

Abrechnung

Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland

Anlage zu Ausgabe 2/2026

Inhalt

1.	Regionale Abrechnungsziffern für das 1. Quartal 2026	2
2.	Vorhaltepauschale für Hausärzte ab dem 1. Januar 2026	2
3.	Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus – bei Abrechnung der Hybrid-DRG	3
4.	Digitale Gesundheitsanwendung „Kranus Mictera“: ab April neue Leistung im EBM	3
5.	EBM für die Arzneimittel Legembi und Itovebi angepasst	4
6.	EBM: Bewertungsausschuss beschließt verschiedene Änderungen	6
7.	Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM aufgenommen	7
8.	Wichtige Information zur Einreichung von Behandlungsscheinen „Sonstiger Kostenträger“ ab 1. Quartal 2026	8

Anlage „Abrechnungsmodalitäten Sonstige Kostenträger“

1. Regionale Abrechnungsziffern für das 1. Quartal 2026

Zum 01.01.2026 haben sich im Zuge der Vergütungsvereinbarung 2026 die **Wegepauschalen** im Rahmen des **organisierten Notfalldienstes** geändert. Wir bitten Sie diese in der Übersicht der regionalen Abrechnungsziffern zum 01. Quartal 2026 auf unserer Homepage zu entnehmen.

Diese finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.kvsaarland.de/kb/regionale-gebuehrenordnung>



2. Vorhaltepauschale für Hausärzte ab dem 1. Januar 2026

Mit unserem Textbeitrag in der Ausgabe 06/2025 KVS-Aktuell der KV Saarland haben wir sie bereits ausführlich über die Einführung und Kriterien der Vorhaltepauschale für Hausärzte informiert. Die aufgrund gesetzlicher Vorgaben neu geregelte Vorhaltepauschale (GOP 03040) für Hausarztpraxen wurde zum **1. Januar 2026** eingeführt. Mit ihr soll die hausärztliche Grundversorgung stärker gefördert werden.

Zuschlag zur Vorhaltepauschale: GOP 03041 und 03042

Ergänzend zur Vorhaltepauschale wird ein gestaffelter Zuschlag eingeführt, für dessen Berechnung die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien im aktuellen Quartal in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 erforderlich ist.

- GOP 03041 bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien: 10 Punkte
- GOP 03042 bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien: 30 Punkte

Nähere Erläuterung zu den Kriterien 9 und 10 des Beschlusses:

9) Zusammenarbeit	Das Kriterium gilt als erfüllt bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkel
-------------------	--

Ob es sich um fachgleiche (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder fachgleiche Praxen von Ärztinnen und Ärzten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten handelt wird anhand der im Arztregister eingetragenen Daten automatisiert von der KV Saarland geprüft. Die regelmäßige Teilnahme am Qualitätszirkel (4x pro Jahr) wird durch eine interne Abfrage durch die Fachabteilung jedes Quartal aktualisiert und entsprechend in der Bewertung berücksichtigt. Eine erweiterte Einreichung zum üblichen Nachweis an der Teilnahme am Qualitätszirkel ist zur Erfüllung des Kriteriums nicht notwendig.

10) Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten	Angebot von mindestens 14-täglich stattfindenden Sprechstunden am Mittwoch nach 15 Uhr und / oder Freitag nach 15 Uhr und / oder an mindestens einem Werktag · nach 19 Uhr und / oder · vor 8 Uhr
--	--

Für die Erfüllung des Sprechstundenkriteriums der Vorhaltepauschale sind ausschließlich die bei der KV Saarland gemeldeten Sprechzeiten maßgeblich. Bitte prüfen Sie daher, ob Ihre hinterlegten Sprechstunden vollständig sind und passen Sie diese gegebenenfalls an. Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfassen.

Eine **reine Videosprechstunde ist nicht zulässig**, um das Kriterium der erweiterten Sprechzeit zu erfüllen. Die Anwesenheit in der Praxis ist verpflichtend.

Des Weiteren möchten wir klarstellen, dass die **Fallzählung**, die zur Berechnung der ersten 8 Kriterien des Beschlusses herangezogen werden, **OHNE** Berücksichtigung der **Selektivverträge (z.B. HZV) und Knappschaftsfälle** ermittelt wird. Ebenso werden die Leistungen dieser Behandlungsfälle nicht zur Erfüllung der einzelnen Kriterien herangezogen.

Näherer Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter:

<https://www.kvsaarland.de/kb/aenderungen-und-neuerungen-im-jahr-2026>



3. Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus – bei Abrechnung der Hybrid-DRG

Hinsichtlich der immer wiederkehrenden Problematik wann eine Einweisung und wann eine Überweisung auszustellen ist, möchten wir Sie zu diesem Thema auf unsere Homepage aufmerksam machen. Auf dieser finden Sie Informationen unter dem folgendem Link:

<https://www.kvsaarland.de/kb/informationen-fuer-aerzte-und-patienten-zum-thema-einweisung-oder-ueberweisung-ins-krankenhaus>



Mit der **Abrechnung der Hybrid-DRG** kommt es in den Praxen immer wieder zu der Frage, ob für die Abrechnung der Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, eine Einweisung benötigt wird. Dem ist nicht so. Eine Einweisung ist nur im Falle eines stationären Aufenthaltes des Patienten auszustellen. **Die Ausstellung einer Einweisung für eine klar erkennbar ambulante Versorgung im Krankenhaus ist unzulässig.**

Wir bitten daher nochmals in Ihrem eigenen Interesse um Beachtung der entsprechenden Vorschriften.

4. Digitale Gesundheitsanwendung „Kranus Mictera“: ab April neue Leistung im EBM

Für die digitale Gesundheitsanwendung „Kranus Mictera“ wurde zum 1. April 2026 eine Zusatzpauschale in den EBM aufgenommen.

GOP 01482 - Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (8,15 € / 64 Punkte)

- ausschließlich bei weiblichen Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig
- einmal im KHF berechnungsfähig

„Kranus Mictera“ wird zur Behandlung von Harninkontinenz bei Frauen (Belastungs-, Drang- und Mischinkontinenz) eingesetzt. Ein zwölfwöchiges personalisiertes Training aus Becken-bodenübungen, Blasentraining, Wissensvermittlung sowie Verhaltensänderungen sollen laut Hersteller die Lebensqualität verbessern. „Kranus Mictera“ wurde im Oktober 2025 dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen.

Außerdem: Keine gesonderte Leistung für „Mindable: Soziale Phobie“

Darüber hinaus haben KBV und GKV-Spitzenverband eine Entscheidung zur DiGA „Mindable: Soziale Phobie“ getroffen. Sie wurde im Dezember 2025 nach erfolgreicher Erprobung dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen und richtet sich an Patienten mit Symptomen einer sozialen Phobie. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat für diese DiGA keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt, sodass in den Gremien des BA keine gesonderte Leistung in den EBM aufgenommen wurde. Die Versorgung erfolgt somit als Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ärztlichen Tätigkeiten in diesem Zusammenhang sind Bestandteil der berechnungsfähigen GOP des EBM. Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung (gemäß § 87 Abs. 5c Satz 4 SGB V).

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



5. EBM für die Arzneimittel Lecembi und Itovebi angepasst

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Vergütung ärztlicher Leistungen für die Arzneimittel Lecanemab (Lecembi®) und Inavolisib (Itovebi®) geregelt. Die Änderungen im EBM treten zum **1. April in Kraft**.

Lecanemab (Beschluss-Teil A bis D)

Lecanemab ist ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von Erwachsenen mit klinisch diagnostizierter leichter kognitiver Störung und leichter Demenz aufgrund der Alzheimer-Krankheit, bei denen eine Amyloid-Beta-Pathologie nachgewiesen wurde und die Apolipoprotein E ε4

(ApoE ε4)-Nichtträger oder heterozygote ApoE ε4-Träger sind. Lecanemab wird 14-tägig als intravenöse Infusion über 60 Minuten angewendet, bei Erstgabe ist eine 2,5-stündige Nachbetreuung erforderlich. Die Fachinformation sieht vor der Gabe die Feststellung der Amyloid-Beta-Pathologie durch Liquordiagnostik und die Testung auf ApoE ε4-Homozygotie vor. Zur Therapiekontrolle sind regelmäßige MRT-Untersuchungen des Gehirns erforderlich.

Neue GOP 11602 für Genotypisierung von ApoE

Für die Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie wird eine neue Gebührenordnungsposition (**GOP 11602 in den EBM aufgenommen (Bewertung: 422 Punkte)**). Die Finanzierung erfolgt zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Kennzeichnung bestehender GOP für extrabudgetäre Vergütung

Für die Indikationsstellung und Therapie mit Lecanemab waren – mit Ausnahme der neuen GOP 11602 – bislang schon alle gemäß Fachinformation zwingend erforderlichen Leistungen im EBM enthalten. Für die nachfolgenden Leistungen werden nun jeweils zwei weitere Anmerkungen aufgenommen:

- GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung)
- GOP 02101 (Infusion, Dauer mindestens 60 Minuten)
- GOP 02342 (Lumbalpunktion)
- GOP 34410 (MRT-Untersuchung des Neurocraniums)

Die Anmerkungen setzen die Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA um, denen zufolge die Einleitung und Überwachung der Therapie mit Lecanemab ausschließlich durch Fachärzte für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen dürfen (vgl. Nr. 10a Anlage III). Des Weiteren ist eine **Kennzeichnung dieser GOP** vorgesehen (**jeweils Buchstabe A**), da sie zunächst außerhalb der MGV vergütet werden sollen.

Die GOP 32406 bis 32409 für die Bestimmung von Amyloiden und Tau-Proteinen werden aus der „Ähnlichen Untersuchung“ nach der GOP 32405 in spezifische GOP überführt. Im Zusammenhang mit der Indikationsstellung von Lecanemab sind die **neuen GOP 32407 bis 32409 berechnungsfähig** und durch die Angabe einer **bundeseinheitlichen Zusatzkennzeichnung (Buchstabe A)** zu kennzeichnen. Die Finanzierung auch dieser Leistungen erfolgt zunächst außerhalb der MGV.

Inavolisib (Beschluss-Teil E)

Bei Inavolisib (Itovebi®) handelt es sich um ein Medikament zur Behandlung eines lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinoms mit nachgewiesener/n aktivierender/n PIK3CA-Mutation(en) bei Erwachsenen.

Neue GOP 19468 für Analyse weiterer aktivierender PIK3CA-Mutationen

Vor der Anwendung von Inavolisib sind neben den Exonen 7, 9 und 20 (GOP 19467) zusätzlich auch die Exone 1, 2 und 4 des PIK3CA-Gens im Hinblick auf aktivierende PIK3CA-Mutationen zu analysieren. Hierfür wird die **GOP 19468 (Bewertung: 2.034 Punkte) als Zuschlag zur bestehenden GOP 19467 in den EBM-Abschnitt 19.4.4 aufgenommen**.

Für die Anwendung von Inavolisib wurde die für eine Therapie infrage kommende Patientenpopulation in der Leistungslegende der GOP 19467 entsprechend angepasst. Die Finanzierung der GOP 19468 erfolgt ebenfalls zunächst außerhalb der MGV.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



6. EBM: Bewertungsausschuss beschließt verschiedene Änderungen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat eine Klarstellung zur Vergütung für Meldungen an das Implantateregister bei implantatbezogenen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken sowie eine höhere Vergütung für die Hochfrequenzablation des Endometriums beschlossen. Beide Änderungen gelten zum 1. Januar 2026. Zudem wurden die Abrechnungsanmerkungen zur ärztlichen Betreuung bei LDL-Apheresen zum 1. April 2026 konkretisiert.

Meldungen an das Implantateregister

Zum **1. Januar 2026** hatte der BA eine Höherbewertung der Gebührenordnungsposition (GOP) 01966 zur Vergütung für Meldungen an das Implantateregister bei implantatbezogenen Eingriffen an Hüft- und Kniegelenken beschlossen. **Ab der 7. Leistung im Quartal sinkt die Vergütung.** Dieser **Wert bezieht sich auf die Praxis**, wie der BA nun klargestellt hat.

Hochfrequenzablation des Endometriums

Für die Hochfrequenzablation (HF-Ablation) des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie können Ärztinnen und Ärzte seit 1. April 2023 die GOP 31319 abrechnen. Das Institut des Bewertungsausschusses sollte die Entwicklung des Marktes und der Preise in Bezug auf die Geräteausrüstung sowie der Sachkosten überprüfen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Kosten für das für die HF-Ablation benötigte Gerät nicht mehr in ausreichendem Maße bei der Bewertung berücksichtigt waren. Deshalb hat der BA die Vergütung rückwirkend zum **1. Januar 2026** erhöht. Die Bewertung der **GOP 31319 steigt** von bisher 2.437 Punkten **auf 2.705 Punkte**. Die analoge **GOP 36319**, die für den belegärztlichen Eingriff gilt, **wurde nicht angepasst**, da das Krankenhaus die Gerätekosten über die Belegabteilungs-DRG abrechnet.

LDL-Apheresen

Die Zusatzpauschalen **GOP 13620 und 13622** für die ärztliche Betreuung bei einer ambulanten LDL-Apherese nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses sind aufgrund der unterschiedlichen Indikationen nicht gleichzeitig durchführbar und berechnungsfähig.

Um das klarzustellen, wurde mit dem vorliegenden Beschluss mit Wirkung zum **1. April 2026 ein Abrechnungsausschluss zwischen den beiden GOP in Bezug auf die Behandlungswoche** aufgenommen. Zur Definition der Behandlungswoche im Sinne der GOP 13620 und 13622 wurde zudem eine neue siebte Bestimmung zum Abschnitt 13.3.6 EBM (GOP der Nephrologie und Dialyse) aufgenommen.

Weitere Informationen finden Sie im Beschluss und unter:

www.kbv.de/984706

<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>



7. Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM aufgenommen

Der Bewertungsausschuss (BA) hat die Aufnahme der Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den EBM sowie für die Berufsgruppe der Fachpsychotherapeuten weitere Anpassungen im EBM zum 1. April 2026 beschlossen.

Demnach werden die Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche sowie für Neuropsychologische Psychotherapie in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.8 EBM (Soziotherapie), in die dritte Bestimmung zum Abschnitt 37.7 EBM (Berechnung des Konsils und der Fallkonferenzen Außerklinische Intensivpflege) und in den fakultativen Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition (GOP) 37806 (Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOVID durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOVID) aufgenommen.

Durch Aufnahme in die Präambel des Kapitels 23 EBM (Psychotherapie) können die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie die Grundpauschalen 23210 bis 23212 mit den entsprechenden Zuschlägen abrechnen. Die Grundpauschalen werden gemäß Protokollnotiz bundeseinheitlich durch die Kassenärztliche Vereinigung gekennzeichnet, damit das Institut des Bewertungsausschusses die Mengenentwicklung dieser Leistungen evaluieren kann.

Auch bestimmte Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden allgemeinen und speziellen Bereichen des EBM sind für die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie berechnungsfähig, beispielsweise die GOP des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologische Psychotherapie).

Zusätzlich werden die Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 30984 (Weiterführendes geriatrisches Assessment) und in die Nummer 1 der Präambel 40.1 EBM (Kostenpauschalen für Krankheitsberichte) aufgenommen.

Weitere Informationen finden Sie unter folgenden Links:

<https://www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/beschluesse>

<https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/02-26/fachpsychotherapeuten-fuer-neuropsychologische-psychotherapie-in-den-ebm-aufgenommen>



8. Wichtige Information zur Einreichung von Behandlungsscheinen „Sonstiger Kostenträger“ ab 1. Quartal 2026

Aufgrund der Einführung und ausschließlichen Nutzung der digitalen Sammelerklärung ist ab dem 1. Quartal 2026 bei der postalischen Einreichung von Behandlungsscheinen sonstiger Kostenträger zur Quartalsabrechnung zwingend darauf zu achten, dass Sie den Arztstempel auf den Behandlungsscheinen Sonstiger Kostenträger auftragen.

Hintergrund ist, dass vermehrt Behandlungsscheine Sonstiger Kostenträger ohne eindeutigen Absender sowie ohne Arztstempel am Ende des Quartals zur Quartalsabrechnung eingereicht werden. Eine eindeutige Zuordnung zur einreichenden Praxis ist in diesen Fällen nicht zweifelsfrei möglich, was zu Verzögerungen in der Bearbeitung der Abrechnung führt.

Bitte beachten Sie:

- Ohne Absenderangaben und Arztstempel auf dem Behandlungsschein ist eine Bearbeitung nicht möglich
- Die Behandlungsscheine müssen im Original an die KV Saarland am Ende des Quartals zur Quartalsabrechnung eingereicht werden (welche Behandlungsscheine Sonstiger Kostenträger bei der KV Saarland am Ende des Quartals zur Quartalsabrechnung eingereicht werden müssen entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt „Abrechnungsmodalitäten Sonstige Kostenträger“)

Viele Dank für ihre Unterstützung.

Ansprechpartner:

K. Beilmann/ N. Jung / A. Reinert

☎ [0681 998370](tel:0681998370)

✉: honorar@kvsaarland.de

Abrechnung – Anlage zu KVS-Aktuell 2/2026

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7-9 - 66113 Saarbrücken - Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Tel 0681 99 83 70 – Fax: 0681 99 83 71 40 - Mail info@kvsaarland.de - Web www.kvsaarland.de

Verantwortlich: Vorstand - Redaktion: Öffentlichkeitsarbeit

- Zuständige Aufsichtsbehörde: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument auf eine geschlechtsneutrale Differenzierung (z.B. Ärztinnen/ Ärzte) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint.

Abrechnungsmodalitäten
Sonstige Kostenträger
Stand: 05.02.2026



VKNR	Sozialämter	Krankenbehand- lungsschein mit Arztstempel im Original für Abrechnung erforderlich	Krankenbehand- lungsschein mit Arztstempel in Kopie für Abrechnung möglich	Besonderheiten
73801	Stadtverband Saarbrücken	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73803	Sozialamt Saarpfalz Kreis	ja	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73804	Sozialamt Neunkirchen	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73805	Sozialamt St. Wendel	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73806	Kreissozialamt Saarlouis	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen. Identifikationspapiernummer in Feld 4124 erforderlich; Genehmigung bei Überweisung* und Muster 19 a/ Notfall erforderlich
73807	Sozialamt Merzig/Wadern	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73811	Regionalverband <u>Jugendamt</u> Saarbrücken	ja	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73813	Sozialamt <u>Jugendamt</u> Saar Pfalz Kreis	ja	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73814	<u>Jugendamt</u> Landkreis Neunkirchen	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73815	Sozialamt <u>Jugendamt</u> St. Wendel	ja	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73816	Sozialamt <u>Jugendamt</u> Saarlouis	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73817	Sozialamt Jugendamt Merzig-Wadern	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73825	Landkreis St. Wendel - Asylstelle -	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
73845	Landesaufnahmestelle Lebach	ja	nein	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen. Identifikationspapiernummer in Feld 4124 erforderlich; Genehmigung bei Überweisung* und Muster 19 a/ Notfall erforderlich
	außersaarländische Sozialämter	ja		individuelle Regelungen der einzelnen Kostenträger (Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.)

*** Ausnahme bei Pathologen, Labor- und Radiologen**

VKNR	weitere SKT - Kostenträger	Krankenbehand- lungsschein mit Arztstempel im Original für Abrechnung erforderlich	Besonderheiten
61850	Postbeamtenkrankenkasse A	nein	Versichertenkarte
79868	BA f.d. Personalmanag. der Bundeswehr -Ärztliche Behandlung.-	nein	Personenkennziffer in Feld 4124 Quartals-Gültigkeit in Feld 4125
79869	BA f.d. Personalmana. der Bundeswehr - Tauglichkeitsuntersuchung-	nein	Personenkennziffer in Feld 4124 Quartals-Gültigkeit in Feld 4125
24870	Zentrale Polizeitech. Dienste NRW	nein	Versichertenkarte
74860	Bundespolizei	nein	Versichertenkarte
94870	Bereitschaftspolizei Chemnitz	nein	Versichertenkarte
95870	Bereitschaftspolizei Dresden	nein	Versichertenkarte
96870	Bereitschaftspolizei Leipzig	nein	Versichertenkarte
48871	Bereitschaftspolizei Rheinland-Pfalz	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
	Sonstige Polizeikassen (ohne Vers.-Karte)	ja	Bitte Behandlungsschein mit Arztstempel versehen und zum Quartalsende einreichen.
KTAB/SVA	Sozialversicherungsabkommen (ohne Karte)	nein	Patientenerklärung und Kopie der EHIC an Kasse
KTAB/BVG	Bundesversorgungsgesetz (ohne Karte)	nein	2 Jahre Aufbewahrungsfrist von Kopien der Unterlagen in Praxis in der Praxis aufbewahren
73800	Konsiliarfälle/Hinzuziehungen	nein	Krankenhaus-Nummer in Feldkennung 4126 mit "Konsil=74100" (Bsp.für Kl.Winterberg)