

1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05

§ 28 Abs. 4 SGB V: **Versicherte**, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben, **leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers**, die **nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt**, als **Zuzahlung** den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.

Das gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20d (Schutzimpfungen), § 25 (Gesundheitsuntersuchungen), zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. ...

Die Höhe der ggf. anfallenden Praxisgebühr sowie die konkrete Definition des Begriffs „Erstinanspruchnahme“ ist durch die §§ 18 BMV-Ä bzw. 21 EKV geregelt.

§ 43b Abs. 2 SGB V: Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten, sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ...

Um Irritationen bei der Abrechnung zu vermeiden, sind die Pseudo-Nrn. für die Praxisgebühr durch den Arzt anzusetzen.

Zuzahlungsrelevante Sachverhalte - Praxisgebühr erhoben

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsrelevante Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG	
80030 (*) 80030Z, wenn von KV zugefügt	Originalscheine, Vertretungsscheine, Notfallscheine, Bereitschaftsdienstscheine ohne Pseudonummer für Befreiungssachverhalte (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030 (*) 80030Z, wenn von KV zugefügt	Überweisungsscheine zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder zu Auftragsleistungen, die nicht aus demselben Kalendervierteljahr sind, ohne Pseudonummer für Befreiungssachverhalte (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030 (*)	Behandlungsfälle mit ausschließlich Präventionsleistungen, wenn Überweisungen zu kurativen Leistungen o. Rezepte ausgestellt werden, die GOP 01430, 01820 aber nicht neben anderen Leistungen berechnungsfähig sind (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030N (*) ab Quartal 2004/3	Praxisgebühr bei eigenen Patienten bei Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80044	Sachverhalte wie bei 80030, in denen trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung die Praxisgebühr nicht gezahlt wurde **)	
80046	Portokosten für den Versand der schriftlichen Zahlungsaufforderung	0,55 €

*) Am 01.10.2006 traten Änderungen der Bundesmantelverträge Primär-/Ersatzkassen in Kraft, wonach „... die Praxisgebühr bei zuzahlungspflichtiger Inanspruchnahme desselben Vertragsarztes in dem selben Kalendervierteljahr in der Regelversorgung als auch im Notfall bzw. im organisierten ärztlichen Notfalldienst nur einmal zu erheben ist.“

Sollte die Praxisgebühr durch ein und denselben Arzt bei einem Patienten in der Regelversorgung und im Notfall erhoben worden sein, so wird die KV Sachsen diese Zuzahlungen an die betroffenen Kassen weiterleiten (80030 und 80030N).

**) Sollte die Frist für die Zahlung der Praxisgebühr am Quartalsende noch nicht verstrichen sein, so gibt es zwei Möglichkeiten:
Entweder den Behandlungsfall als Nachtragsfall im Folgequartal einreichen oder nach Zahlungseingang die 80044 in der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle korrigieren lassen.

1.1.2 Zuzahlungsbefreite Sachverhalte - Praxisgebühr nicht erhoben

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsbefreite Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG
80031 80031Z, wenn von KV zugefügt	Überweisungsscheine zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder zu Auftragsleistungen aus demselben Kalendervierteljahr
80031 80031Z, wenn von KV zugefügt	Auftrags überweisungen ausschließlich zu Probenuntersuchungen und/oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, auch wenn die Überweisung nicht aus demselben Kalendervierteljahr ist
80031	Überweisung bei genehmigter Psychotherapie oder zur Abklärung somatischer Ursachen vor Psychotherapie aus demselben Kalendervierteljahr lag vor, Abrechnung auf entspr. Datensatz bzw. Muster 6
80031	Formlose Überweisung eines Vertragszahnarztes an einen ausschließlich auf Überweisung tätigen Vertragsarzt aus demselben Kalendervierteljahr lag vor (§ 24 Abs. 10 BMV-Ä, § 27 Abs. 10 EKV), Abrechnung auf selbst ausgestelltem Muster 6 bzw. entspr. Datensatz
80031	Inanspruchnahme im Vertretungsfall, in denen eine Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr vorlag, Abrechnung auf Muster 19 (Vertreterschein) bzw. entspr. Datensatz ***)
80031	Überweisung zur fachärztlichen Behandlung auf Rezept (Vordruckmuster 16) bei Sozialversicherungsabkommen lag vor (Merkblatt über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht), Abrechnung auf entspr. Datensatz bzw. Muster 6
80032	Versicherte, die eine gültige Bescheinigung über Zuzahlungsbefreiung wegen Erreichens der Belastungsgrenze vorlegen (§ 62 SGB V - GMG)
80032 80032Z, wenn von KV zugefügt	Versicherte, die ein glaubhaftes Dokument Ihrer Krankenkasse zur Befreiung von der Praxisgebühr vorlegen (§ 65a SGB V - GMG), wie „Integrierte Versorgung“ BKK „gut DABEI“ DMP Knappschaft
80033	Inanspruchnahme, in denen die Vorlage der Quittung das Überweisungsverfahren ersetzt und die Quittung entwertet wurde (§ 18 BMV-Ä, § 21 EKV), d. h. Quittungen aus demselben Kalendervierteljahr - von Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, - aus ambulanter Krankenhausbehandlung - bei Vertreterregelung ****)

***) Hier ist der Überweisungsschein und der Durchschlag des Muster 19 für den vertretenen Arzt mitzugeben, dieser rechnet dann auf dem Überweisungsschein ab und kennzeichnet ihn ebenfalls mit 80031.

****) Auch wenn der vertretene Arzt vor dem Vertreter bereits auf Überweisung in Anspruch genommen wurde und somit gar keine Quittung ausgestellt hat.

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsbefreite Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG
80033 ab Quartal 2004/3	Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Bereitschaftsdienst, wenn mit der im Notfall gekennzeichneten Quittung nachgewiesen wird, dass in demselben Kalendervierteljahr bereits im Rahmen einer Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst die Zuzahlung geleistet wurde
80033	Hilfskennzeichnung ab dem zweiten Datensatz eines Behandlungsfalls, wenn auf dem ersten Schein die Pseudo-Nr. 80030 (= Praxisgebühr erhoben) angesetzt wurde; das gilt ab 01.07.2006 auch bei gezahlter Praxisgebühr für die Inanspruchnahme desselben Arztes im Rahmen der Regelversorgung und im Notfall bzw. organisierten Notfalldienst
80034 ab Quartal 2007/3	Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt bzw. Therapeuten
80040 80040A, wenn von KV zugefügt	Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres , d.h. wenn die Erstinanspruchnahme des Vertragsarztes vor dem 18. Geburtstag des Patienten stattfindet
80040	Versicherte mit Kassenwechsel im Quartal (bei der neuen Kasse)
80040	Versicherte mit Wechsel von Kostenerstattung zu Sach- und Dienstleistung im Quartal
80040	Behandlungsfälle mit ausschließlich Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall (wenn lt. EBM kurativ abgerechnet)
80040 80040Z, wenn von KV zugefügt	Behandlungsfälle mit ausschließlich - Mutterschaftsvorsorge (§ 196 Abs. 1 RVO bzw. § 23 Abs. 1 KVLG), - Impfungen (§ 20d SGB V), - Krebsfrüherkennungs- u. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), - Befundmitteilungen an einen anderen Vertragsarzt, Arztbriefen, Kassenanfragen, MDK-Anfragen, Pauschalerstattungen
80040	Behandlungsfälle, in denen Proben am Ende des Vorquartals entnommen, aber erst zu Beginn des neuen Quartals im Labor untersucht werden und es zu keinen weiteren Inanspruchnahme kommt *****)

*****) Lt. Vordruckvereinbarung sind Laboruntersuchungen unter dem Datum einzutragen, an dem die letzte Einzeluntersuchung durchgeführt wurde.

Von der Zuzahlung nach § 28 (4) SGB V ausgenommen sind außerdem

- **belegärztliche** (stationäre) Fälle
- Fälle im **Notarztendienst/Rettungsdienst**
- **Fälle der folgenden Kostenträger:**

Sozialhilfeträger/Asylstellen/Jugendämter, Postbeamtenkrankenkasse A, Bundeswehr, Bundespolizei (BPOL), Zivildienst, Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr, Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG, SMS, MDK.

In diesen Fällen ist eine Kennzeichnung der Scheine nicht erforderlich.

Regionale Vereinbarungen unterliegen grundsätzlich der Praxisgebühr.

Ausnahmen:

- * Hautscreening-Vereinbarungen mit AOK PLUS, BARMER GEK und Knappschaft
- siehe Abschnitt 2.8,*
- * Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung mit der GEK
- siehe Abschnitt 2.14.*