, z.B. Ärzteteams) vertreten lassen. Dies sind Ärzte, die ggf. bei der KVBW nicht registriert sind. Diese Vertretung wird in BD-Online nicht erfasst. Der persönliche Vertreter rechnet seine Leistungen mit der LANR des eingeteilten Arztes ab und die Honorarfestsetzung erfolgt gegenüber dem eingeteilten Arzt. Bitte denken Sie daran, dem persönlichen Vertreter die relevanten Zugangsdaten für die Abrechnung der Leistungen im Praxisverwaltungssystem zum Dienst mitzugeben: Ihre LANR, Ihre Login-Daten für das PVS-System sowie Ihr Geburtsdatum. Der eingeteilte Arzt bleibt dafür verantwortlich, dass der persönliche Vertreter den Dienst ordnungsgemäß versieht, d. h. die Haftung verbleibt bei dem eingeteilten Arzt.

Hinweis: Bitte wählen Sie Ihren persönlichen Vertreter sorgfältig aus. Lassen Sie sich vor Beginn der persönlichen Vertretung die Approbation im Original und den Nachweis einer ausreichenden Haftpflichtversicherung (Deckungssumme mindestens Euro 3.000.000,- für Personen- und Sachschäden im ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst) zeigen.

Im gebietsärztlichen Notfalldienst (Augen, HNO und Kinder) muss eine Vertretung durch einen Arzt mit der gleichen Gebietsbezeichnung oder durch einen Arzt, der sich im letzten Jahr der gebietsspezifischen Weiterbildung befindet, erfolgen. Bitte lassen Sie sich auch hier die entsprechenden Nachweise zeigen und treffen Sie sich vor dem Dienst mit dem Vertreter, um sich ein persönliches Bild von dem Kollegen zu machen.

Hinweis: Aufgrund der Gefahr der Sozialversicherungs- bzw. Lohnsteuerpflicht der „persönlichen Vertreter“ ist aus Sicht der KVBW von diesem Vorgehen eher abzuraten. Wenn Sie sich dennoch für diesen Weg entscheiden, sollten Sie unbedingt mit Ihrem Lohnbüro bzw. Steuerberater abklären, wie Sie bei einer gegebenenfalls erforderlichen Anmeldung bezüglich Sozialversicherungs- und Lohnsteuerpflicht Ihres Vertreters vorgehen und erforderlichenfalls vorab Ihre individuelle Vertretungssituation mit der Deutschen Rentenversicherung klären.

Regelungen im Notfalldienst

Vor Dienstbeginn ist der diensttuende Arzt verpflichtet, sich bei der zuständigen Vermittlungsstelle telefonisch zu melden. Hierzu finden Sie in der Diensterinnerung, die Ihnen durch das Dienstplanungsprogramm BD-Online zugestellt wird, die relevante Rufnummer. Bitte denken Sie dabei daran, dass diese Rufnummer nicht an Dritte weitergegeben darf.

Der Arzt muss während des gesamten Notfalldienstes über die in BD-Online hinterlegte Telefonnummer (Notfallruf-

nummer) erreichbar sein. Die Verwendung von Anrufbeantwortern ist nicht gestattet. Bei Mobiltelefonen ist zur kurzzeitigen Überbrückung von Netzausfällen die Verwendung einer Mailbox erlaubt. Bei Ausübung des Notfalldienstes darf der Arzt grundsätzlich den Notfalldienstbereich nicht verlassen.

Fahrdienst

Die im Fahrdienst eingeteilten Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen primär über ihre eigene Praxis-BSNR ab. Hierzu benötigen Sie ein mobiles Chipkartenlesegerät passend zu Ihrem PVS-System in Ihrer Praxis und einen Notfallkoffer, indem alle wesentlichen Medikamente für Ihren Dienst enthalten sind.

Fahrservice

In Notfalldienstbereichen, die einen Fahrservice nutzen, ist zu klären, ob die Abholung in der Notfallpraxis oder ein Zustieg an einem anderen Ort möglich ist. In Notfalldienstbereichen, in denen kein Fahrservice angeboten wird, muss für den Fahrdienst ein eigenes Fahrzeug vorgehalten werden.

„Das mobile Chipkartenlesegerät und der Notfallkoffer werden von der jeweiligen Notfallpraxis zur Verfügung gestellt und sind nach jedem Dienst unverzüglich zurückzubringen.

Der Abhol- und Abgabeort wird mit der jeweiligen Notfallpraxis vereinbart. Da die Leistungen primär über die eigene Praxis-BSNR abgerechnet werden, ist es von Vorteil, ein eigenes mobiles Chipkartenlesegerät passend zu Ihrem PVS-System in Ihrer Praxis und einen eigenen Notfallkoffer mitzuführen. Sie sparen sich damit den Weg für das Abholen und Abgeben der Notfallpraxisutensilien."

Vergütung und Förderung

Um die Honorierung im Notfalldienst attraktiver zu gestalten und einen Ausgleich zwischen Notfallpraxen mit vielen und wenigen Patienten zu gewährleisten, hat die KVBW eine Förderung des Notfalldienstes festgelegt.

Im Sitzdienst beträgt die Förderung an allen Tagen 50 Euro pro Stunde. Der Fahrdienst wird werktäglich mit 21,43 Euro pro Stunde und an Wochenenden und Feiertagen mit 50 Euro pro Stunde gefördert.

Die Förderung kommt zum Tragen, wenn das Honorar aus der Abrechnung der Leistungen geringer als der maximale Förderbetrag ist. Bei Sitz- und Fahrdiensten am 24. Dezember und 31. Dezember wird unabhängig vom NFD-Honorar jeweils eine zusätzliche (ggf. anteilige) Förderung von 500 Euro gewährt.

In Notfalldienstbereichen ohne Fahrservice fällt eine zusätzliche Förderung im Fahrdienst für die Benutzung des eigenen Fahrzeuges an. Diese beträgt an Werktagen 10,72 Euro pro Stunde und an Wochenenden und Feiertagen 12,50 Euro pro Stunde.

Strukturpauschale

Die KVBW behält von allen diensttuenden Ärzten als Kostenbeteiligung für die von der KVBW bereitgestellte Infrastruktur im ärztlichen Bereitschaftsdienst eine Strukturpauschale ein. Die Pauschale beträgt 5 % aus dem Notfalldiensthonorar. Selbstfahrer bezahlen für ihre Leistungen im Fahrdienst keine Strukturpauschale.

Sicherstellungsumlage und Kopfpauschale

Für alle Ärzte und Psychotherapeuten die an der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg teilnehmen, wird zur Deckung des notwendigen (Re-)Finanzierungsbedarfs eine landesweite, einheitliche Sicherstellungsumlage erhoben. Die Umlage ist eine Kombination aus umsatzunabhängiger monatlicher Kopfpauschale und umsatzabhängiger prozentualer Umlage.

Aus der Umlage werden die Förderungen, die Aufwendungen für Struktur und Personal der Notfallpraxen und der Fahrservice bzw. die Selbstfahrerpauschale finanziert.

Was ist bei der Abrechnung zu beachten?

Die Abrechnung der im Sitz- oder Fahrdienst erbrachten Leistungen für GKV- oder SKT-Patienten erfolgt über die zugewiesene Betriebsstättennummer (BSNR) der jeweiligen Notfallpraxis. Sofern Sie als Vertragsarzt im Fahrdienst Ihr eigenes Lesegerät benutzt haben, rechnen Sie diese Leistungen über Ihre Praxis-BSNR ab.

Die erbrachten Leistungen werden mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des diensttuenden Arztes gekennzeichnet. Die Honorarfestsetzung der Leistungen erfolgt gegenüber dem diensttuenden Arzt, der im Dienstplanungsprogramm BD-Online eingetragen ist.

Für die Anmeldung im Softwareprogramm der jeweiligen Notfallpraxis sollten Sie vor Ihrem ersten Dienst Kontakt mit dem Praxisteam aufnehmen, damit sichergestellt ist, dass eine Anmeldung am Diensttag möglich ist. Zum Erfassen Ihrer Daten benötigen Sie Ihre LANR. Vor Ort erfahren Sie, welche weiteren Daten Sie ebenfalls noch ergänzend benötigen.

Zusätzlich zur Uhrzeitangabe bei den Ziffern 01210 / 01212 / 01214 / 01216 und 01218 muss auch hinter der Hausbesuchsziffer 01418 die Uhrzeitangabe angegeben werden.

Häufig gibt es Probleme beim Einlesen der Notfalldienstscheine in der Notfallpraxis, weil diese nicht ordnungsgemäß ausgefüllt sind. Wir bitten Sie daher, darauf zu achten, die Notfalldienstscheine, insbesondere im Fahrdienst, vollständig und leserlich auszufüllen.

Die Abrechnung für Privatpatienten wird nicht von den Mitarbeiterinnen der Notfallpraxen durchgeführt. Hierfür sind Sie selbst verantwortlich.

Wann bekomme ich die Förderung?

Voraussetzung für die Gewährung der Förderung ist mindestens eine abgerechnete Leistung im organisierten Notfalldienst. Wenn kein GKV-Patient behandelt oder ausschließlich Privatversicherte oder sonstige Kostenträger abgerechnet werden, ist ein „Pseudo-Abrechnungsfall" anzulegen, da ansonsten der Anspruch auf Förderung gemäß den Regelungen der Notfalldienstordnung entfällt. Der „Pseudo-Abrechnungsfall" muss unter Verwendung des Musters 19 der Vordruckvereinbarung mit folgenden Angaben angelegt werden:

- Kostenträger: AOK BW
- Vorname: Organisierter
- Nachname: Notfalldienst
- Straße: Notfallstr. 1
- Ort: 12345 Notfallstadt
- Geb.-Dat.: 01.01.2020
- Pseudo-GOP 99999 mit ICD Z02 und die Uhrzeit des Dienstbeginns

Tabelle: Beispiele zum Pseudo-Abrechnungsfall

Dienst von	Dienst bis	GKV-Fall	SKT-Fall	PKV-Fall-PKV-Fall	Pseudo-Abrechnungsfall notwendig
28.09.2015, 18:00 Uhr	29.09.2015, 08:00 Uhr	Nein	Nein	Nein	Ja, Datum 28.09.2015 (18:00 Uhr)
29.09.2015, 18:00 Uhr	30.09.2015, 08:00 Uhr	Nein	Ja	Nein	Ja, Datum 29.09.2015 (18:00 Uhr)
30.09.2015, 13:00 Uhr	01.10.2015, 08:00 Uhr	Ja, am 30.09.	Nein	Nein	Ja, Datum 01.10.2015 (00:00 Uhr) wegen Quartalswechsel
30.09.2015, 13:00 Uhr	01.10.2015, 08:00 Uhr	Ja, am 01.10.	Ja, am 30.09.	Nein	Ja, Datum 30.09.2015 (13:00 Uhr)
30.09.2015, 13:00 Uhr	01.10.2015, 08:00 Uhr	Nein	Nein	Nein	Ja, zwei Scheine: 3/15: Datum 30.09.2015 (13:00 Uhr) 4/15: Datum 01.10.2015 (00:00 Uhr) wegen Quartalswechsel

Arztstempel

DR. MED. BERND BEISPIEL
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
LANR: 024178672

Es empfiehlt sich, gerade bei Fahrdiensten, einen eigenen Arztstempel für den Notfalldienst zu besitzen. Im Stempelfeld von bspw. Rezepten ist der Titel, Vorname, Name und Berufsbezeichnung sowie LANR des Arztes handschriftlich leserlich oder eben mit Namensstempel einzutragen.

Hinweise zur Dokumentation und zu den Formularen

Aufbewahrungsfrist und Dokumentationspflicht

Die Aufbewahrungsfrist für das Muster 19c (Durchschlag für vertretenden Arzt) beträgt zehn Jahre. Das Muster 19a (Deckblatt) ist nur ein Jahr aufzubewahren.

Eine Dokumentationspflicht haben laut § 10 der Bundesverordnung der Landesärztekammer alle Ärzte, auch im Notfalldienst. Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientinnen und Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Wie sind BtM-Rezepte auszustellen?

Die Rezepte müssen vollständig und leserlich ausgefüllt werden. Neben dem Namen, Vornamen und der Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes muss auch die Telefonnummer im Arztstempel angegeben werden.

Die Notfallpraxen halten keine BtM-Rezepte vor. Um Betäubungsmittel verordnen zu können, müssen approbierte Ärzte sich bei der Bundesopiumstelle registrieren lassen.

Sofern Sie kein BtM-Rezept zur Verfügung haben, besteht die Möglichkeit, im Notfall ein normales Rezept auszustellen und mit der Kennzeichnung „N“ zu versehen. Dieses muss jedoch zwingend von Ihnen am nächsten Werktag gegen ein BtM-Rezept ausgetauscht werden. Sofern Sie keine BtM-Rezepte von der Bundesopiumstelle haben, gilt diese Regelung nicht! Ergänzende Informationen finden Sie unter dem Stichwort Betäubungsmittel unter der Rubrik Verordnungsleitfaden für den organisierten Notfalldienst.

Regelung zum Sprechstundenbedarf

Die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise (nach § 12 SGB V) gilt auch für den Notfall- und Bereitschaftsdienst.

Sprechstundenbedarf wird für die jeweilige Notfallpraxis ausschließlich von den Notfallpraxisbeauftragten in Kooperation mit den Koordinatorinnen verordnet. Somit stehen Ihnen im Notfall- und Bereitschaftsdienst, sowohl im Sitzdienst in der Notfallpraxis als auch im Fahrservice, die notwendigen Medikamente und Materialien zur Verfügung.

Die vorgehaltenen Medikamente wurden durch ein Team, bestehend aus Notfallpraxisbeauftragten aus verschiedenen Notfallpraxen in Baden-Württemberg, ausgewählt und sind auf Regresssicherheit geprüft.

Leichenschauschein

Bringen Sie zu Ihren Fahrdiensten immer eine ausreichende Anzahl von Leichenschauscheinen mit. Die in der Notfallpraxis hinterlegten Formulare sind lediglich eine Notreserve und nicht für den standardisierten Gebrauch im Regelfall zu verwenden. Wir bitten Sie, die Formulare, sofern Sie diese nicht vorrätig haben, entsprechend zu bestellen. Die Kosten sind im Rahmen der GOÄ-Abrechnung abrechnungsfähig – daher kann die KVBW hierfür keine Kostenübernahme zusichern.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Wenn ein Patient zu Notfalldienstzeiten arbeitspflichtig ist (z. B. im nächtlichen Schichtdienst oder an Wochenenden oder Feiertagen) und für diese Zeiten eine AU-Bescheinigung benötigt, so muss der Notfalldienst-habende Arzt dem Patienten diese für die Notfalldienstzeiten zur Überbrückung ausstellen. Es ist rechtlich nicht statthaft, den Patienten auf die nächste reguläre Sprechstunde seines Arztes zu verweisen. Denn dann müsste dieser eine rückwirkende AU-Bescheinigung ausstellen. Dies ist zwar ausnahmsweise zulässig, sollte jedoch vermieden werden.

Für Zeiten, zu denen die reguläre ärztliche Sprechstunde besucht werden kann, kann der Notfalldienst-habende Arzt keine AU-Bescheinigung ausstellen. Dies muss dann in der regulären Sprechstunde erfolgen.

Schnelleinstieg für das Dienstplanungstool (BD-Online) im organisierten Notfalldienst

BD-Online im organisierten Notfall-dienst

Mit dem vorliegenden Schnelleinstieg möchten wir Ihnen zeigen, wie Sie mit wenigen Schritten unser Dienstplanungstool BD-Online nutzen können. Folgende Möglichkeiten von BD-Online werden punktuell erläutert:

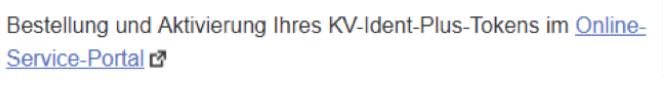
- Zugang zu BD-Online
- Ihre Kontaktdaten
- Urlaub und Wünsche
- Diensttausch und -angebote eigener Dienste
- Diensttausch und -angebote fremder Dienste

Für weitergehende Informationen steht Ihnen die Kurzanleitung in BD-Online zur Verfügung. Diese finden Sie in BD-Online unter » SYSTEM » ONLINE-HILFE.

Zugang zu BD-Online

Für den Zugang zum Mitgliederportal haben Sie einen Benutzernamen (z.B. ABC1234) und ein Kennwort erhalten. Als weiteres Sicherheitsmerkmal brauchen Sie einen Token. Diesen können Sie über das Mitgliederportal bestellen und aktivieren. Rufen Sie dazu über www.kvbawue.de das Mitgliederportal auf, in dem Sie die Schaltfläche

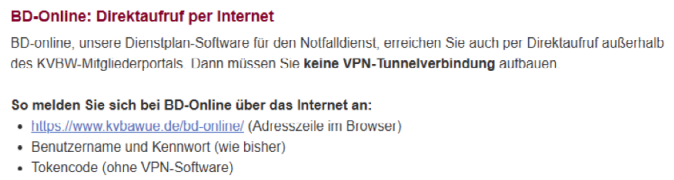
wählen. Unter dem Zugang KV-Ident Plus finden Sie den Link zur Bestellung und Aktivierung des Tokens.



Folgen Sie den Anweisungen der nun erscheinenden Seite.

Wenn Sie Ihren Token aktiviert haben, können Sie BD-Online auch direkt und mit allen mobilen Endgeräten aufrufen. Öffnen Sie dazu über www.kvbawue.de die Seite des Mitgliederportals.

Hier finden Sie einen Link für den Direktzugang:



Wenn Sie dem Link folgen, kommen Sie auf die Anmeldeseite. Nach Eingabe von Benutzername und Kennwort wählen Sie „Anmelden“. Erzeugen Sie auf Ihrem Token einen Zifferncode, den Sie in das entsprechende Feld eingeben.
Kennwort vergessen?
Wenn Sie einen KV-Ident Plus Token besitzen, können Sie Ihr Kennwort über diesen Link
https://dienste.portal.kvbawue.de/argus-password-reset/
oder in der Anmeldemaske s.u. "Kennwort vergessen" selbst zurücksetzen

Jetzt öffnet sich BD-Online. Alle Informationen, die Sie persönlich betreffen, finden Sie unter dem Menüpunkt „Meine Daten“.

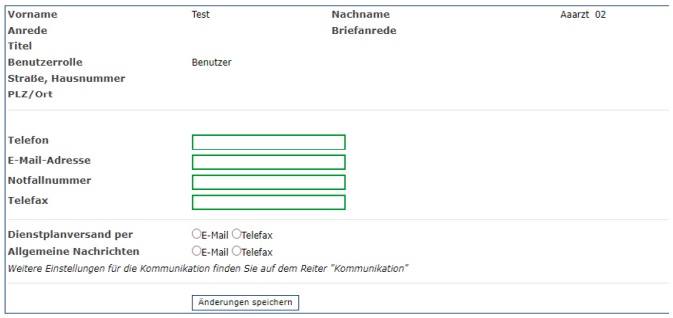
Unter dem Menüpunkt "Meine Daten" werden Ihre Informationen über Reiter gegliedert.

Die im Folgenden erläuterten Bedienungsmöglichkeiten (außer Diensttausch und -angebote fremder Dienste) finden Sie unter diesen Reitern.

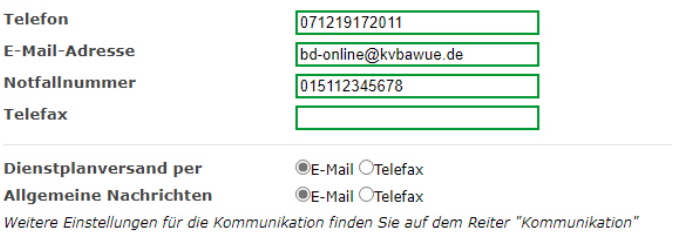
Ihre Kontaktdaten

Unter den Stammdaten werden Ihnen Ihre persönlichen Daten angezeigt, die Sie für das Arztregister angegeben haben. Hinterlegen Sie unbedingt im Dienstplanungsprogramm BD-Online aktuelle und vollständige Kontaktdaten, damit Sie Ihre Dienstzeiten erfahren. Tragen Sie Ihre persönliche E-Mailadresse und Handynummer ein, damit Sie zuverlässig erreichbar sind. Sie sind verpflichtet, dies zu gewährleisten. Diese Daten sind ausschließlich in BD-Online gespeichert und werden nur für Zwecke des Notfalldienstes verwendet.

Bitte beachten Sie, dass gemäß § 2 Abs. 4 Satz 2 der Notfalldienstordnung der KVBW (in Kraft getreten mit Wirkung zum 01.12.2021) die Hinterlegung der vollständigen, aktuellen Kontaktdaten in BD-Online verpflichtend ist.



Wir empfehlen Ihnen, für die BD-Online-Nachrichten die E-Mail-Funktion auszuwählen, da die Faxfunktion außerhalb der Praxiszeiten nicht praktikabel ist. Das Feld "Notfallnummer" ist für Ihre Mobilfunknummer vorgesehen, unter der wir (z. B. Vermittlungsstelle) Sie im Notfalldienst erreichen können.

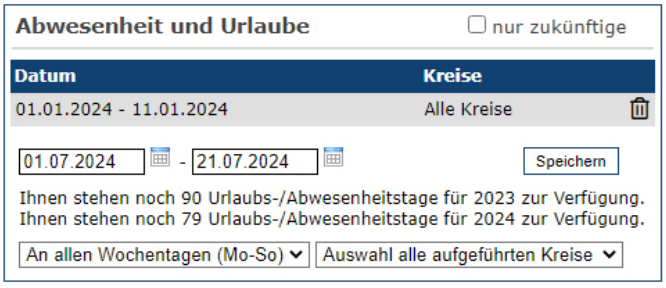


Wenn Sie alles eingetragen haben, wählen Sie bitte das Feld „Änderungen speichern".

Urlaub und Wünsche

Bei der Dienstplanberechnung können Abwesenheitstage und Wünsche berücksichtigt werden, wenn Sie diese vorher angegeben haben. Gehen Sie dazu auf den Reiter „Urlaub und Wünsche". Ihre bisher gespeicherten Daten werden immer direkt unter der Überschrift angezeigt. Neue Zeiten geben Sie über die entsprechenden Felder ein. In folgendem Beispiel wollen Sie einen Urlaub vom 01.07.2024 bis 21.07.2024 und eine generelle Verhinderung nur an Dienstagen in der Zeit vom 01.08.2024 bis 31.10.2024 eintragen. Die Eintragung erledigen Sie in zwei Schritten.

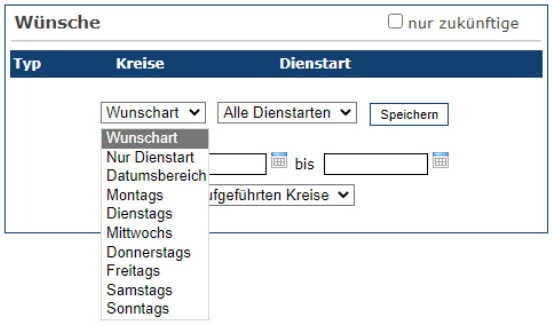
Schritt 1: Geben Sie in die Datumsfelder die Werte wie folgt ein und wählen anschließend „Speichern".



Schritt zwei: Geben Sie in die Datumsfelder die Werte wie folgt ein und wählen im darunterliegenden Feld anstelle „An allen Wochentagen (Mo-So)" „Nur Dienstags" aus; danach klicken Sie auf „Speichern".
BD-Online hat jetzt an jedem Dienstag eine Abwesenheit eingetragen.

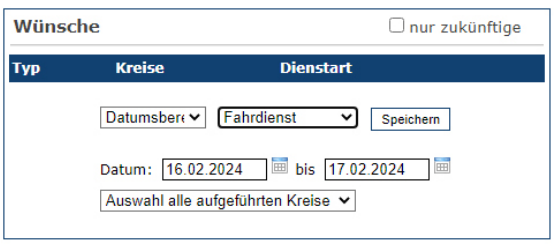
Wenn Sie einzelne Tage löschen wollen, wählen Sie das 🗑 hinter dem entsprechenden Eintrag, dann wird dieser Tag aus der Abwesenheitsliste entfernt.

Wünsche werden je nach Berechnungsart des Dienstplans stärker oder weniger stark berücksichtigt. Sie sind kein Garant, dass Sie einen gewünschten Dienst auch bekommen können. Am Beispiel eines Wunsches wollen wir Ihnen die Eintragung zeigen: In der Zeit vom 16.02.2024 bis 17.02.2024 wünschen Sie sich einen Fahrdienst. Wählen Sie dazu unter „Wunschart" „Datumsbereich" und unter "Alle Dienstarten" die Dienstart "Fahrdienst" aus.



Jetzt geben Sie den Zeitraum ein. „Speichern" nicht vergessen.

Jetzt erscheint Ihr Wunsch:

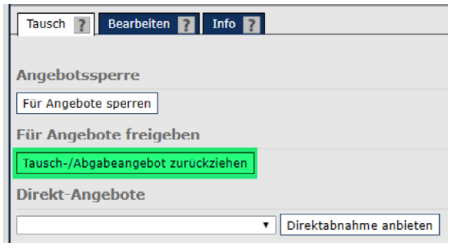


Diensttausch und -angebote eigener Dienste

Ihre eigenen Dienste können Sie anderen Ärzten zur Abgabe oder zum Tausch (gegen einen anderen Dienst) anbieten. Gehen Sie dazu auf den Reiter „Dienste" im Unterreiter "Aktuelle". Hier werden nur Ihre Dienste angezeigt, die für Sie bereits gebucht wurden.

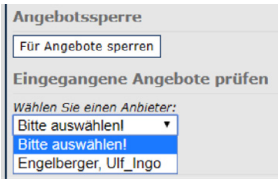
Wenn Sie einen Dienst abgeben wollen, wählen Sie das Symbolfeld ⇨ (hinter dem Dienst). In dem nun aufgehenden Fenster klicken Sie „Zur Abgabe freigeben".

Haben Sie irrtümlich den falschen Dienst angeboten, können Sie Ihr Angebot auch wieder zurückziehen. Klicken Sie dazu den Dienst wieder an und wählen „Tausch/Abgabeangebot zurückziehen".



Wenn Sie ein Übernahmeangebot eines anderen Arztes bekommen haben, können Sie dieses annehmen. Sie werden von BD-Online über entsprechende Angebote per E-Mail

oder Fax informiert. Wählen Sie dazu wie vorher gezeigt den Dienst aus Ihrer Liste aus. Über das Feld „Wählen Sie einen Anbieter:“ wählen Sie nun den Arzt aus, der den Dienst bekommen soll:

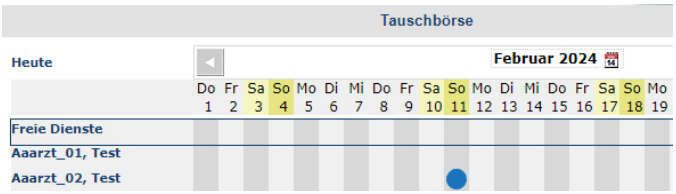


Anschließend können Sie durch klicken „Übernahmeangebot annehmen“ den Dienst übergeben.

Der Dienst erscheint jetzt nicht mehr auf Ihrer Dienstliste.

Diensttausch und -angebote fremder Dienste

Über die „TAUSCHBÖRSE“ können Sie anderen Ärzten anbieten, deren Dienste zu übernehmen. Gehen Sie in der „TAUSCHBÖRSE“ auf „KALENDER“. In diesem Beispiel wollen Sie einen Dienst des Kollegen Arzt_02, Test am 11.02.2024 übernehmen:



Klicken Sie dazu den blauen Punkt an, damit das Tauschfenster aufgeht.

Betätigen Sie die Schaltfläche „Dienst ohne Gegentausch übernehmen“. Jetzt ändert sich die Anzeige und Ihr Kollege bekommt eine Benachrichtigung über Ihr Angebot. Wenn er dies annimmt, haben Sie den Dienst; in diesem Fall werden Sie per E-Mail oder Fax benachrichtigt.

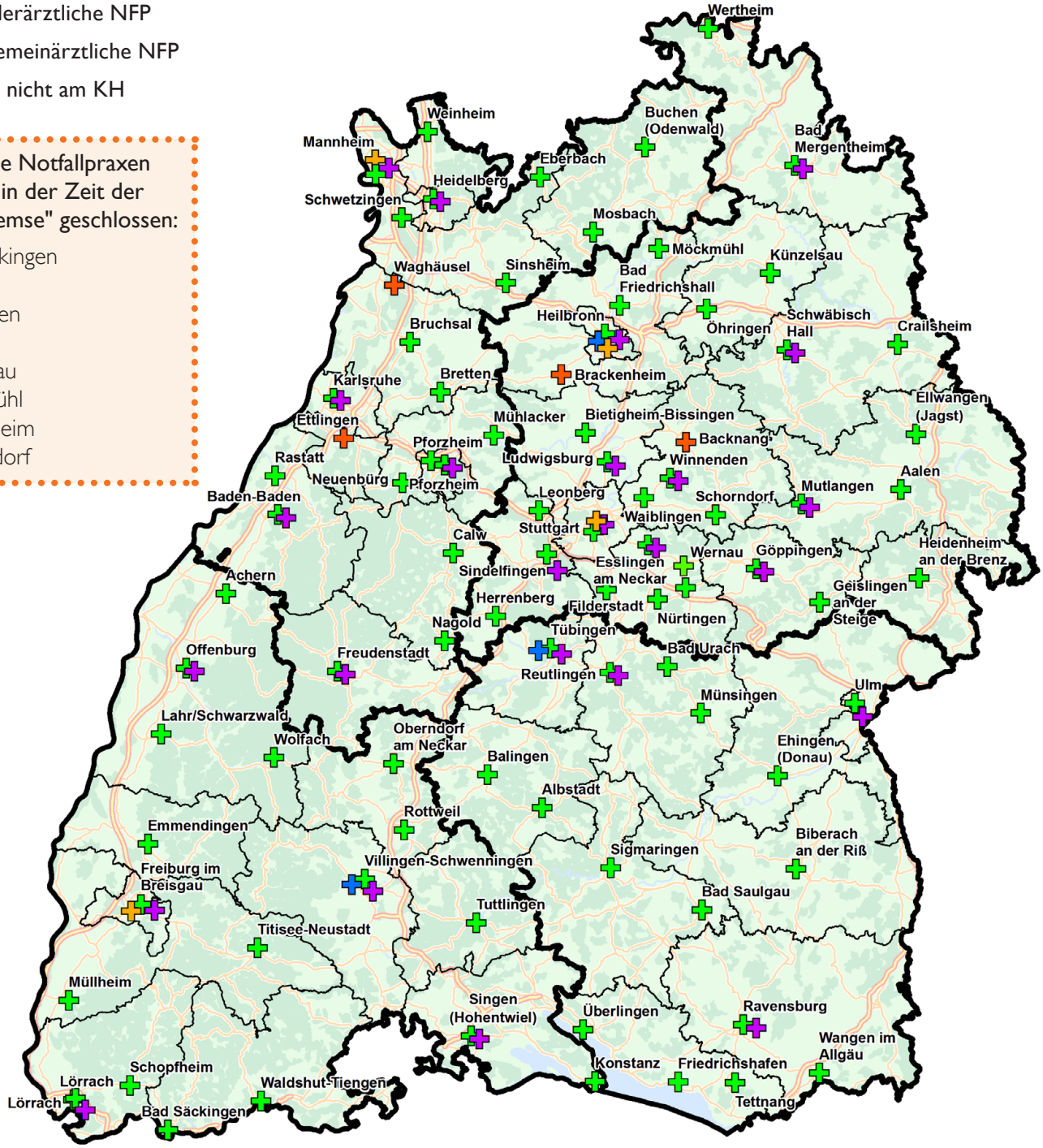
Allgemeine Notfallpraxen (Stand 20.02.2019)

Legende

- Landkreise
- Augenärztliche NFP
- HNO-NFP
- Kinderärztliche NFP
- Allgemeinärztliche NFP
- NFP nicht am KH

Folgende Notfallpraxen bleiben in der Zeit der "Notbremse" geschlossen:

Bad Säckingen
Buchen
Geislingen
Kirrlach
Künzelsau
Möckmühl
Schopfheim
Schorndorf



Maßstab: 1:800.000

Kilometer
0 12,5 25 50

Karteninformation:
Herausgeber: KVBW GB ZS - SG2 Kim Stuppi
Kartengrundlage: ©WIGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

Augenärztliche Notfallpraxen (Stand 19.02.2019)

Maßstab: 1:800.000

Kilometer
0 12,5 25 50

Karteninformation:
Herausgeber: KVBW GB ZS - SG2 Kim Stuppi
Kartengrundlage: ©WIGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

HNO-ärztliche Notfallpraxen (Stand 02.01.2018)

Maßstab: 1:800.000

Kilometer
0 12,5 25 50

Karteninformation:
Herausgeber: KVBW GB ZS - SG2 Kim Stuppi
Kartengrundlage: ©WIGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

Kinderärztliche Notfallpraxen (Stand 02.01.2018)

Maßstab: 1:800.000

Kilometer
0 12,5 25 50

Karteninformation:
Herausgeber: KVBW GB ZS - SG2 Kim Stuppi
Kartengrundlage: ©WIGeoGIS, München; TomTom Global Content B.V., Eindhoven

Leitfaden zur Abrechnung im organisierten Notfalldienst

Wichtiger Hinweis

Bitte beachten Sie zusätzlich immer die aktualisierten Informationen auf der Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Abrechnung & Honorar » Abrechnung: wie, was, wann, wohin? » Notfalldienst-Abrechnung

Erläuterungen zur Abrechnung im organisierten Notfalldienst gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM)

Die nachfolgend aufgeführten Gebührenordnungspositionen geben einen Überblick über die im Rahmen des organisierten Notfalldienstes regelmäßig abgerechneten Leistungen.

Auch die Abrechnung im organisierten Notfalldienst (Akutbehandlung) unterliegt den Vorgaben der Plausibilität, Wirtschaftlichkeit und medizinischen Notwendigkeit. **Es können ausschließlich Leistungen abgerechnet und beauftragt werden, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Erkrankung oder Verletzung stehen und mit Behandlungsrelevanz taggleich zur Diagnostik und Therapie des Notfalls erforderlich sind.**

Ansprechpartner:
Abrechnungsberatung, Telefon 0711 7875-3397 oder E-Mail an abrechnungsberatung@kvbawue.de

Allgemeine Hinweise

Besondere Vergütung nur bei Dienstverpflichtung

Leistungen des organisierten Notfalldienstes (Scheinart SUG 41) können immer nur dann als solche anerkannt und gemäß den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) vergütet werden, wenn für den betreffenden Arzt (LANR) eine Dienstverpflichtung über das Dienstplanprogramm (BD-Online) nachgewiesen und das Feld 4 (BSNR) befüllt ist.

Voraussetzung für die Gewährung der Förderung gemäß den Regelungen der Notfalldienst-Ordnung (NFD-O) ist die Abrechnung einer Notfall- bzw. Notfallkonsultationspauschale im organisierten Notfalldienst je Dienst auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung (Scheinart 41).

Pseudo-Abrechnungsfall

Sollte während des gesamten Dienstes keine Inanspruchnahme des diensttuenden Arztes durch GKV-Patienten erfolgen, ist dieser verpflichtet, als Voraussetzung für die Gewährung der Förderung einen Pseudo-Abrechnungsfall unter der Verwendung des Musters 19 der Vordruckvereinbarung anzulegen.

Die Anlage des Pseudo-Abrechnungsfalls erfolgt anhand folgender Angaben:

- Kostenträger: AOK BW
- Vorname: Organisierter
- Nachname: Notfalldienst
- Straße: Notfallstr. 1
- Ort: 12345 Notfallstadt
- Geb.-Dat.: 01.01.2020
- Pseudo-GOP 99999 mit ICD Z02 und die Uhrzeit des Dienstbeginns

Ohne die Einstellung eines solchen Pseudo-Abrechnungsfalles (auch notwendig bei Inanspruchnahme ausschließlich durch Versicherte Sonstiger Kostenträger (SKT) / Privatpatienten) entfällt der Anspruch auf die Förderung gemäß den Regelungen der NFD-O. Die KVBW empfiehlt, zu Beginn eines jeden Notfalldienstes einen Pseudo-Fall anzulegen. Bei quartalsübergreifendem Dienst ist für jedes Quartal ein Pseudo-Abrechnungsfall anzulegen, sofern am jeweiligen Tag kein GKV-Fall abgerechnet wird.

Sprechstundenbedarf

Sprechstundenbedarf, der in Notfallpraxen für Privat-/BG-Patienten verbraucht wird, muss mit dem Honorar des diensttuenden Arztes verrechnet werden. Um den Betrag, der in Notfallpraxen hierfür anfällt, ermitteln zu können, ist der Diensttuende verpflichtet, auch diesbezüglich je Dienst einen Pseudo-Abrechnungsfall unter Angabe der Pseudo-GOP 99909 für alle (unabhängig, ob SSB verbraucht wurde oder nicht) Privat-/BG- Patienten (z. B. 99909x5 bei 5 Pri-

vat-/BG Patienten) anzulegen. Die Eintragung kann auch auf dem Pseudo- Abrechnungsfall zur Gewährung der Förderung (Pseudo-GOP 99999) erfolgen.

Kennzeichnung mit LANR

Zur Anerkennung und Vergütung der Notfallleistungen in Notfallpraxen ist eine Kennzeichnung mittels LANR des Vertragsarztes notwendig.

Uhrzeitangabe

Die Berechnung der Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen im organisierten Notfalldienst setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus (GOP 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218). Sofern innerhalb desselben Dienstes zeitlich getrennt mehrere Arzt-Patienten-Kontakte (z. B. telefonisch und persönlich) stattfinden, sind jeweils Uhrzeitangaben für die verschiedenen Inanspruchnahmen erforderlich.

Behandlungsfälle

Bei der Behandlung desselben Patienten, am selben Tag, in unterschiedlichen Notfalldiensten gemäß Dienstplanprogramm wird jeweils ein gesonderter Notfallschein angelegt. Die Notfallpauschalen (GOP 01205, 01207, 01210 und 01212 EBM) sind in diesen Fällen (Dienstfall) beim selben Patienten erneut abrechnungsfähig (einmal je Patient/Arzt/Dienst).

Nachreichung von Fällen

Die Nachreichung von Abrechnungsscheinen aus dem organisierten Notfalldienst im Folgequartal ist ausgeschlossen, sofern im Ausgangsquartal eine Förderung (Umsatzgarantie) gewährt wurde.

Übersicht der Gebührenordnungspositionen (GOP)

Hinweis:
Nachfolgende Leistungen sind lediglich auszugsweise dargestellt. Den vollständigen Leistungstext, Ausschlüsse in Verbindung mit anderen Leistungen sowie apparative und qualifikationsgebundene Voraussetzungen etc. entnehmen Sie bitte dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Tabelle: Auszug EBM Notfallpauschalen

GOP	Leistungsinhalt
01205	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.) Obligater Leistungsinhalt ▪ persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser ▪ Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit Fakultativer Leistungsinhalt ▪ Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung ▪ Erhebung Lokalbefund einmal je Dienstfall
01207	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 19 und 7 Uhr des Folgetages ▪ ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. Obligater Leistungsinhalt siehe GOP 01205

GOP	Leistungsinhalt
01210	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.) Obligater Leistungsinhalt ▪ persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser einmal je Dienstfall Anmerkung: nicht bei telefonischer Inanspruchnahme
01223[1]	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 1.2 einmal je Dienstfall Ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen. Abrechnungsvoraussetzung ist das Vorliegen einer der folgenden Behandlungsdiagnosen (gesichert): ▪ Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus ▪ Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Min. (S06.0 und S06.70) ▪ Akute tiefe Beinvenenthrombose ▪ Hypertensive Krise ▪ Angina pectoris (ausgenommen: I20.9) ▪ Pneumonie ▪ Akute Divertikulitis Ausnahmeregelung: Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, können die GOP 01223 und 01224 im Einzelfall berechnet werden. Dafür ist eine ausführliche schriftliche Begründung erforderlich.
01212	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 19 und 7 Uhr des Folgetages ▪ ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. Obligater Leistungsinhalt siehe GOP 01210

GOP	Leistungsinhalt
01224[1]	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 1.2 einmal je Dienstfall Obligater Leistungsinhalt/Voraussetzungen siehe GOP 01223 Die GOP 01224 ist nicht neben GOP 01226 berechnungsfähig.
01226[1]	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Präambel zum Abschnitt 1.2 einmal je Dienstfall Die GOP 01226 ist nur zwischen 19 und 7 Uhr und ganztägig an Wochenenden, Feiertagen und am 24.12. und 31.12. berechnungsfähig. Die GOP 01226 ist nicht neben GOP 01224 berechnungsfähig. Voraussetzung gemäß Nr. 9 der Präambel: ▪ Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder (endet mit Ablauf des Tages vor dem 3. Geburtstag – Altersgruppen siehe Allg. Bestimmungen 4.3.5 EBM) oder ▪ Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder ▪ Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) und/oder ▪ Patienten mit einer dementiellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2)
01214	Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)-dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser Obligater Leistungsinhalt ▪ 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	Leistungsinhalt
01216	Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)-dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 19 und 22 Uhr ▪ an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt
01218	Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)-dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme ▪ zwischen 22 Uhr und 7 Uhr ▪ an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr ▪ weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt
01220	Reanimationskomplex
01221	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220 bei ▪ Koniotomie und/oder Endotrachealer Intubation
01222	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01220 bei ▪ Elektrodefibrillation und/oder Elektrostimulation des Herzens

Tabelle: Auszug EBM Besuche

GOP	Leistungsinhalt
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst
01413	Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie)

Tabelle: Auszug EBM weitere allgemeine Leistungen

GOP	Leistungsinhalt
01440	Verweilen außerhalb der Praxis je vollendete 30 Min. ohne Erbringung weiterer Leistungen
02100	Infusion (nur 1 x je Behandlungstag/Dauer mind. 10 Min.)
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
02320	Einführung einer Magenverweilsonde
02323	Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters
32025	Blutzucker-Teststreifen im Rahmen Akut-Labor
32033	Harnstreifentest (mindestens fünf Parameter)

Arztgruppenspezifische Leistungen

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Leistungen aus Kapitel 3 (Hausärztlicher Versorgungsbereich) sowie Kapitel 4 (Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin) sind im Rahmen der Notfallversorgung im organisierten Notfalldienst nicht berechnungsfähig.

Fachärztliche Versorgungsbereiche

Unter Berücksichtigung der o. g. Hinweise sind Leistungen der fachärztlichen Versorgungsbereiche (Kap. 5 - 27) berechnungsfähig, wenn deren Leistungsinhalt in dieser Sitzung vollständig erfüllt wird.

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Unter Berücksichtigung der o. g. Hinweise sind bei Vorliegen der entsprechenden apparativen, räumlichen und qualifikationsbezogenen Voraussetzungen Leistungen aus nachfolgenden Kapiteln berechnungsfähig:

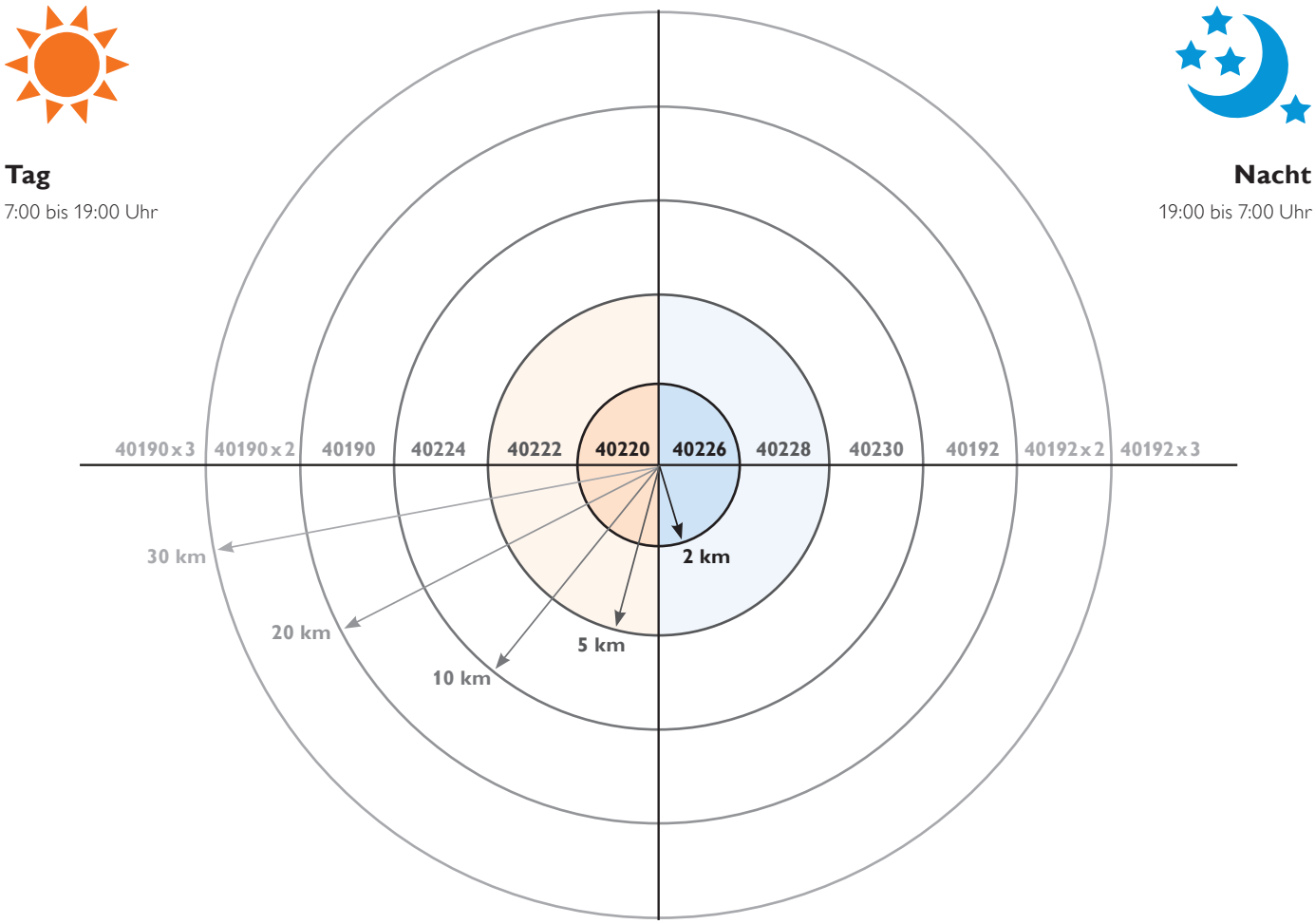
- Kap. 32 Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie; Kap. 33 Ultraschalldiagnostik;
- Kap. 34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie; Kap. 40 Kosten (für z. B. Porto 40110).

Hinweis:
Die Abklärungspauschalen GOP 01205 und 01207 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig. Neben den Gebührenordnungspositionen 01205 bis 01218 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig.

Tabelle: Fallbeispiele zur Abrechnung im organisierten Notfall

Fallbeispiel	Leistungen	GOP
Behandlung eines Patienten mit Pneumonie (gesicherte ICD-Angabe) und Anforderung eines Hausbesuches am Mittwoch um 18 Uhr.	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung, Beratung	01210 (18:00) 01223
	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst 01418	01418
	Wegegebühren bei Besuch am Tag (Randbereich bei mehr als 2 km, bis 5 km)	40222
Behandlung eines Patienten mit einer Platzwunde mit Naht am Samstag um 18:30 Uhr. Telefonische Inanspruchnahme desselben Arztes, durch denselben Patienten, am Sonntag um 10 Uhr innerhalb desselben Dienstes.	**1. Behandlungstag** Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung, Beratung	01212 (18:30)
	Behandlung einer Platzwunde mit Naht, Verband	02301
	2. Behandlungstag Telefonische Beratung um 10.00 Uhr (weiterer anderer Arzt-Patienten-Kontakt)	01216 (10:00)
Behandlung eines Patienten am Samstag um 2 Uhr mit Schürfwunden an der Hand und Schmerzen im Handgelenk nach Sturz durch Arzt. Arzt hat Notfalldienst von Fr. 20 – Sa. 8 Uhr und den folgenden Dienst von Sa. 8 – 20 Uhr. Behandlung desselben Patienten am selben Tag beim selben Arzt im folgenden Notfalldienst um 19:30 Uhr bei auftretendem Fieber und Unwohlsein.	**1. Dienstfall** Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung, Beratung	01212 (2:00)
	Wundversorgung	(02300 nicht neben 02350)
	Wundversorgung und Anfertigung einer Unterarmgipsschiene (fixierender Verband)	02350
	2. Dienstfall (Neuer Schein muss angelegt werden!) Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung, Beratung	01212 (19:30)
Mutter erscheint mit Säugling am Samstag um 9.30 Uhr und gibt an, dieser schreie seit letzter Nacht ununterbrochen. Ein auslösendes Ereignis sei nicht erinnerlich.	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	01212 (09:30) 01226
	Ganzkörperstatus einschließlich klinisch neurologischer Untersuchung	Fakultativer Bestandteil der 01212, somit nicht zusätzlich berechnungsfähig
Behandlung eines Patienten mit Bronchitis und Anforderung eines Hausbesuches am Sonntag um 20:30 Uhr bei 25 km Entfernung.	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung und Beratung	01212 (20:30)
	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418
	Wegegebühr bei Besuch in der Nacht bei mehr als 20 km Entfernung (19 – 7 Uhr)	40192 (2x)
Behandlung eines Patienten mit Migräne und Anforderung eines Hausbesuches am Samstag 18 Uhr und 32 km Entfernung. Arzt hat Notfalldienst von Sa. 8 Uhr bis So. 8 Uhr und den folgenden Dienst So. von 8 bis 20 Uhr. Behandlung desselben Patienten am Sonntag (folgender Dienst) beim selben Arzt wegen anhaltender Migräne zuerst telefonisch um 8:30 Uhr, danach persönliche Vorstellung um 12:00 Uhr mit Infusion.	**1. Dienstfall** Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung, Beratung	01212 (18:00)
	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	01418
	Wegegebühr bei Besuch am Tag bei mehr als 30 km Entfernung	40190 (3 x)
	2. Dienstfall (Neuer Schein muss angelegt werden!) Telefonischer Kontakt	01216 (8:30)
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Untersuchung und Beratung	01212 (12:00)
	Infusion (nur 1 x je Behandlungstag / Dauer mind. 10 Min.)	02100

Abbildung: Wegepauschalen



Die GOP der Wegepauschale für den Radius jenseits von 10 km (bei den Besuchen 40190 Tag und 40192 Nacht) kann je nach Entfernung bis zu 3 x angesetzt werden.

Übersicht über die Wegegebühren in Baden-Württemberg

Die Wegepauschale wird von der Notfallpraxis aus berechnet, bei Selbstfahrern gegebenenfalls ab Dienstort. Die Wegepauschalen sind berechnungsfähig unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten gegebenenfalls miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb der Radien.

Für die Berechnung der Wegepauschalen ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.

Tabelle: Vergütung Wegepauschalen

Leistungsinhalt	GOP	Vergütung
Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km im org. NFD, bei Tage zwischen 7 und 19 Uhr. Bei Überschreiten eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden. Wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40190	14,71 €
Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km im org. NFD, bei Nacht zwischen 19 und 7 Uhr. Bei Überschreiten eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden. Wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40192	20,21 €
Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius	40220	4,28 €
Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 7 und 19 Uhr	40222	8,58 €
Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7 und 19 Uhr	40224	12,25 €
Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19 und 7 Uhr	40226	8,58 €
Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 19 und 7 Uhr	40228	13,47 €
Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19 und 7 Uhr	40230	18,38 €

Erläuterung zur Anlage 17A

(Anlage zum Honorarbescheid Notfalldienst)

Zu einigen Angaben in der Anlage wollen wir zum besseren Verständnis nachfolgende Erläuterungen geben:

Punkt 1.2. Strukturpauschale

Die Strukturpauschale wurde als Beitrag der dienstuenden Ärzte für die Bereitstellung der Infrastruktur in den Notfallpraxen durch die KVBW beschlossen. Die Pauschale beträgt 5 % aus dem NFD-Honorar (Statut zur Notfalldienst-Ordnung der KVBW). Selbstfahrer (ohne Fahrservice der KVBW oder der Notfallpraxis) bezahlen für ihre Leistungen im Fahrdienst keine Strukturpauschale.

Punkt 2.1 und 2.2. Förderung/Stunde

Um die Honorierung im Notfalldienst (NFD) attraktiver zu gestalten und einen Ausgleich zwischen Praxen mit vielen und wenigen Patienten (bei gleichem Aufwand für die Ärzte) zu gewährleisten, hat die KVBW eine Förderung des Notfalldienstes beschlossen:

Sitz- und Fahrdienst samstags, sonn- und feiertags, am 24. Dezember, 31. Dezember sowie an außerordentlichen NFD-Tagen	**50 Euro pro Stunde**
Sitzdienst montags bis freitags	**50 Euro pro Stunde**
Fahrdienst montags bis freitags pro Dienst (=14 Stunden)	**max. 300 Euro = 21,43 Euro pro Stunde**

Mittwochs bzw. freitags kann der dienst gemäß NFD-O früher beginnen und wird stundengenau abgerechnet.

Die Förderung soll ein Mindesthonorar ermöglichen. Die Förderung kommt damit nur zustande, wenn das Honorar aus der Abrechnung der Leistungen (1.3.) niedriger als der maximale Förderbetrag (2.3.) ausfällt.

zusätzliche Förderung am 24. Dezember und 31. Dezember im Sitz- und Fahrdienst (auch Selbstfahrer) unabhängig vom NFD-Honorar oder sonstigen Förderungen	**500 Euro pro Dienst ggf. anteilig**

Punkt 3. Zusätzliche Fahrpauschale – Selbstfahrer

Selbstfahrer (kein Fahrservice durch KVBW oder Notfallpraxis) erhalten folgende Fahrpauschale:

montags bis freitags pro Dienst (= 14 Stunden)	**max. 150 Euro = 10,72 Euro pro Stunde**
samstags, sonn- und feiertags pro Dienst (= 24 Stunden)	**max. 300 Euro = 12,50 Euro pro Stunde**

Verordnungsleitfaden für den organisierten Notfalldienst

Die wichtigsten Informationen, auf der Grundlage der Notfalldienstordnung, des SGB V sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, sind auf den nachfolgenden Seiten zusammengefasst.

Grundsätze

Der Notfalldienst hat die Aufgabe, Notfälle zu versorgen und akute Erkrankungen zu behandeln. Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen ambulanten oder stationären Weiterbehandlung ärztlich zweckmäßig und ausreichend (d. h. auf das Notwendige beschränkt) zu versorgen. Die Behandlung im Rahmen des Notfalldienstes berechtigt nicht zur Weiterbehandlung (Präambel und § 1 Grundsätze der Notfalldienstordnung).

Damit gilt auch beim Verordnen: Der Notfalldienst sollte den akuten Erkrankungen vorbehalten sein und nicht für Patienten mit Dauertherapie, die vergessen haben, ihre Medikamente rechtzeitig beim Hausarzt zu bestellen. Der Notfalldienst habende Arzt überbrückt lediglich die Zeit, bis der Hausarzt wieder erreichbar ist. Die Verordnung einer N3-Packung ist bei einer Dauermedikation zwar wirtschaftlich und auch nicht explizit untersagt, würde aber einer Weiterbehandlung entsprechen und ist daher nicht Aufgabe des Notfalldienstes. Grundsätzlich sollte und darf bei einer Arzneimittelverordnung jedoch auch im Notfalldienst eine therapiegerechte Packungsgröße abweichend von der kleinsten Packungsgröße verordnet werden. So darf beispielsweise eine Antibiotika-Packung mit der Normgröße N2 verordnet werden, wenn damit die Behandlung abgeschlossen werden kann.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V ist auch im Rahmen des Notfalldienstes einzuhalten und wird durch die Richtlinien (Arzneimittel-Richtlinie mit Anlagen, Hilfsmittel-Richtlinie, Krankentransport-Richtlinie etc.) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkretisiert. Diese Richtlinien sowie die Sprechstundenbedarfsvereinbarung der KVBW mit Anlagen sind bei der Verordnung veranlasster Leistungen zu beachten.

Verordnung auf Kassenrezept (Muster 16)

Allgemeine Hinweise

- Sitzdienst: Es dürfen nur Kassenrezepte mit der Betriebsstättennummer (BSNR) der Notfallpraxis verwendet werden.
- Fahrdienst:
  - Vertragsärzte im Selbstfahrerbereich verwenden Kassenrezepte mit der eigenen BSNR.
  - Vertragsärzte in Bereichen mit Fahrservice verwenden die Rezepte mit der BSNR der Notfallpraxis aus dem Notfallkoffer der Notfallpraxis.

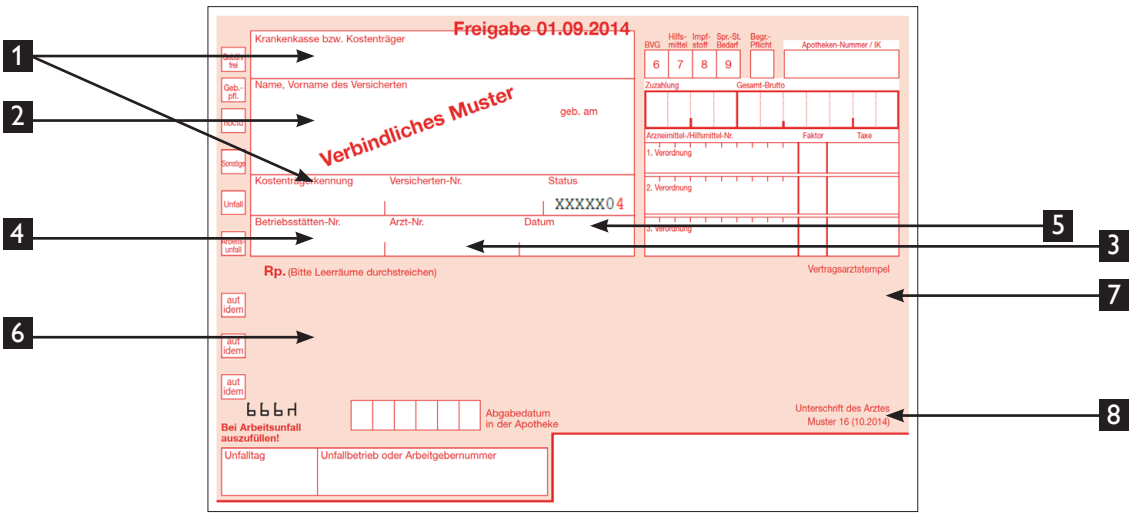
- Im Notfalldienst sind Verordnungen folgender Produkte auf einem Kassenrezept relevant:
  - Arznei- und Verbandmittel
  - Harn- und Bluttestreifen
  - arzneimittelähnliche Medizinprodukte
  - enterale Ernährung
  - Hilfsmittel (mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen)
  - Impfstoffe im Rahmen postexpositioneller Impfungen
  - Sprechstundenbedarf

Ausfüllen des Kassenrezeptes Muster 16 – Ausfüllanleitung

Das Verordnungsblatt muss vollständig ausgefüllt und bei maschineller Beschriftung mit starker, schwarzer Farbe bedruckt sein.

Erläuterungen zu den einzelnen Feldern

1+2 Versichertendaten mit eGK einlesen. Liegt keine Versichertenkarte vor (Ersatzverfahren), wird manuell eingetragen: Krankenkasse, Name und Geburtsdatum des Patienten, Versichertenstatus, Postleitzahl und Wohnort, nach Möglichkeit auch die Versichertennummer. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal die eGK nicht vorgelegt, ist auf dem Kassenrezept anstelle der Krankenkasse der Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ anzubringen.



Die Eintragungen sind z. B. im Fahrdienst auch handschriftlich möglich.

3 **Lebenslange Arztnummer (LANR)** des verordnenden Arztes

4 **Betriebsstättennummer (BSNR)** der Notfallpraxis oder des Vertragsarztes, der im Selbstfahrerbereich tätig ist (siehe oben)

5 **Ausstellungsdatum**

6 Auf dem Muster 16 können bis zu drei verschiedene Arznei- und Verbandmittel sowie Hilfsmittel (mit Ausnahme von Seh- und Hörhilfen) unter Angabe von Bezeichnung und Menge verordnet werden. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist außerdem die Dosierung (alternativ: Hinweis auf Medikationsplan mit Kürzel »Dj«) anzugeben. Für die gleichzeitige Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sind getrennte Verordnungsblätter zu verwenden. Bei Verordnungen von Rezepturen darf grundsätzlich nur die Vorderseite des Musters 16 benutzt werden. Pro Rezeptur ist ein Kassenrezept zu verwenden. Wenn der Raum für diese Rezeptur auf der Vorderseite nicht ausreicht, darf ausnahmsweise auch die Rückseite mitbenutzt werden. Rezepturen zur parenteralen Anwendung können für den Bedarf von bis zu einer Woche verordnet werden, soweit die einzeln anzuwendenden Zubereitungen nach Art und Menge identisch sind (z. B. Infusionsbeutel).

7 **Stempelfeld:**
- Name, Adresse und Telefonnummer der Notfallpraxis sowie BSNR der Notfallpraxis oder des Vertragsarztes, der im Selbstfahrerbereich tätig ist
- Name, Vorname und Berufsbezeichnung des verordnenden Arztes (handschriftlich leserlich oder mit Namensstempel)

Der Vertragsarztstempel muss im Verordnungsfeld an der dafür vorgesehenen Stelle aufgedruckt werden. Dabei darf weder das darüber noch das darunter liegende Feld überstempelt werden, weil sonst eine maschinelle Lesung dieser Felder nicht möglich ist.

8 **Die Unterschrift des Arztes** ist unmittelbar unter die letzte Verordnung zu setzen, um ein Hinzufügen weiterer Verordnungen zu verhindern. Die Unterschrift darf nicht mit roter Farbe erfolgen.

Weitere Erläuterungen

„Gebühr frei“ ist anzukreuzen:
- bei Versicherten unter 18 Jahren
- wenn Arzneimittel bei Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung verordnet werden
- bei Verordnungen zulasten eines Unfallversicherungs-

trägers
- bei Verordnungen im Rahmen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)
- bei Flüchtlingen/Asylbewerbern bis zu einem Aufenthalt von 18 Monaten
- bei Versicherten der Landespolizei und der Bundeswehr
- bei Versicherten, bei denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht (zum Beispiel Härtefallregelung) mit Befreiungsausweis nachgewiesen wird

„Gebührenpflichtig“ ist anzukreuzen:
- bei Versicherten ab 18 Jahre, sofern sie nicht gebührenbefreit sind

„Noctu“ ist anzukreuzen, wenn die Versorgung mit dem verordneten Arzneimittel dringlich ist und dieses innerhalb der Zeiten gemäß Paragraf 6 Arzneimittelpreisverordnung (von 20 bis 6 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24. Dezember, wenn dieser Tag auf einen Werktag fällt, bis 6 Uhr und ab 14 Uhr) in der Apotheke abgeholt werden muss. **Wird „Noctu“ nicht angekreuzt, hat der Patient in der Apotheke eine Notdienstgebühr von 2,50 € zu bezahlen, wenn er ein Arzneimittel zu den Notdienstzeiten abholt.**

„Sonstige“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung zulasten eines sonstigen Kostenträgers (siehe www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Verordnungen: was, wie, wie viel?) erfolgt. Sonstige Kostenträger sind z. B.: Bundespolizei, Bundeswehr, Landespolizei, Postbeamte Gruppe A, Sozialamt und Auslandsabkommen.

„Unfall“ ist anzukreuzen, wenn die Verordnung infolge eines Unfalls (nicht Arbeitsunfall) notwendig wird und die Krankenkasse gegebenenfalls Kosten gegenüber Dritten geltend machen kann.

„Arbeitsunfall“ ist anzukreuzen bei Verordnung zulasten eines Unfallversicherungsträgers im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall, Wegeunfall oder einer Berufskrankheit. Sollte die Beschriftung des Patientenfeldes irrtümlicherweise mittels eGK erfolgen (anstatt als BG-Fall), so ist unbedingt die Krankenkassennummer zu streichen und als Kostenträger die Berufsgenossenschaft anzugeben. Außerdem sind „Unfalltag“ und „Unfallbetrieb“ zu vermerken.

„aut idem“: Ist das Feld angekreuzt, muss die Apotheke das vom Arzt verordnete Präparat abgeben.
Ist das Feld nicht angekreuzt, ist ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker nach den Bestimmungen des Rahmenvertrages zur Arzneimittelversorgung möglich (Ausnahme: Präparate mit Wirkstoffen der Substitutionsausschlussliste, siehe Seite 32).
Weitere Informationen im Zusammenhang mit Rabattverträgen finden Sie auf Seite 32.

„BVG“: Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) ist das Feld 6 (BVG) durch Eintragen der Ziffer „6“ zu kennzeichnen.

„Hilfsmittel“: Bei der Verordnung von Hilfsmitteln ist das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer „7“ zu kennzeichnen.

„**Impfstoffe“:** Bei der Verordnung von Impfstoffen im Rahmen der gültigen Schutzimpfungsvereinbarung ist das Feld 8 durch Eintragen der Ziffer „8“ zu kennzeichnen und das Feld 9 für Sprechstundenbedarf durch Eintragen der Ziffer „9“.

„Sprechstundenbedarf“: Bei der Verordnung von Arznei-, Verband- und medizinisch-technischen Mitteln des Sprechstundenbedarfs ist das Feld 9 durch Eintragen der Ziffer „9“ zu kennzeichnen.

Für die gleichzeitige Verordnung von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Impfstoffen sind getrennte Kassenrezepte zu verwenden. Änderungen und Ergänzungen bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Datumsangabe.

Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)

Bei der Verordnung von Arzneimitteln sind die Vorgaben, Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse der Arzneimittel-Richtlinie zu beachten. Diese können Sie sich über die Praxis-Software anzeigen lassen.

Allgemeiner Teil der Arzneimittel-Richtlinie

- Nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zulasten der GKV verordnungsfähig (Hinweise zur Wirtschaftlichkeit nach Anlage III der Richtlinie sind allerdings zu beachten, siehe unten).

- Bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel sind für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, ebenfalls von der Verordnung ausgeschlossen. Beispielsweise können hustendämpfende Mittel wie Codein bei Erwachsenen mit einer geringfügigen Gesundheitsstörung nicht zulasten der GKV verordnet werden.

Besonderer Teil der Arzneimittel-Richtlinie

Im besonderen Teil werden die Ausführungen zu Verordnungseinschränkungen und -ausschlüssen bzw. zulässigen Ausnahmen in verschiedenen Anlagen konkretisiert.

Anlage I – OTC-Übersicht (OTC = over the counter/über die Ladentheke)

- In Anlage I sind nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel(klassen) genannt, die ausnahmsweise für Jugendliche nach Vollendung des 12. Lebensjahres und Erwachsene zulasten der GKV verordnet werden dürfen, wenn eine Indikation nach der OTC-Ausnahmeliste vorliegt.

Anlage II – Lifestyle-Arzneimittel

- Diese Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität sind von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen.
- Dazu zählen Mittel zur Behandlung von Adipositas, erektiler Dysfunktion und Nikotinabhängigkeit, zur Verbesserung des Haarwuchses und des Aussehens sowie zur Steigerung des sexuellen Verlangens.

Anlage III – Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung

- Die Anlage III nennt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei verschreibungspflichtigen Arzneimittel(klasse)n (z. B. Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen wie beispielsweise Paracetamol mit Butylscopolamin oder Migränemittel-Fixkombinationen, Rheumamittel [Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika] zur externen Anwendung, Glitazone).
- Die Anlage III nennt Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse bei nicht-verschreibungspflichtigen (apothekenpflichtigen) Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (z. B. Immunstimulantien, Otologika, bestimmte Antidiarrhoika und Hustenmittel).
- Die in der Anlage III genannten Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse gelten auch für Rezepturen, die in der Apotheke hergestellt werden und in den in Anlage III genannten Anwendungsgebieten eingesetzt werden. Zu Rezepturarzneimitteln informieren wir auch auf unserer Homepage: www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel

Die komplette Arzneimittel-Richtlinie mit allen Anlagen finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie.

Anlage V – Verordnungsfähigkeit von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten

- Die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie nennt abschließend die arzneimittelähnlichen Medizinprodukte, die in medizinisch notwendigen Fällen auf Namen des Patienten verordnungsfähig sind (Positivliste).
- Arzneimittelähnliche Medizinprodukte sind unter ande-

rem Spüllösungen, Läusemittel oder Macrogole.
- Der Verordnungsausschluss für nicht gelistete arzneimittelähnliche Medizinprodukte gilt uneingeschränkt auch für Kinder.
- Verbandmittel sowie Blut- und Harnteststreifen sind von dieser Regelung nicht betroffen.
- Die Liste wird ständig aktualisiert und erweitert.

Die vollständige Liste der verordnungsfähigen arzneimittelähnlichen Medizinprodukte und weitere Hinweise finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie.

Anlage XII – Frühe Nutzenbewertung, Innovationen

Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sind zu beachten. 2011 wurde mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz die frühe Nutzenbewertung durch den G-BA eingeführt. Hersteller müssen jetzt belegen, ob und in welchem Ausmaß ihr Arzneimittel gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen – gegebenenfalls nur bei Subgruppen einer Erkrankung – hat. Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung – also ob ein neues Arzneimittel einen Zusatznutzen hat oder nicht – wirkt sich auf den Erstattungsbetrag aus und damit auf die Kosten, die den Krankenkassen für das Medikament entstehen. Bei einem indikationsgerechten Einsatz eines Arzneimittels mit einem Zusatznutzen über das gesamte Anwendungsgebiet oder in einer Subpopulation mit Zusatznutzen ist von einer wirtschaftlichen Verordnung auszugehen.

Seit 1.10.2020 sind Informationen zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Kurzform in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegt.

Größte Vorsicht bei Off-Label-Verordnung

Die Anwendung von Arzneimitteln außerhalb der Zulassungskriterien (bezogen auf Indikation, Alter, Geschlecht, Dosierung, Therapiedauer etc.) – sogenannter Off-Label-Use – fällt grundsätzlich nicht unter die Leistungspflicht der GKV. Die Off-Label-Verordnung eines Medikamentes kommt nur in Betracht, wenn alle drei nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung,
2. keine andere Therapie verfügbar,
3. begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg erzielt werden kann (mindestens Ergebnisse einer Phase-III-Studie oder vergleichbare Erkenntnisse; bei akut lebensbedrohlichen, regelmäßig tödlich verlaufenden oder wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen sind indiziengestütze Hinweise auf einen Behandlungserfolg ausreichend).

In der Regel empfiehlt die KVBW vor der Verordnung eines Arzneimittels im Off-Label-Use, bei der zuständigen Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Da dies insbesondere im Akutfall nicht immer möglich ist, haben KVBW und gesetzliche Krankenkassen für die notfallmäßige Erstverordnung folgende Vorgehensweise abgestimmt: Um in dieser Situation Unsicherheiten bezüglich der Verordnungsfähigkeit zu vermeiden, haben die u. g. Krankenkassen erklärt, dass sie bei Beachtung der o. g. Hinweise und einer korrekten und sauber dokumentierten Indikationsstellung diese Erstverordnungen auf Kassenrezept (kleine Packungsgröße nutzen!) zu ihren Lasten akzeptieren und keine Prüfanträge aufgrund des Off-Label-Use stellen werden (vgl. www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Off-Label-Use » Merkblatt: Off-Label-Use):

- AOK Baden-Württemberg
- SVLFG

Bei nicht genannten Krankenkassen oder wenn Zweifel über das Zutreffen der o. g. Kriterien bestehen, sollten Off-Label-Verordnungen im Notfalldienst auf Privatrezept erfolgen. Anderenfalls können Prüfanträge der Krankenkassen drohen.

Aut-idem-Kreuz

Krankenkassen und pharmazeutische Unternehmen können nach § 130a Absatz 8 SGB V Rabattverträge abschließen. Die Apotheken sind gesetzlich verpflichtet, rabattierte Arzneimittel abzugeben. Neben Hinweisen im Praxisverwaltungssys-

tem (PVS) bietet der externe Link www.deutschesarztportal.de eine Informationsmöglichkeit über aktuell gültige Rabattverträge. Das "aut idem"-Feld auf dem Muster 16 ermöglicht dem verordnenden Arzt zu entscheiden, bei welchen Rezepten die Apotheke das verordnete Arzneimittel gegen ein anderes Arzneimittel austauschen darf.

Variante 1: Der Arzt kreuzt „aut idem“ an

- Die Substitution wird ausgeschlossen (namentliche Verordnung eines Arzneimittels mit Kreuz im Aut-idem-Feld). Die Apotheke darf nur das verordnete Arzneimittel abgeben.
- Hierbei kann das Risiko bestehen, dass eine sofortige Versorgung des Patienten nicht möglich ist, wenn das verordnete Arzneimittel nicht verfügbar ist. Bei Lieferschwierigkeiten wird sich die Apotheke deshalb gegebenenfalls mit dem verordnenden Arzt in Verbindung setzen.

Diese Variante sollte nur im medizinisch-therapeutisch begründeten Einzelfall genutzt werden. Setzen Ärzte das Aut-idem-Kreuz überdurchschnittlich häufig, kann dies im Rahmen eines Einzelfallprüfantrags beanstandet werden.

Weitere Informationen zu "aut idem" können Sie im Verordnungsforum 63 nachlesen: www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum: Update Aut idem - der verantwortungsvolle Umgang mit dem Kreuz

Variante 2: Der Arzt kreuzt das Feld „aut idem“ auf dem Rezept nicht an

- Der Arzt lässt damit die Substitution des verordneten Arzneimittels (als Fertigarzneimittel oder Wirkstoffverordnung) durch die Apotheke zu (Ausnahme: Präparate mit Wirkstoffen der Substitutionsausschlussliste, siehe unten).
- In diesem Fall wird vor Abgabe des Arzneimittels von der Apotheke überprüft, ob es zu dem verordneten Arzneimittel ein anderes wirkstoffgleiches Arzneimittel gibt, für das die Krankenkasse des jeweiligen Versicherten einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Die Apotheke muss weiterhin überprüfen, ob dieses Arzneimittel nach Wirkstärke mit dem verordneten Arzneimittel identisch ist, die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform hat, mindestens einem gleichen Indikationsbereich zuzuordnen ist und selbstverständlich auch die gleiche Packungsgröße* hat. Trifft dies zu, muss die Apotheke dieses rabattierte Arzneimittel abgeben. Hat die Krankenkasse für mehrere Arzneimittel, die die o. g. Voraussetzungen erfüllen, Rabattverträge geschlossen, ist die Apotheke in der Auswahl unter diesen Arzneimitteln frei.
- Ist kein Rabatt-Arzneimittel verfügbar (z. B. wegen Lieferschwierigkeiten), so muss die Apotheke dies auf dem Verordnungsblatt dokumentieren und kann dann eines der vier preisgünstigsten Arzneimittel abgeben. Sind diese nicht lieferbar, hat die Apotheke das nächste preisgünstige, verfügbare Arzneimittel zu wählen. Dabei muss die Apotheke beachten, dass das abzugebende Arzneimittel nicht teurer als das verordnete sein darf (Preisanker). Die gleiche Auswahl kann stattfinden, wenn kein Rabattvertrag bei der jeweiligen Krankenkasse existiert.
- Der Patient kann auf eigenen Wunsch ein wirkstoffgleiches anderes Präparat (z. B. Originalpräparat) in der Apotheke verlangen. Hierbei muss er den kompletten Verkaufspreis auslegen und unter Vorlage von Apothekenquittung und Rezept(kopie) die Erstattung der Kosten des ansonsten abgegebenen Arzneimittels abzüglich einer Verwaltungsgebühr bei seiner Kasse beantragen (sogenannte Mehrkostenregelung).
- Bei Arzneimitteln mit Wirkstoffen der sogenannten Substitutionsausschlussliste (Betaacetyldigoxin, Buprenorphin-Pflaster mit gleicher Applikationshöchstdauer, Carbamazepin, Ciclosporin, Digitoxin, Digoxin, L-Thyroxin [auch mit Kaliumiodid in fixer Kombination], Oxycodon- bzw. Hydromorphon-Retardtabletten mit gleicher Applikationshäufigkeit, Phenobarbital, Phenprocoumon, Phenytoin, Primidon, Tacrolimus, Valproinsäure; siehe Anlage VII Teil B AM-RL) darf auch bei fehlendem Aut-idem-Kreuz nicht ausgetauscht werden. Eine Verordnung muss hier namentlich mit Herstellerangabe erfolgen, eine Wirkstoffverordnung ist nicht eindeutig.

* Bitte beachten Sie: In manchen Fällen (z. B. bei bestimmten Antibiotika) können Packungen trotz gleicher Normgröße unterschiedlich viele Tabletten enthalten. Um unzweckmäßigen Rezeptbelieferungen vorzugreifen, empfiehlt es sich, in solchen Fällen die Stückzahl (anstatt der Normgröße) auf dem Rezept anzugeben.

- Biosimilars können einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Patienten mit Biologika und zur Kostenreduktion leisten. Bei der Verordnung von Biologika darf die Apotheke keinen Austausch von Referenzarzneimitteln gegen Biosimilars im Sinne einer automatischen Substitution vornehmen. Die Entscheidung zum Einsatz eines Biosimilars muss der Arzt treffen.

Weitere Informationen zu Biosimilars finden Sie auf www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Arzneimittel » Arzneimittel-Richtlinie » Anlage VIIa - "Biologika und Biosimilars" und Merkblatt: "Biosimilars: Wirtschaftliche Aspekte und Austauschbarkeit

Kontrazeptiva auf Kassenrezept

- Eine Verordnung von empfängnisverhütenden Mitteln ist gemäß § 24a SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr möglich. Das 22. Lebensjahr endet mit dem 22. Geburtstag.
- Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) sind seit 15.03.2015 verschreibungsfrei erhältlich; dennoch ist bis zum vollendeten 22. Lebensjahr eine Kostenübernahme durch die GKV möglich, wenn eine ärztliche Verordnung vorgelegt wird. Hat sich die Patientin bereits in der Apotheke mit einer „Pille danach“ versorgt, kann nachträglich kein Rezept dafür ausgestellt werden.
- Nach dem 22. Geburtstag kann eine Verordnung von Kontrazeptiva nur dann erfolgen, wenn sie bei einer Krankenbehandlung medizinisch indiziert ist („Gewährung von Krankenhilfe“). Dies ist nur bei einer Behandlung mit teratogenen Arzneimitteln (z. B. Methotrexat, Isotretinoin, Thalidomid) der Fall. Folgende Krankenkassen haben in dem Zusammenhang ihre Leistungspflicht bejaht: AOK Baden-Württemberg, IKK classic, Barmer, DAK, HEK, hkk, KKH, TK, Knappschaft, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, BKK VerbundPlus, BKK SBH, Die Schwenninger Krankenkasse, Südzucker BKK.
- Hormonpräparate können auch zur Behandlung von Erkrankungen wie Dysmenorrhoe, Zyklusstörungen, Endometriose oder krankhaften Androgenisierungserscheinungen der Frau verordnet werden. Die dafür eingesetzten Arzneimittel müssen jedoch für die Behandlung dieser Erkrankungen zugelassen sein. Einige Krankenkassen haben uns angekündigt, künftig Prüfanträge wegen „Off-Label-Use“ zu stellen, falls Kontrazeptiva verordnet werden, die nicht für die Behandlungsindikationen zugelassen sind.
- Weitere Informationen zum Thema "Moderne Empfängnisregelung" haben wir im Verordnungsforum 43 für Sie zusammengestellt. Sie finden es im Internet unter www.kvbawue.de » Presse » Verordnungsforum » Verordnungsforum-Archiv.

Betäubungsmittel

- Die Verordnung von Betäubungsmitteln (BtM) unterliegt der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).
- Auf dem BtM-Rezept sind unter anderem folgende Angaben vorzunehmen (§ 9 BtMVV):
  - Eindeutige Arzneimittelbezeichnung mit Angabe der Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form. Die Angabe „1 OP“ oder „N2“ hinter der Arzneimittelbezeichnung reicht nicht aus.
  - Bei transdermalen Pflastersystemen ist neben der Pflasterart (Matrix-, Reservoirpflaster) auch die Freisetzungsrate und Wirkstoffbeladung anzugeben (Bsp. bei Wirkstoffverordnung: Fentanyl-Pflaster 50 µg/h 5 Stück, enthält 8,25 mg Fentanyl). Auf die Angabe der Beladungsmenge kann verzichtet werden, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht (Bsp.: Fentanyl Musterpharm® 50 µg/h Matrixpflaster 5 Stück).
  - Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“
  - Name und Vorname des verschreibenden Arztes, Berufsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer und Unterschrift
  - Kennzeichnung mit „S“, wenn auf dem BtM-Rezept Substitutionsmittel verordnet werden (§ 5 BtMVV). Ist dem Patienten eine eigenverantwortliche Einnahme des Substitutionsmittels gestattet, ist das BtM-Rezept zusätzlich mit einem „T“ zu kennzeichnen.

- Bei einem Notfall kann das Betäubungsmittel auf einem Kassenrezept (Muster 16) mit dem Vermerk „Notfallverordnung“ verschrieben werden. Ein BtM-Rezept mit der Kennzeichnung „N“ muss der Apotheke unverzüglich nachgereicht werden.

- „Aut idem“: Der Austausch wirkstoffgleicher opiathaltiger Schmerzmittel durch den Apotheker auf der Grundlage der Rabattverträge ist entsprechend den rechtlichen Vorgaben der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung möglich. Ist das „aut idem“-Kästchen nicht angekreuzt, darf die Apotheke davon ausgehen, dass der Arzt mit einem Austausch einverstanden ist.
- Betäubungsmittel werden auf dem BtM-Rezept verordnet, das aus einem Deckblatt (Teil II) und zwei Durchschlägen (Teil I und III) besteht. Die Teile I und II werden der Patientin / dem Patienten für die Apotheke mitgegeben. Teil III verbleibt in der Arztpraxis und wird drei Jahre aufbewahrt.
- BtM-Rezepte müssen diebstahlsicher aufbewahrt werden. **Der Verbleib der BtM-Rezepte muss dokumentiert werden (§ 14 und 15 BtMVV).**
- Bitte beachten Sie: Die BtM-Rezepte sind arztindividuell zu beziehen über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bundesopiumstelle, Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53113 Bonn. Jeder approbierte Arzt kann BtM-Rezepte anfordern. Die Notfallpraxis kann BtM-Rezepte nicht vorrätig halten.
- Das Formular zur Erstanforderung von BtM-Rezepten finden Sie unter www.bfarm.de » Bundesopiumstelle.
- Für Nachbestellungen liegt jeder Sendung eine Folge-Anforderungskarte bei.
- Weitere Informationen zur Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung finden sich unter www.bfarm.de » Bundesopiumstelle » Betäubungsmittel » FAQ » Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

Vorgaben zu Schutzimpfungen

Bei den Impfungen, die im Notfalldienst durchzuführen sind, handelt es sich vorrangig um postexpositionelle Impfungen. Diese sind nicht Gegenstand der Schutzimpfungs-Richtlinie. Die medizinischen Empfehlungen finden Sie in den jeweils aktuellen STIKO-Empfehlungen in der Link-Sammlung auf unserer Homepage unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen.

- **Postexpositionelle Tollwutimpfung:** Sowohl der Aktiv- als auch der Passivimpfstoff ist über Muster 16 auf Namen des Patienten zu verordnen (Kennzeichnung mit „8“). Aufgrund des kurativen Ansatzes wird die Impfleistung nicht über eine Impfziffer, sondern über die Versichertenpauschale abgerechnet.
- **Postexpositionelle Tetanusimpfung:**
  Im Verletzungsfall ist ein Kombinationsimpfstoff (Td, Tdap) zu verabreichen, da seit dem 15.07.2019 in Deutschland kein Aktiv-Monoimpfstoff mehr vermarktet wird. Auch wegen der Nichtverfügbarkeit von Monoimpfstoffen gegen Diphtherie und Pertussis soll eine Td-Auffrischung oder bei fehlender einmaliger Pertussis-Auffrischung im Erwachsenenalter eine Tdap-Auffrischung durchgeführt werden. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 89201 R für Td bzw. 89303 R für Tdap. Die Impfstoffe werden über den Sprechstundenbedarf verordnet, ebenso wie das Immunglobulin zur Passivimmunisierung.

Einen Frage-Antwort-Katalog (FAQ) finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Impfungen » FAQ.

Verordnung von Hilfsmitteln

Hilfsmittel sind sächliche medizinische Leistungen wie z. B. Bandagen, Gehhilfen, Stomaartikel, Inkontinenzhilfen oder technische Produkte, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika, die zur inneren Anwendung bestimmt sind, in den Körper zu bringen (z. B. Spritzen, Inhalationsgeräte und ähnliche Applikationshilfen) sowie Änderungen, Instandsetzungen, Wartungen und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln.

- Hilfsmittel werden bei medizinischer Notwendigkeit auf Muster 16 (Kassenrezept) verordnet (Kennzeichnung mit „7“). Für die gleichzeitige Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln sind getrennte Verordnungsblätter zu verwenden.
- In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, dabei sind alle für die individuelle Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen. Deshalb soll insbesondere angegeben werden:
  - Bezeichnung des Hilfsmittels, nach Möglichkeit produktneutral (entweder Produktart oder 7-stellige Hilfsmittelnummer), spezifisches Einzelprodukt nur im medizinisch begründeten Ausnahmefall
  - Anzahl
  - Diagnose
- Der Fachhandel beziehungsweise die Apotheke wählt das spezifische Einzelprodukt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen geschlossenen Verträge aus.
- Nicht verordnungsfähig sind Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis, zum Beispiel Applikationshilfen für Wärme oder Kälte, Alkoholtupfer, Kompressionsstücke, Augenklappen, Fingerschienen und Urinflaschen.
- Eine Übersicht mit Informationen zu den einzelnen Produktgruppen, den Indikationen und Produktbezeichnungen findet sich unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel » Hilfsmittel-Verzeichnis des GKV-Spitzenverbandes.

Die Hilfsmittel-Richtlinie, die Liste mit den nicht verordnungsfähigen Hilfsmitteln und Informationen zur Verordnung von Hilfsmitteln finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Hilfsmittel.

Bitte beachten Sie:

- Hilfsmittel können zulasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie in dem vom GKV-Spitzenverband erstellten Hilfsmittel-Verzeichnis aufgeführt sind, das jedoch nicht abschließend ist (Hilfsmittel-Richtlinie § 4 Abs. 1). Wird im begründeten Einzelfall ein Hilfsmittel verordnet, das nicht im Hilfsmittel-Verzeichnis aufgeführt ist, ist auf der Verordnung eine entsprechende Begründung anzugeben.
- Blut- und Harnteststreifen sind keine Hilfsmittel, sondern werden den Arzneimitteln zugeordnet. Sie sind außerdem zuzahlungsfrei.
- Hingegen zählen Lanzetten zu den Hilfsmitteln (PG 21). Hier ist zu beachten, dass zwei Kassenrezepte auszustellen sind, wenn Blutzuckerteststreifen (≈ Arzneimittel) und Lanzetten (Hilfsmittel, Kennzeichnung mit „7“) verordnet werden.
- Bei nicht-insulinbedürftigen Patienten können Blutzucker-Teststreifen und Lanzetten nur bei instabiler Stoffwechsellage zulasten der GKV verordnet werden (bis zu 50 Stück je Behandlungssituation, siehe Nr. 52 Anlage III AM-RL).

Verordnung von Krankentransporten (Muster 4)

- Vor der Verordnung einer Krankenbeförderung auf Muster 4 ist die Notwendigkeit für die Beförderung und die Wahl des geeigneten Transportmittels zu prüfen.
- Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.
- Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. In Notfällen entfällt insbesondere auch eine eventuelle Vorab-Genehmigung für die Beförderung.

Die Krankentransport-Richtlinie und die Ausfüllhilfe Muster 4 finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sonstige Verordnungen. Weiterführende

Informationen finden Sie im Verordnungsforum Ausgabe 29, Seite 44, siehe www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum » Verordnungsforum-Archiv.

Bezug von Sprechstundenbedarf im Notfalldienst

Bei einer regelmäßigen Teilnahme am organisierten Notfalldienst können Mittel beziehungsweise Materialien als Sprechstundenbedarf (SSB) zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, soweit diese zur unmittelbaren ärztlichen Behandlung im Notfall und für Patienten mit akuten Schmerz- und Erregungszuständen erforderlich sind, und Verbandsmittel und Materialien, die zur Behandlung in der Notfallsprechstunde benötigt werden.

- Der Sprechstundenbedarf wird zulasten der GKV Baden-Württemberg auf dem Kassenrezept Muster 16 verordnet, mit Kennzeichnung der Ziffer „9" (Markierungsfeld). Das jeweils zugehörige Krankenkassen-Institutionskennzeichen (IK) ist im Feld „Kostenträgerkennung" verpflichtend anzugeben:
  - Freiburg: IK 108095249
  - Karlsruhe: IK 107018414
  - Reutlingen: IK 107815807
  - Stuttgart: IK 107815727
- Weitere erforderliche Angaben sind: Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR), Ausstellungsdatum, genaue Produktbezeichnung, verordnete Menge, Arztstempel und Arztunterschrift (siehe Sprechstundenbedarfsvereinbarung § 1 Allgemeines, Punkt 7)
- Es sind ausschließlich die in Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SpBV) gelisteten Wirkstoffe in den jeweiligen Darreichungsformen sowie die dort aufgeführten medizinisch-technischen Produkte und Verbandstoffe verordnungsfähig. Verordnungen von Mitteln, die in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht ausdrücklich vorgesehen sind, werden von den Kostenträgern regelmäßig beanstandet und haben Nachforderungen zur Folge.
- Die Mittel aus dem Sprechstundenbedarf dürfen nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden (Ausnahme KV-eigene Notfallpraxen: Mittel aus dem SSB werden auch für Privatpatienten verwendet).

Die Anlage 1 SpBV mit den verordnungsfähigen Mitteln finden Sie unter www.kvbawue.de » Praxis » Verordnungen » Sprechstundenbedarf. Hier gibt es auch einen Link zu unserer Seite Verträge » Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen überprüft. Diese Aufgabe ist in Baden-Württemberg den Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg übertragen. Bitte beachten Sie, dass allein der verordnende Arzt für die Diagnosestellung und die hierfür notwendige Verordnung verantwortlich ist. Bei Verordnungsfehlern haftet der verordnende Arzt, dessen LANR auf dem Rezept aufgedruckt ist, nicht die Notfallpraxis. Eine Sanktionierung gegenüber dem verordnenden Arzt (Beratung, Nachforderung) kann die Folge sein.

Mögliche Prüfungen bei Verordnungsverstößen, die auch für den Notfalldienst eine Rolle spielen, sind:

- Einzelfallprüfung durch eine Krankenkasse ist möglich bei Verdacht auf eine unwirtschaftliche Verordnungsweise, z. B. bei Verstößen gegen Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, die nicht der Richtlinienprüfung von Amts wegen (siehe unten) unterliegen, bei Verordnungen von fiktiv zugelassenen Arzneimitteln oder bei Verordnungen im Off-Label-Use.
- Die Richtlinienprüfung von Amts wegen wird durch die Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen Baden-Württemberg automatisch für alle Ärzte durchgeführt (der Antrag einer Krankenkasse ist hierfür nicht notwendig). Hiervon sind bestimmte Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse der Arzneimittel-Richtlinie betroffen. Details zu den Inhalten der Arzneimittel-Richtlinienprüfung von Amts wegen entnehmen Sie bitte dem Rundschreiben vom Juni 2017. Ausführliche Informationen finden Sie im Verordnungsforum 42, Juli 2017, siehe www.kvbawue.de » Presse » Publikationen » Verordnungsforum » Verordnungsforum-Archiv

Ihre Ansprechpartner in der KVBW zur Verordnung

Fragen zu Einzelverordnungen

Arzneimittel	0711 7875-3663 verordnungsberatung@kvbawue.de
Heil- und Hilfsmittel, Sonstiges	0711 7875-3669 verordnungsberatung@kvbawue.de
Impfungen	0711 7875-3690 verordnungsberatung@kvbawue.de

Fragen zum Sprechstundenbedarf

0711 7875-3660
sprechstundenbedarf@kvbawue.de

Fragen zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung

Betreuung Prüfverfahren	0711 7875-3630 pruefverfahren@kvbawue.de

Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVBW vom 19.06.2013

in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 04.12.2013, 09.07.2014, 07.10.2015, 11.10.2017, 06.10.2021

in Kraft mit Wirkung vom 01.12.2021

Zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erlässt die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg aufgrund von § 75 Abs. 1 SGB V folgende

NOTFALLDIENSTORDNUNG (NFD-O)

Präambel

Der in der Notfalldienstordnung geregelte Notdienst nach § 75 SGB V umfasst begrifflich den Notfall- und den Bereitschaftsdienst.

Der organisierte ärztliche Notfalldienst dient der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung in dringenden Fällen zu Notfalldienstzeiten. Er ist ein allgemeiner ärztlicher Notfalldienst, an dem sich Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen aufgrund ihrer Verpflichtungen aus der Berufsordnung bzw. der Zulassung beteiligen. Damit wird gewährleistet, dass jede niedergelassene Ärztin / jeder niedergelassene Arzt*) auch außerhalb der von ihr/ihm angekündigten Sprechstundenzeiten die ärztliche Versorgung sicherstellt. Die Behandlung im Notfalldienst, die der gesamten Bevölkerung zugänglich ist, ist darauf ausgerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen ambulanten oder stationären Weiterbehandlung ärztlich zweckmäßig wie ausreichend zu versorgen.

Im Falle des Inkrafttretens eines Vertrages gemäß § 73b Abs. 4 und § 73c Abs. 3 SGB V ist der Notfalldienst nur dann Gegenstand dieser Notfalldienstordnung, wenn und soweit die Krankenkassen diesen der KVBW nach den Vorschriften des SGB V übertragen haben.

**) im weiteren Text wird zur besseren Lesbarkeit immer nur „der Arzt“ genannt*

§ 1 Grundsätze

(1) [1]Der Notfalldienst hat die Aufgabe, Notfälle zu versorgen und akute Erkrankungen zu behandeln. [2]Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten zu sorgen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(2) Ist die Fortsetzung einer derartigen Behandlung außerhalb der Sprechstundenzeiten notwendig, hat der behandelnde Arzt sie zu organisieren.

(3) Der Notfalldienst steht allen Patienten zur Verfügung, auch wenn der Praxissitz des den Patienten sonst behandelnden Arztes in einem anderen Notfalldienstbereich liegt.

(4) Die Behandlung im Notfalldienst hat sich bei GKV-Versicherten auf das hierfür Notwendige zu beschränken.

(5) [1]Die Behandlung im Rahmen des Notfalldienstes berechtigt nicht zur Weiterbehandlung. [2]Die Information des weiterbehandelnden Arztes erfolgt durch den Patienten, dem der Durchschlag nach Muster 19 (Notfall- und Vertreterschein) der Vordruckvereinbarung ausgehändigt wird.

§ 2 Organisation

(1) [1]Die KVBW bildet Notfalldienstbereiche. [2]Dazu kann sie im Benehmen mit den Kreisärzteschaften/Kreisvereinen auf örtlicher Ebene mehrere Arztsitze zu Notfalldienstbereichen zusammenlegen. [3]Voraussetzung ist, dass die Funktionsfähigkeit des Notfalldienstes gewährleistet bleibt. [4]Die Größe der Notfalldienstbereiche soll so gewählt werden, dass eine möglichst gleichmäßige Belastung der Ärzte erreicht und eine Zahl von 70 Ärzten in der Regel nicht unterschritten wird. [5]Die Notfalldienstbereiche können auch ärzteschafts-/kreisübergreifend organisiert werden.

(2) [1]In jedem Notfalldienstbereich soll mindestens eine zentrale Notfallpraxis an einem Krankenhaus / Klinikstandort etabliert werden. [2]Darüber hinaus soll in jedem Notfalldienstbereich ein Fahrdienst für den allgemeinen Notfalldienst (Hausbesuchsdienst) eingerichtet werden. [3]Die Fahrdienste können auch notfalldienstbereichsübergreifend eingerichtet werden.

(3) Die telefonische Erreichbarkeit des Notfalldienstes und die Vermittlung des Fahrdienstes (Hausbesuchsdienst) werden über eine Leitstelle sichergestellt.

(4) [1]Die KVBW stellt notfalldienstbereichsübergreifend eine Dienstplanerstellungssoftware für alle Notfallpraxisbeauftragten bzw. Träger der Notfallpraxis bzw. örtlichen Notfalldienstbeauftragten und diensttuenden Ärzte bereit. [2]Die Nutzung dieser Software sowie die Hinterlegung der vollständigen, aktuellen Kontaktdaten in dieser Software ist verpflichtend.

(5) In allen Notfallpraxen muss entweder ein von der KBV zertifiziertes, multimandantenfähiges Praxisverwaltungssystem oder die von der KVBW bereitgestellte Abrechnungssoftware eingesetzt werden.

Notfallpraxisbeauftragter

(6) [1]Für jede von der KVBW betriebene Notfallpraxis wird in der Regel auf Vorschlag des regional zuständigen Kreisbeauftragten ein Notfallpraxisbeauftragter sowie dessen Stellvertreter vom ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied benannt bzw. abberufen. [2]Der Notfallpraxisbeauftragte soll grundsätzlich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt sein.

[3]Für jede nicht von der KVBW betriebene Notfallpraxis müssen die dem Notfallpraxisbeauftragten übertragenen Aufgabenstellungen vom Träger, der gegenüber der KVBW einen Verantwortlichen sowie dessen Stellvertreter zu benennen hat, entsprechend gewährleistet werden.

[4]Ärzte in einem Notfalldienstbereich mit dezentralen Strukturen, die ihren Dienst nicht in einer Notfallpraxis leisten und die auch nicht an einem über die Notfallpraxis abrechnenden Fahrdienst teilnehmen, bestimmen mehrheitlich einen örtlichen Notfalldienstbeauftragten als Koordinator, der dem Kreisbeauftragten und der KVBW mitzuteilen ist.

[5]Den bisherigen örtlichen Notfalldienstbeauftragten obliegen die bisherigen Aufgabenstellungen solange, als diese nicht durch die nach Satz 1 benannten Notfallpraxisbeauftragten, nach Satz 3 genannten Verantwortlichen oder die nach Satz 4 bestimmten örtlichen Notfalldienstbeauftragten wahrgenommen werden. [6]Dies gilt auch in den Fällen, in denen Notfalldienstbereiche entfallen bzw. zusammengelegt werden.

(7) [1]Die in Absatz 6 benannten Beauftragten bzw. Verantwortlichen übernehmen die Organisation des Notfalldienstes. [2]Diesen obliegt insbesondere

- die Einteilung der dienstverpflichteten Ärzte, die Erstellung der Dienstpläne, und die Organisation einer durchgängigen Dienstpräsenz einschließlich – unter Beachtung des § 5 Abs. 2 - der Organisation von Vertretungen/Diensttausche,
- die Akquise von zusätzlich diensttuenden Ärzten unter Beachtung der Voraussetzungen in § 4 Abs. 7,
- die Weiterleitung der Anträge auf Befreiung von der Teilnahme am Notfalldienst zur Entscheidung an den Kreisbeauftragten,
- der Ausschluss eines Arztes von der Teilnahme am Notfalldienst in unaufschiebbaren Fällen und die Organisation eines geeigneten Vertreters auf Kosten des ausgeschlossenen Arztes sowie die unverzügliche Information der Notfalldienst-Kommission,
- die Organisation des nichtärztlichen Personaleinsatzes in den nicht von der KVBW betriebenen Notfallpraxen,
- die Kommunikation gegenüber den diensttuenden Ärzten, dem Kreisbeauftragten, der KVBW sowie den kooperierenden Kliniken,
- die Verordnung des Sprechstundenbedarfs nach der jeweils gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung für die Notfallpraxis.

Kreisbeauftragter

(8) [1]Für jeden Stadt- oder Landkreis wird in der Regel ein Kreisbeauftragter vom ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied benannt bzw. abberufen. [2]Vorgeschlagen werden die Kreisbeauftragten durch die Beiräte der jeweiligen Bezirksdirektion. [3]Auch die im Stadt- bzw. Landkreis vertretenen Ärzteschaften haben ein Vorschlagsrecht. [4]Die Vorschlagsberechtigten können Empfehlungen der Notfalldienst-Kommission der jeweiligen Bezirksdirektion zur Besetzung einholen. [5]Für einen Stadt- bzw. Landkreis können auch mehrere Kreisbeauftragte benannt werden. [6]Der Kreisbeauftragte soll ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt sein. [7]Die Kreisbeauftragten bleiben bis zur Benennung eines Nachfolgers im Amt. [8]Der Kreisbeauftragte kann zur Erledigung seiner Aufgaben Ärzte aus seinem Zuständigkeitsbereich hinzuziehen.

[9]Dem Kreisbeauftragten obliegen insbesondere

- die Koordinierung der Notfalldienstpläne auf Kreisebene,
- die vorbereitenden Tätigkeiten zur Einrichtung besonderer gebietsärztlicher Notfalldienste,
- die Entscheidung von Anträgen auf Befreiung von der Teilnahme am Notfalldienst, außer in den Fällen nach § 6 Abs. 5 und in den Fällen nach § 6 Abs. 1 Satz 1,
- der Ausschluss eines Arztes von der Teilnahme am Notfalldienst in unaufschiebbaren Fällen und die Organisation eines geeigneten Vertreters auf Kosten des ausgeschlossenen Arztes sowie die unverzügliche Information der Notfalldienst-Kommission,
- die einvernehmliche Änderung von Notfalldienstbereichen, die innerhalb eines Stadt- und Landkreises liegen, in Abstimmung mit dem ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied der KVBW und mit dessen Zustimmung; ist die einvernehmliche Zusammenlegung von Notfalldienstbereichen nicht herbeizuführen, entscheidet die Notfalldienst-Kommission in Abstimmung mit dem ressortverantwortlichen Vorstandsmitglied der KVBW und mit dessen Zustimmung,
- Akquise von zusätzlich diensttuenden Ärzten unter Beachtung der Voraussetzungen in § 4 Abs. 7,
- alle Erstentscheidungen, die ihm nach dieser Notfalldienstordnung zugewiesen sind oder die im Zusammenhang mit der Teilnahme am Notfalldienst stehen.

Notfalldienst-Kommission

(9) [1]Für jeden Regierungsbezirk wird eine Notfalldienst-Kommission eingerichtet. [2]Diese besteht aus sechs ärztlichen Mitgliedern sowohl aus dem hausärztlichen und gebietsärztlichen Versorgungsbereich, die ihren Sitz im jeweiligen Regierungsbezirk haben müssen und vom Vorstand der KVBW auf Vorschlag des Bezirksbeirats benannt werden, sowie einem Mitarbeiter der Verwaltung der KVBW, der vom Vorstand der KVBW bestimmt wird.

[3]Der Notfalldienst-Kommission obliegt insbesondere

- die stadt- oder landkreisübergreifende Änderung oder Zusammenlegung von Notfalldienstbereichen unter Einbeziehung der betroffenen Kreisbeauftragten und in Fällen, in denen kein Einvernehmen über die Zusammenlegung nach Absatz 8, 5. Spiegelstrich herbeizuführen ist, in Abstimmung und mit Zustimmung des ressortverantwortlichen Vorstandsmitglieds der KVBW,

- die Entscheidung über die Errichtung und Schließung von Notfallpraxen auf Vorschlag der betroffenen Kreisbeauftragten in Abstimmung mit dem Vorstand der KVBW und mit dessen Zustimmung,

- die Entscheidung über die Einrichtung und Aufhebung gebietsärztlicher Notfalldienste im Benehmen mit den betroffenen Kreisbeauftragten in Abstimmung und mit Zustimmung des Vorstandes der KVBW,

- die Kenntnisnahme der Notfalldienstpläne für die Notfalldienstbereiche,

- die Information der Kreisbeauftragten, ob wirtschaftliche Gründe für eine Befreiung nach § 6 Abs. 3 vorliegen,

- der Ausschluss eines Arztes von der Teilnahme am Notfalldienst,

- die Entscheidung im Abhilfeverfahren,

- die Festsetzung des Aufwendungsersatzes nach § 7 Abs. 9 Satz 4.

[4]Beschlüsse der Notfalldienst-Kommission werden mit Stimmenmehrheit gefasst. [5]Die Notfalldienst-Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens vier Mitglieder anwesend sind. [6]Beschlüsse der Notfalldienst-Kommission, welche Auswirkungen auf den Notfalldienst anderer Regierungsbezirke innerhalb der KVBW haben können, sind in streitigen Fällen dem Vorstand zur Entscheidung vorzulegen.

Entschädigungsordnung

(10) Die Entschädigung der ehrenamtlichen Tätigkeit der Notfallpraxisbeauftragten sowie deren Stellvertreter, der vom Träger der Notfallpraxis benannten Verantwortlichen sowie deren Stellvertreter, der örtlichen Notfalldienstbeauftragten und der Kreisbeauftragten wird in einer Entschädigungsordnung geregelt.

§ 3 Umfang des Notfalldienstes

(1) [1]Zur Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird in den sprechstundenfreien Zeiten ein allgemeiner Notfalldienst eingerichtet. [2]Darüber hinaus können auf Antrag erforderlichenfalls – auch abweichend von § 2 Abs. 1 Satz 4 - gebietsärztliche Notfalldienste eingerichtet werden, auch über die Grenzen einzelner Notfalldienstbereiche hinaus und soweit dies ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des allgemeinen Notfalldienstes möglich ist. [3]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt.

(2) Die Einrichtung eines gebietsärztlichen Notfalldienstes für ein oder mehrere Fachgebiete begründet keinen Anspruch auf die Einrichtung weiterer bzw. auf die Beibehaltung bereits eingerichteter gebietsärztlicher Notfalldienste.

(3) [1]Der organisierte ärztliche Notfalldienst dauert von Montag bis Freitag in der Regel von 18:00 Uhr bis zum Folgetag 08:00 Uhr; mittwochs kann der Dienst bereits um 13:00 Uhr und freitags um 16:00 Uhr beginnen. [2]Am Wochenende und an gesetzlichen Feiertagen sowie am 24.12. und am 31.12. dauert der Dienst in der Regel von 08:00 Uhr bis 08:00 Uhr des Folgetages. [3]In Ausnahmefällen können abweichende Regelungen vom Kreisbeauftragten in Abstimmung mit der Notfalldienst-Kommission mit Zustimmung des Vorstandes der KVBW festgelegt werden.

(4) Als außerordentliche Notfalldiensttage kann der Kreisbeauftragte grundsätzlich die Feiertage nach Christi Himmelfahrt und Fronleichnam festsetzen. [2]Darüber hinaus kann der Vorstand für das darauffolgende Kalenderjahr einheitlich einen weiteren außerordentlichen Notfalldiensttag zur möglichen Festsetzung durch den Kreisbeauftragten bestimmen. [3]Dies darf nur ein Montag vor oder ein Freitag nach einem Feiertag sein, nicht aber ein Tag zwischen dem 20.12. und dem 06.01. [4]Der Kreisbeauftragte entscheidet darüber, ob er alle oder welche dieser außerordentlichen Notfalldiensttage er je Notfalldienstbereich festsetzt. [5]Abweichende außerordentliche Notfalldiensttage darf er nicht festsetzen.

§ 4 Teilnahme

(1) [1]Zugelassene Ärzte (§ 19 a Ärzte-ZV) sowie zugelassene MVZ haben grundsätzlich am Notfalldienst teilzunehmen. [2]Ärzte, die gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V im Jobsharing zugelassen sind, nehmen gemeinsam mit dem Jobsharing-Seniorpartner nur im Umfang dessen Versorgungsauftrages am Notfalldienst teil. [3]Im Jobsharing angestellte Ärzte (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 bzw. Nr. 4 vorletzter Halbsatz SGB V) erhöhen die Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notfalldienst des Anstellenden nicht.

[4]Vom Zulassungsausschuss genehmigte Anstellungen von Ärzten (§ 32 b Ärzte-ZV) erhöhen die Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notfalldienst des anstellenden Vertragsarztes bzw. der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie des anstellenden MVZ. [5]Bei freiberuflichen MVZ ergibt sich die Höhe der Teilnahmeverpflichtung am Notfalldienst aus dem bedarfsplanerischen Anrechnungsfaktor der einzelnen Partner des MVZ.

(2) [1]Besteht eine gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV oder anderer Vorschriften genehmigte Nebenbetriebsstätte oder Zweigpraxis, führt dies zu keiner höheren Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notfalldienst.

(3) [1]Angestellte Ärzte (§ 4 Abs. 1 Satz 4 NFD-O) erhöhen am Vertragsarztsitz des Arbeitgebers die Teilnahmeverpflichtung am Notfalldienst. [2]Je nach vertraglich vereinbarter Arbeitszeit und Anrechnung in der Bedarfsplanung löst die Anstellung eine zusätzliche Teilnahmeverpflichtung am ärztlichen Notfalldienst des anstellenden Vertragsarztes, des BAG-Partners, dem der angestellte Arzt vom Zulassungsausschuss durch Genehmigung zugeordnet wurde oder des anstellenden MVZ aus. [3]Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

bei einer Tätigkeit

a)	bis zehn Stunden pro Woche	0,25
b)	über zehn Stunden bis zwanzig Stunden pro Woche	0,50
c)	über zwanzig Stunden bis dreißig Stunden pro Woche	0,75

d) über dreißig Stunden pro Woche 1,00.

(4) Ärzte, die gemäß § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind und nur einen halben Versorgungsauftrag wahrnehmen, nehmen zur Hälfte am ärztlichen Notfalldienst teil.

(5) [1]Die Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften nehmen an ihrem Vertragsarztsitz am Notfalldienst teil. [2]Dabei ist die Funktionsfähigkeit des Notfalldienstes im Dienstbereich zu gewährleisten.

(6) [1]Werden gebietsärztliche Notfalldienste eingerichtet, sind die dem jeweiligen Notfalldienst zuzuordnenden Ärzte dort zur Teilnahme verpflichtet. [2]Die Teilnahme am gebietsärztlichen Notfalldienst kann ganz oder teilweise auf die Teilnahme am allgemeinen Notfalldienst angerechnet werden. [3]Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) [1]Die KVBW kann Ärzten, die nicht gemäß Absatz 1 zur Teilnahme verpflichtet sind, auch die selbstständige Teilnahme am Notfalldienst gestatten, sofern diese eine abgeschlossene Weiterbildung nachweisen oder sich im letzten Jahr der Weiterbildung befinden. [2]In Ausnahmefällen kann auch einem Arzt mit mindestens 2 Jahren klinischer Tätigkeit die selbstständige Teilnahme am Notfalldienst gestattet werden, wenn sich der jeweilige Verantwortliche nach § 2 Abs. 6, der Kreisbeauftragte oder die KVBW von der Qualifikation des Arztes überzeugt hat. [3]Voraussetzung ist weiterhin der Abschluss einer Vereinbarung zwischen dem Arzt und der KVBW, in der die weiteren Teilnahmebedingungen geregelt sind und in der der Arzt im Rahmen der selbstständigen Teilnahme am Notfalldienst alle für Vertragsärzte geltenden Bestimmungen anerkennt. [4]Die KVBW vergibt zur Berechtigung der selbstständigen Teilnahme an dem Notfalldienst eine LANR (NFD-Status) an den Arzt. [5]Die Berechtigung begründet keinen Anspruch des Arztes darauf, zum Notfalldienst herangezogen zu werden.

(8) [1]Soweit Vertragsärzte oder nach Abs. 7 am Notfalldienst teilnehmende Ärzte die Verpflichtung zum Notfalldienst für einen konkreten Zeitraum durch Absprache untereinander übertragen, wird der Arzt, der vom ursprünglich eingeteilten Arzt den Dienst übernommen hat, im eigenen Namen tätig. [2]In diesen Fällen hat der den Dienst übernehmende Arzt ggf. auch für eine Ersatzperson im Falle seiner Verhinderung zu sorgen.

(9) Bei Epidemien und sonstigen außergewöhnlichen Situationen können auch gemäß § 6 von der Teilnahme befreite Ärzte durch die Kreisbeauftragten zum Notfalldienst verpflichtet werden.

§ 5 Vertretung

(1) [1]Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt kann sich von einem anderen approbierten Arzt vertreten lassen. [2]Er bleibt dafür verantwortlich, dass der vertretende Arzt den Dienst ordnungsgemäß versieht. [3]Im gebietsärztlichen Notfalldienst muss eine Vertretung durch einen Arzt mit der gleichen Gebietsbezeichnung oder durch einen Arzt, der sich im letzten Jahr der gebietsspezifischen Weiterbildung befindet, erfolgen.

(2) [1]Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt muss bei Verhinderung rechtzeitig für eine geeignete Vertretung sorgen. [2]Ist ihm dies aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, kurzfristig nicht möglich, hat er dies dem Notfallpraxisbeauftragten bzw. dem vom Träger der Notfallpraxis benannten Verantwortlichen bzw. dem örtlichen Notfalldienstbeauftragten unverzüglich mitzuteilen. [3]In diesen Fällen hat der Notfallpraxisbeauftragte bzw. der vom Träger der Notfallpraxis benannte Verantwortliche bzw. der örtliche

Notfalldienstbeauftragte einen anderen geeigneten Arzt für die Durchführung des Notfalldienstes zu bestimmen.

(3) Der Vertreter nimmt den Notfalldienst entsprechend der Einteilung des zu vertretenden Arztes wahr.

(4) Die Vertretung oder Übertragung von Diensten sind vom eingeteilten Arzt dem Notfallpraxisbeauftragten bzw. dem vom Träger der Notfallpraxis benannten Verantwortlichen bzw. örtlichen Notfalldienstbeauftragten und bei Leitstellenvermittlung dieser rechtzeitig mitzuteilen.

(5) [1]Für die nicht durch den organisierten Notfalldienst abgedeckten sprechstundenfreien Zeiten (z. B. freier Nachmittag, Urlaub, Fortbildung) ist eine kollegiale Vertretung zu gewährleisten. [2]Die kollegiale ärztliche Vertretung ist grundsätzlich nur unter Ärzten desselben Fachgebiets zulässig. [3]Fachärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich) können sich gegenseitig vertreten.

§ 6 Befreiung/Ausschluss

(1) [1]Ärztinnen sind auf Antrag ganz oder teilweise von der Teilnahme am Notfalldienst ab dem Zeitpunkt der Anzeige ihrer Schwangerschaft gegenüber der KVBW und für ein Jahr ab der Entbindung zu befreien; in diesen Fällen werden die Ärztinnen durch die KVBW befreit. [2]Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte, sofern sie nicht vollzeitig den Tagesdienst in der Praxis ableisten, auf Antrag ganz oder teilweise bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes vom ärztlichen Notfalldienst befreit werden.

(2) [1]Abgesehen von den Fällen des Abs. 1 können Ärztinnen und Ärzte auf Antrag ganz oder teilweise von der Teilnahme am Notfalldienst befreit werden, wenn

- sie aus gesundheitlichen oder vergleichbar schwerwiegenden Gründen, die zu einer deutlichen Einschränkung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit führen, an der persönlichen Teilnahme am Notfalldienst gehindert sind

und

- ihnen die Bestellung eines Vertreters aus wirtschaftlichen Gründen nicht zugemutet werden kann. [2]Wirtschaftliche Gründe sind gegeben, wenn der Ärztin/dem Arzt aufgrund geringer Einkünfte aus der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, den Notfalldienst auf eigene Kosten durch einen Vertreter durchführen zu lassen. [3]Der Kreisbeauftragte informiert sich bei der Notfalldienst-Kommission über das Vorliegen derartiger wirtschaftlicher Gründe.

[4]Das Erreichen eines bestimmten Lebensalters, belegärztliche oder berufspolitische Tätigkeiten oder fehlende aktuelle Kenntnisse und Fähigkeiten für die Durchführung des Notfalldienstes sind keine schwerwiegenden Gründe im Sinne des Satzes 1.

(3) [1]Der Antrag auf Befreiung vom Notfalldienst ist schriftlich an den Kreisbeauftragten zu richten, im Fall des Absatz 1 Satz 1 an die KVBW. [2]Der Antragsteller kann die Begründung des Antrages direkt der Notfalldienst-Kommission vorlegen (z. B. aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes).

(4) [1]Der Kreisbeauftragte kann die Vorlage eines ärztlichen Attestes verlangen. [2]Die Notfalldienst-Kommission oder in Widerspruchsfällen der Vorstand der KVBW können in Zweifelsfällen den Gesundheitszustand durch von ihnen zu benennende Ärzte begutachten lassen.

(5) [1]In begründeten Fällen kann der Kreisbeauftragte einen Befreiungsantrag der Notfalldienst-Kommission zur Entscheidung vorlegen. [2]Im Fall des Absatz 1 Satz 1 hat der Kreisbeauftragte den Befreiungsantrag der KVBW und im Fall des Absatzes 3 Satz 2 der Notfalldienst-Kommission vorzulegen.

(6) Der Kreisbeauftragte hat den Notfallpraxisbeauftragten bzw. den vom Träger der Notfallpraxis benannten Verantwortlichen bzw. örtlichen Notfalldienstbeauftragten und die zuständige Notfalldienst-Kommission über erfolgte Befreiungen zu informieren.

(7) [1]Die Notfalldienst-Kommission entscheidet über den Ausschluss von der persönlichen Durchführung des Notfalldienstes, wenn Gründe vorliegen, die den betreffenden Arzt für die Durchführung des Notfalldienstes ungeeignet erscheinen lassen. [2]In diesen Fällen ist der betreffende Arzt verpflichtet, auf seine Kosten einen geeigneten Vertreter zu bestellen. [3]Die Notfalldienst-Kommission hat die zuständige Bezirksdirektion der KVBW über erfolgte Ausschlüsse zu informieren.

§ 7 Pflichten des Notfalldienstarztes

(1) [1]Ist eine Notfallpraxis eingerichtet, ist der Notfalldienst, auch wenn er von einem Vertreter wahrgenommen wird, während der festgesetzten Präsenzzeiten grundsätzlich von der Notfallpraxis oder im Rahmen des Fahrdienstes auszuführen. [2]In den übrigen Fällen ist der Notfalldienst, auch wenn er von einem Vertreter wahrgenommen wird, vom Ort der Betriebsstätte (Praxissitz) auszuführen; sofern der Vertreter über keine eigene Praxis im Notfalldienstbereich verfügt, ist der Notfalldienst grundsätzlich vom Praxissitz des Vertretenen auszuführen.

(2) [1]Der Notfalldienstarzt muss während des gesamten Notfalldienstes über die veröffentlichte(n) Telefonnummer(n) erreichbar sein. [2]Die Verwendung von Anrufbeantwortern ist nicht statthaft. [3]Die Verwendung einer Mailbox eines Funktelefons ist nur zur kurzzeitigen Überbrückung von Netzausfällen erlaubt. [4]Bei Anbindung an eine Leitstelle reicht es aus, wenn der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt für die Patienten über die Einsatzzentrale erreichbar ist.

(3) [1]Bei Anbindung an eine Leitstelle ist der diensttuende Arzt verpflichtet, vor Beginn des Dienstes der Leitstelle telefonisch oder über das von der Leitstelle bestimmte Kommunikationsmittel seine Dienstbereitschaft anzuzeigen. [2]Eine Übertragung von Diensten bzw. eine Vertretung ist der Leitstelle vom zum Dienst eingeteilten Arzt ebenfalls rechtzeitig vorher anzuzeigen. [3]Der diensttuende Arzt ist verpflichtet, alle von der Leitstelle vermittelten Einsätze entgegenzunehmen und die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen zu treffen.

(4) Bei Verwendung einer einheitlichen Rufnummer hat sich der diensttuende Arzt von der ordnungsgemäßen Anrufweiterleitung zu vergewissern (Kontrollanruf).

(5) [1]Bei direkt anschließenden Notfalldienstzeiten eines nachfolgend eingeteilten Arztes muss sich der diensttuende Arzt von der korrekten Dienstübernahme seines Nachfolgers überzeugen. [2]Kann er sich hiervon nicht überzeugen, hat er den Dienst bis zum Eintreffen des nachfolgenden Arztes fortzusetzen.

[3]Unabhängig davon sind während seines Notfalldienstes angeforderte Besuche oder Behandlungen auszuführen, auch wenn die festgesetzte Dienstzeit hierdurch überschritten wird.

(6) [1]Jeder am Notfalldienst teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sich die zur Ausübung des Notfalldienstes erforderlichen Kenntnisse anzueignen und regelmäßig aufzufrischen. [2]Bei Übernahme von Notfalldiensten durch Vertreter oder angestellte Ärzte im Rahmen deren arbeitsvertraglichen Pflichten ist der Vertragsarzt/das MVZ verpflichtet, sich zu vergewissern, dass beim Vertreter oder angestellten Arzt die erforderlichen Kenntnisse vorliegen.

(7) [1]Der Arzt darf seinen Notfalldienstbereich, ausgenommen im Fahrdienst, bei Ausübung des Notfalldienstes grundsätzlich nicht verlassen. [2]Dies gilt auch, wenn er von eigenen Patienten angefordert wird, die ihren Wohnsitz nicht im Notfalldienstbereich haben.

(8) Besuche im Rahmen des Notfalldienstes sind nur dann auszuführen, wenn der Patient aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, den diensthabenden Arzt aufzusuchen.

(9) [1]Der zum Notfalldienst eingeteilte Arzt ist verpflichtet, seinen Dienst anzutreten. [2]Bei Nichtantritt und wenn ein Vertreter nicht bestellt wird, kann die Notfalldienst-Kommission dem Vorstand der KVBW den Antrag auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens empfehlen. [3]Daneben sind bei Verfehlungen nach Satz 2 die mit der Vertretersuche verbundenen Aufwendungen als pauschalierter Aufwendungsersatz in Höhe von 1.000 € pro Dienst (vgl. § 3 Abs. 3 NFD-O) auszugleichen. [4] Die Festsetzung des Aufwendungsersatzes erfolgt durch die Notfalldienst-Kommission. [5]Der Betrag wird von der kalendervierteljährlichen Gesamtabrechnung des dienstverpflichteten Arztes abgezogen und dem Vertreter in voller Höhe bzw. den Vertretern anteilig gutgeschrieben.

§ 8 Notfallpraxen

(1) [1]Über die Errichtung und Schließung von Notfallpraxen im allgemeinen und gebietsärztlichen Notfalldienst entscheidet die örtlich zuständige Notfalldienst-Kommission in Abstimmung und vorbehaltlich der Zustimmung durch den Vorstand der KVBW. [2]Notfallpraxen können auch durch die Notfalldienst-Kommission initiiert werden. [3]Abweichend von den Sätzen 1 und 2 und abweichend von den Regelungen in § 2 kann der Vorstand der KVBW Notfallpraxen errichten und Veränderungen der Notfalldienstbereiche festlegen. [4]Sofern bisher nicht von der KVBW betriebene Notfallpraxen von der KVBW betrieben werden sollen, entscheidet der Vorstand, ob und ab wann diese von der KVBW betrieben werden.

(2) Bei Einrichtung einer Notfallpraxis muss ein Fahrdienst (Hausbesuchsdienst) sichergestellt werden.

(3) Notfallpraxen können auch für gebietsärztliche Dienste eingerichtet oder um diese ergänzt werden.

(4) [1]Jeder am Notfalldienst teilnehmende Arzt erfasst seine im Notfalldienst erbrachten Leistungen nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen, satzungsmäßigen bzw. vertraglichen Bestimmungen, Richtlinien der KVBW und den für den jeweiligen Kostenträger geltenden Gebührenordnungen. [2]Die Notfallpraxen erstellen die Abrechnung für die im organisierten Notfalldienst erbrachten GKV-Leistungen, einschließlich der im Fahrdienst erbrachten Leistungen, über die den Notfallpraxen zugewiesenen Betriebsstättennummern (BSNR). [3]Die im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen, einschließlich der im Fahrdienst erbrachten Leistungen, werden mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) oder der LANR (NFD-Status) des diensttuenden Arztes gekennzeichnet. [4]Die Honorarfestsetzung der erbrachten

Leistungen erfolgt gegenüber dem diensttuenden Arzt. [5]Im Falle der Vertretung nach § 5 Abs. 1 werden die erbrachten Leistungen mit der LANR des vertretenen Arztes gekennzeichnet. [6]In diesen Fällen erfolgt die Honorarfestsetzung gegenüber dem Vertretenen.

§ 9 Aufbringung der Mittel

(1) [1]Zur Sicherstellung des organisierten Notfalldienstes wird eine landeseinheitliche Sicherstellungsumlage erhoben. [2]Eine Befreiung vom Notfalldienst entbindet nicht von der Umlagepflicht. [3]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt.

(2) [1]Für die Bereitstellung der Infrastruktur im organisierten Notfalldienst wird von den im allgemeinen und gebietsärztlichen Notfalldienst erbrachten Leistungen eine Strukturpauschale einbehalten. [2]Grundlage für den Einbehalt sind die GKV-Einnahmen im Notfalldienst (Sitz- und Fahrdienst). [3]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt. [4]Die Höhe dieser Strukturpauschale wird von der Vertreterversammlung der KVBW beschlossen.

§ 10 Sicherstellungsmaßnahmen

(1) [1]Zur Gewährleistung des allgemeinen und gebietsärztlichen Notfalldienstes erhalten die nach der Dienstplanerstellungssoftware der KVBW eingeteilten Ärzte zu definierten Zeiten eine Förderung, soweit der Notfalldienst über eine Notfallpraxis organisiert wird. [2]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt.

(2) [1]Zur Förderung des Fahrdienstes erhalten die nach der Dienstplanerstellungssoftware der KVBW eingeteilten Ärzte im Fahrdienst (Hausbesuchsdienst) des allgemeinen Notfalldienstes für die im Rahmen des Dienstes notwendigen Fahrten einen von der KVBW organisierten Fahrservice (Stellung von Fahrzeug und Fahrer), soweit der Notfalldienst über eine Notfallpraxis organisiert wird. [2]Der Fahrservice wird nach Durchführung eines öffentlich-rechtlichen Vergabeverfahrens zur Verfügung gestellt. [3]Die Kosten für diesen Fahrservice werden von der KVBW übernommen. [4]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt.

(3) [1]Soweit in einem Fahrdienstbereich der von der KVBW organisierte Fahrservice (Stellung von Fahrzeug und Fahrer) nicht in Anspruch genommen wird und auch kein Fahrservice über eine Notfallpraxis gestellt wird, erhalten die nach der Dienstplanerstellungssoftware der KVBW eingeteilten Ärzte eine Fahrpauschale, soweit der Notfalldienst über eine Notfallpraxis organisiert wird. [2]Ein nicht von der KVBW organisierter Fahrservice kann gefördert werden. [3]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt. [4]Abweichend von Abs. 2 Satz 1 kann der Vorstand auf Empfehlung des jeweils zuständigen Kreisbeauftragten von der Einrichtung eines Fahrservices für einzelne Fahrdienstbereiche absehen. [5]Die Entscheidung des Vorstandes ist für den gesamten Fahrdienstbereich mindestens für die Dauer von drei Jahren bindend.

(4) [1]Die KVBW fördert zur Sicherstellung des organisierten ärztlichen Notfalldienstes auch Notfallpraxen, die nicht von der KVBW betrieben werden. [2]Die Förderung ist unabhängig von der Trägerschaft der Notfallpraxis an die Anerkennung einer vertraglichen Vereinbarung gebunden. [3]Weitere Förderungen zur Sicherstellung des organisierten ärztlichen Notfalldienstes - insbesondere in strukturschwachen Gebieten - können durch die KVBW gewährt werden. [4]Das Nähere wird in dem Statut zur Notfalldienstordnung der KVBW geregelt.

§ 11 Rechtsbehelfe

[1]Gegen Entscheidungen der Notfallpraxisbeauftragten bzw. der von Trägern der Notfallpraxis benannten Verantwortlichen bzw. der örtlichen Notfalldienstbeauftragten, des Kreisbeauftragten oder der Notfalldienst-Kommission kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch bei der KVBW eingelegt werden. [2]Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der KVBW zu erheben. [3]Hilft die Notfalldienst-Kommission dem Widerspruch nicht ab, wird dieser dem Widerspruchsausschuss der KVBW zur Entscheidung vorgelegt.

§ 12 Übergangsregelungen

Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Notfalldienstordnung bestehende Einteilung der Notfalldienstbereiche gilt vorbehaltlich einer Neueinteilung nach dieser Notfalldienstordnung weiter.

§ 13 Kooperation mit den Ärztekammern

Die KVBW kann mit den Bezirksärztekammern in Baden-Württemberg Verträge über die gemeinsame Organisation und Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes auf der Grundlage des SGB V einerseits sowie des Heilberufe-Kammergesetzes und der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg andererseits schließen.

§ 14 Inkrafttreten

[1]Diese Notfalldienstordnung tritt am 01.01.2014 in Kraft. [2]Gleichzeitig tritt die Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in der zuletzt gültigen Fassung einschließlich aller Änderungen außer Kraft.

[3]Die Änderung der Notfalldienstordnung durch die Vertreterversammlung am 06.10.2021 tritt am 01.12.2021 in Kraft.

==========

Anmerkung:
Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg wurde mit Schreiben vom 21.10.2021, Aktenzeichen 53-5227.3-004/1, erteilt.

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)

vom 09.07.2014

geändert durch Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 06.05.2015, 07.10.2015, 11.10.2017
in Kraft mit Wirkung vom 01.01.2018

Präambel

Dieses Statut zur Notfalldienstordnung (Statut NFD-O) bestimmt das Nähere zu den in der Notfalldienstordnung der KVBW enthaltenen Regelungen.

Zu § 3 Abs. 1 NFD-O
Gebietsärztliche Notfall- bzw. Bereitschaftsdienste

[1]Die Entscheidung über die Einrichtung von gebietsärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdiensten hat sich grundsätzlich am Behandlungsbedarf und an Wirtschaftlichkeitskriterien zu orientieren. [2]Diese können insbesondere sein,

- dass der vom allgemeinen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst zu versorgende Behandlungsbedarf nur durch einen gebietsärztlichen Dienst abgedeckt werden kann,

- dass die Inanspruchnahme dieses Dienstes durch die Patienten nachhaltig gegeben ist und dauerhaft eine wirtschaftliche ärztliche Tätigkeit ermöglicht.

Zu § 9 Abs. 1 und Abs. 2 NFD-O
Aufbringung der Mittel – Sicherstellungsumlage/Strukturpauschale

[1]Zur Sicherstellung des organisierten Notfalldienstes wird eine landeseinheitliche Sicherstellungsumlage als Kombination aus umsatzunabhängiger monatlicher Kopfpauschale und umsatzabhängiger prozentualer Umlage erhoben. [2]Die Höhe der Sicherstellungsumlage wird von der Vertreterversammlung der KVBW bestimmt.

[3]Die prozentuale Sicherstellungsumlage wird entsprechend § 20 Abs. 1 der Satzung der KVBW nach einem vom Hundertsatz der über die KVBW abgerechneten Vergütungen aus ärztlicher/psychotherapeutischer Tätigkeit berechnet und bei der Abrechnung einbehalten. [4]Die umsatzunabhängige monatliche Kopfpauschale wird für alle Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend ihrem Anrechnungsfaktor in der Bedarfsplanung (einschließlich der angestellten Ärzte bzw. angestellten Psychotherapeuten) berechnet und bei der Abrechnung einbehalten, für angestellte Ärzte bzw. angestellte Psychotherapeuten mit einem Bedarfsplanungsfaktor wird die umsatzunabhängige monatliche Kopfpauschale bei der Abrechnung des anstellenden Arztes bzw. anstellenden Psychotherapeuten, der anstellenden BAG oder des anstellenden MVZ einbehalten. [5] Für Fachgruppen ohne einen Anrechnungsfaktor in der Bedarfsplanung wird für die Berechnung der umsatzunabhängigen monatlichen Kopfpauschale auf den Abrechnungsfaktor abgestellt, im Übrigen gilt Satz 4 entsprechend. [6]Daneben wird für die Bereitstellung der Infrastruktur im organisierten Notfalldienst von den im allgemeinen und gebietsärztlichen Notfalldienst in Notfallpraxen (einschließlich Fahrdienst) erbrachten Leistungen eine Strukturpauschale einbehalten. [7]Grundlage für den Einbehalt sind die GKV-Einnahmen im Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst im Sitz- und Fahrdienst. [8]Die Höhe dieser Strukturpauschale wird von der Vertreterversammlung der KVBW beschlossen.

Zu § 10 Abs. 1 NFD-O
Sicherstellungsmaßnahmen

[1]Ausschließlich zur Gewährleistung des allgemeinen und des gebietsärztlichen Notfalldienstes erhalten die nach der Dienstplanerstellungssoftware der KVBW eingeteilten Ärzte zu definierten Zeiten eine Förderung, soweit der Notfalldienst über Notfallpraxen organisiert wird:

1. im Sitzdienst

   - von Montag bis Freitag zu den in Abstimmung und mit Zustimmung des Vorstandes der KVBW vereinbarten Öffnungszeiten der Notfallpraxen (Präsenzzeiten) in Höhe von durchschnittlich 50,00 Euro pro Stunde Dienst,

   - an Samstagen, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24.12. und am 31.12. sowie für die nach § 3 Abs. 4 NFD-O festgesetzten außerordentlichen Notfalldiensttage zu den in Abstimmung und mit Zustimmung des Vorstandes der KVBW vereinbarten Öffnungszeiten der Notfallpraxen (Präsenzzeiten) in Höhe von durchschnittlich 50 Euro pro Stunde Dienst,

2. im Fahrdienst

   - an Samstagen, an Sonn- und Feiertagen sowie am 24.12. und am 31.12. sowie für die nach § 3 Abs. 4 NFD-O festgesetzten außerordentlichen Notfalldiensttage von 08.00 Uhr bis 08.00 Uhr am Folgetag in Höhe von durchschnittlich 50 Euro pro Stunde Dienst,

   - von Montag bis Freitag von 18.00 Uhr bis 08.00 Uhr des Folgetages in Höhe von 300 Euro pro Dienst, mittwochs wird die Förderung frühestens ab 13.00 Uhr und freitags frühestens ab 16.00 Uhr mit einer anteiligen Erhöhung gewährt,

3. im Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst

   - am 24.12. bzw. am 31.12. von 08.00 Uhr bis 08.00 Uhr des Folgetages in Höhe von je 500 Euro, ggf. anteilig.

[2]Die Höhe der jeweiligen Förderung wird aus der Differenz der oben genannten Eurobeträge und der GKV-Einnahmen pro Dienst nach Abzug der Strukturpauschale berechnet. Wegegelder und Fahrpauschalen werden in die Berechnung nicht einbezogen. [3]Sollten die ermittelten GKV-Einnahmen die oben genannten Euro-Beträge nicht übersteigen, wird der Förderbetrag gewährt. [4]Die Förderung nach Nr. 3 wird zusätzlich gewährt.

Zu § 10 Abs. 2 und Abs. 3 NFD-O
Dienstzeiten im Fahrdienst und Fahrservice

[1]Der Fahrdienst ist in der Regel an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen sowie am 24.12. und am 31.12. von 08.00 Uhr bis 08.00 Uhr des Folgetages zu leisten. [2]Von Montag bis Freitag ist jeweils von 18.00 Uhr bis 08.00 Uhr des Folgetages Fahrdienst zu leisten.

Zu § 10 Abs. 3 NFD-O
Fahrpauschale

[1]Der nach der Dienstplanerstellungssoftware der KVBW eingeteilte Arzt eines Fahrdienstbereiches, der über eine Notfallpraxis organisiert wird und in dem der Fahrservice der KVBW (Stellung von Fahrzeug und Fahrer) nicht in Anspruch genommen wird und auch kein Fahrservice über eine Notfallpraxis gestellt wird, erhält im Fahrdienst eine einmalige Fahrpauschale

- von 18.00 Uhr bis zum Folgetag 08.00 Uhr von Montag bis Freitag
  in Höhe von 150 Euro pro Dienst,

- von 08.00 Uhr bis zum Folgetag 08.00 Uhr am Samstag, Sonntag,
  sowie am 24.12. und am 31.12. und an Feiertagen
  in Höhe von 300 Euro pro 24 h Dienst.

[2]Wird der Dienst unterteilt, wird die Fahrpauschale anteilig geleistet.

Zu § 10 Abs. 4 NFD-O
Weitere Förderungen zur Sicherstellung des organisierten ärztlichen Notfalldienstes

[1]Die KVBW fördert zur Sicherstellung des organisierten ärztlichen Notfalldienstes auch Notfallpraxen, die nicht von der KVBW betrieben werden. [2]Die Förderung ist unabhängig von der Trägerschaft der Notfallpraxis an die Anerkennung einer vertraglichen Vereinbarung gebunden. [3]Diese sieht insbesondere die Umsetzung der von der KVBW vorgegebenen Abrechnungssystematik sowie den Einsatz der von der KVBW bereitgestellten Dienstplanerstellungssoftware vor. [4]Die Förderung orientiert sich an Kriterien der Wirtschaftlichkeit, wird nur auf Nachweis und ab 01.01.2015 maximal in Höhe der Kosten gewährt, die in vergleichbaren, von der KVBW betriebenen Notfallpraxen anfallen. [5]Weitere Förderungen zur Sicherstellung des organisierten Notfalldienstes - insbesondere zur Abwehr von unvorhergesehenen Versorgungsengpässen - können durch die KVBW gewährt werden.

Dieses Statut tritt zum 01.09.2014 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg in der zuletzt gültigen Fassung einschließlich aller Änderungen außer Kraft.

Die 3. Änderung des Statuts zur Notfalldienstordnung der KVBW vom 09.07.2014 durch die Vertreterversammlung am 11.10.2017 tritt am 01.01.2018 in Kraft.

==========

Anmerkung:
Die aufsichtsrechtliche Genehmigung durch das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg wurde mit Schreiben vom 13.10.2017, Aktenzeichen 53-5227.3-005/14, erteilt.

Kontakt / Ansprechpartner

Haben Sie noch weitere Fragen? Die Mitarbeiter des Geschäftsbereiches Notfalldienst und neue Versorgungsformen unterstützen Sie gerne.

Praxismanagement	Fragen rund um den Notfallpraxisbetrieb (z. B. Betreuung, Organisation, Beschaffung/Ausstattung, Hygiene, IT, Ansprechpartner für Kooperationspartner) sowie Antragstellung an regionale Notfalldienstkommissionen Tel.-Nr. 0711 7875-3011, NFP-Management@kvbawue.de
BD-Online	Fragen zur Dienstplanerstellung bzw. Software, Benutzerverwaltung, Schulungen für Notfalldienstbeauftragte und Fragen zur Dienstzuteilung Tel.-Nr. 07121 917-2011, BD-online@kvbawue.de
Datenmanagement	Fragen zur Zuordnung im Notfalldienst und Stammdatenpflege: Notfalldienst-Datenpflege@kvbawue.de Sonstige Fragen und Anregungen zum Notfalldienst: Notfalldienst@kvbawue.de Tel.-Nr. 0761 884-4011
Beschwerdemanagement	Anregungen und Beschwerden zum ärztlichen Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst: Ihre-Meinung-NFP@kvbawue.de
Unsere Servicezeiten	Montag bis Freitag 8:00 bis 16:00 Uhr

Impressum

Informationen zum ärztlichen Notfalldienst
Oktober 2023

Herausgeber
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

Kontakt
notfalldienst@kvbawue.de

Redaktion
Kerstin Schubert (verantwortlich)
Claudia Häfele

Autoren KVBW
Claudia Häfele
Annika Muras
Ulf-Ingo Engelberger

Erscheinungstermin
Januar 2020, aktualisiert November 2023

Gestaltung und Realisation
Tanja Peters, Norman ILL

Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können. Die angegebenen Informationen und Empfehlungen wurden von den Autoren und der Redaktion mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft.

Der Leser ist aufgefordert, sich über den aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Thematik zu informieren, Fachinformationen zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Über die Anwendung auf den Einzelfall entscheidet der behandelnde Arzt eigenverantwortlich.

Redaktionelle Hinweise:

Zur besseren Lesbarkeit wird im Text auf eine geschlechtliche Differenzierung verzichtet. Aufgrund der gängigen Lesegewohnheiten wird zumeist die männliche Geschlechtsform verwendet. Diese schließt jedoch die weiblichen Personen immer mit ein. Eine Wertung jeglicher Art ist damit nicht verbunden.

Der in der Notfalldienstordnung geregelte Notdienst nach § 75 SGB V umfasst begrifflich den Notfall- und den Bereitschaftsdienst. In der Broschüre wird einheitlich der Begriff Notfalldienst verwendet.

KVBW
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3274