



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Abrechnungsabteilung -

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 16 01 45 | 19091 SCHWERIN

Ihr Ansprechpartner:

--

Neumühler Strasse 22
19057 SCHWERIN
Telefon: (0385) 74 31 - 0
Durchwahl: (0385) 74 31 - 299

Telefax: (0385) 74 31 - 461

An alle Mitglieder
der Kassenärztlichen Vereinigung,
ermächtigte Ärzte und
Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Zeichen
--

Ihre Nachricht vom
--

Unsere Zeichen
Tie/La

Datum
16.12.99

R U N D S C H R E I B E N N R. 16/99

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im IV. Quartal 1999

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

zum 1. Januar 2000 macht das Bundesgesundheitsministerium mit der Einführung der ICD-10 durch die Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 8. Juli 1999 nun Ernst.

Inzwischen haben alle niedergelassenen und ermächtigten Ärzte in den ersten Dezembertagen ein alphabetisches Verzeichnis der bei uns gebräuchlichen Diagnosen mit deren Zuordnungen zur ICD-10 kostenlos erhalten. Ausführliche Hinweise zur Diagnosenverschlüsselung finden Sie dort auf den Seiten 609ff. Darüber hinaus versicherten uns die Software-Häuser, daß sie in ihrer Praxis-Software Hilfen implementiert haben, die ein müheloses Verschlüsseln der Diagnosen auf den Abrechnungsunterlagen und den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ermöglichen. Die Schlüsselnummern auf den Abrechnungsunterlagen können sich auf die Diagnosen beschränken, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die eine Leistung abgerechnet wird. Diagnosen, die der die Überweisung ausstellende Arzt seinem Kollegen übergibt, müssen nicht verschlüsselt werden, auch nicht die Diagnosen bei Krankenhaus-einweisung.

Der Gesetzgeber schreibt im § 295, Abs. 1 SGB V vor, daß sowohl die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte als auch die ärztlich geleiteten Einrichtungen nun einheitlich die ICD-10 anzuwenden haben. Fachgebiete, die im Auftrag Befunde erheben, also keine Diagnosen stellen, wenden die ICD-10 dahingehend an, daß sie in das Diagnosenfeld grundsätzlich U 99.9 (Befund) eintragen. Das betrifft: Laborärzte/Fachwissenschaftler,

Mikrobiologen, Pathologen, Zytologen sowie Radiologen und Nuklearmediziner, soweit sie nur Befunde erheben.

Sollten Sie ab erstem Quartal 2000 noch einzelne Vorquartalsfälle abrechnen, müssen auch in diesen die Diagnosen verschlüsselt sein. Der Satzaufbau läßt rechentechnisch verbale Diagnosen nicht mehr zu.

Zum 1. Januar 2000 ergeben sich einige Änderungen in den Formularen zur psychotherapeutischen Versorgung. Hierzu liegt für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten diesem Rundschreiben eine gesonderte Erklärung bei.

Ab I/00 Änderungen der PTV-Formulare

Zum 1. Juli 1999 wurden die Belege der vertragsärztlichen Versorgung auf maschinenlesbare umgestellt. Darüber hinaus wurde ein spezieller Überweisungsschein für Leistungen des Kapitel O, das Muster 10, entwickelt. Die alten Vordruckbestände dürfen weiterhin aufgebraucht werden. Ab 1. Januar sind demgegenüber Überweisungen zur Labordiagnostik auf Muster 6 nicht mehr abrechenbar.

Ab I/00 nur noch Muster 10

Aus Gesprächen und in den Abrechnungen des III/99 mußten wir feststellen, daß Leistungen des Kapitels O, die per Muster 10 von einer Laborpraxis erbeten wurden, dennoch selber abgerechnet wurden. Da diese Leistungen aber von der Laborpraxis abzurechnen sind, werden sie somit doppelt angesetzt. Der Sachverhalt trifft sowohl auf den OI/OII- wie auch auf den OIII-Bereich zu. Also nur die eigenerbrachte bzw. die aus der Laborgemeinschaft bezogene Labordiagnostik ist für die Nichtlaborpraxis abrechenbar, daran hat sich mit der Laborreform nichts geändert.

Per Überweisungsschein angeforderte Labordiagnostik nicht selber abrechnen

Der neue Überweisungsschein fürs Labor enthält das Feld „ggf. Kennziffer“. In dieses Feld ist nichts anderes einzutragen als bei gegebener Indikation die Kennziffern 3487 bis 3499. Wir fanden hier Eintragungen wie „MuVo“, angeforderte EBM-Laborparameter oder Pseudoabrechnungspositionen, die auf Basis gesonderter vertraglicher Regelungen in Mecklenburg-Vorpommern berechnungsfähig sind. Wir weisen auch hier noch einmal darauf hin, daß die Kennziffern 34ff auch immer dann in das Leistungsfeld des Abrechnungsscheines einzutragen sind, wenn sie auf dem Muster 10 angegeben wurden.

Da sich die Vergütungsform der Laborleistungen zum 1. Juli 1999 grundsätzlich geändert hat, bitten wir darum, etwaige Nachzüglerscheine aus den Quartalen bis II/99 zukünftig in den Abrech-

Vorquartals-trennung wegen Laborreform

nungen gesondert zu halten.

Ärztliche Leistungen an Bundeswehrangehörigen sind grundsätzlich nur auf einem Überweisungsschein vom Truppenarzt abrechnungsfähig. Ausnahmen bilden die Leistungen hinzugezogener Ärzte im Notfall und die Leistungen von Anästhesisten bei operativen Eingriffen. In diesen Fällen sind auf einen Überweisungsschein für die vertragsärztliche Versorgung Dienstgrad, Name, Vorname, Personenkennziffer, Truppenteil und Standort des Soldaten aus dem vorliegenden Überweisungsschein des Truppenarztes zu übernehmen. Bei Asylbewerbern gilt, daß grundsätzlich keine Überweisungsscheine ausgestellt werden dürfen, außer zum Radiologen und zum Laborarzt, sofern die Leistungen im Zusammenhang mit der Primärinanspruchnahme stehen. Neuerlich ist das Ausstellen eines Überweisungsscheines auch zum Anästhesisten zulässig, wenn er zu einem operativen Eingriff hinzugezogen werden soll.

**Hinzugezogene
Anästhesisten
bei Bundeswehr-
und Asylbewer-
ber-OP**

Zum Dezember 1999 läuft die Gültigkeit vieler Chipkarten aus. Es ist zu erwarten, daß zum Januar 2000 einige Patienten ohne gültige Krankenversichertenkarte in den Praxen erscheinen. In diesen Fällen ist das Ersatzverfahren anzuwenden und der Patient aufzufordern, sich um eine gültige KVK bei seiner Krankenkasse zu bemühen. Das Ersatzverfahren gilt auch für das Ausstellen eines Rezeptes. Da die Rezepte optisch maschinell gelesen werden, sollte das Personalienfeld möglichst auch maschinenschriftlich ausgefüllt werden.

**Chipkarten-
gültigkeit
beachten**

Mit der Frage „Na, na, wer verschenkt denn hier sein Geld?“ haben wir im Rundschreiben 13/99 darauf hingewiesen, daß offenbar vergessen wurde, mögliche Pauschalvergütungen unter dem AOK-Vertrag Ambulantes Operieren abzurechnen. Gleiches stellen wir nun auch bei der Anwendung des Vertrages mit der Technikerkrankenkasse über kinderchirurgische Eingriffe fest. Hier wird oft die Motivationspauschale vom Hausarzt vergessen.

**A-Pauschalen im
Vertrag mit der
der TK nicht
vergessen**

Der präoperative hausärztliche Untersuchungskomplex nach der Position 13 ist nur bei ambulant oder belegärztlich durchzuführenden Eingriffen abrechenbar, wenn diese in Narkose oder rückenmarksnaher Regionalanästhesie durchgeführt werden. D. h., die Position 13 ist beispielsweise nicht vor Katharakt-Operationen oder vor Operationen der Dupuytrenschen Kontraktur berechnungsfähig. Bei solchen Eingriffen ist auch nicht die Ausschlußindikation 3492 ansetzbar.

**Pos. 13 nur bei
Eingriffen in
Narkose**

Die fachübergreifenden Betreuungsgrundleistungen nach den Positionen 14, 15, 20 und 16 sind nur abrechnungsfähig, wenn im Quartal 5 bzw. 3 Patientenkontakte stattgefunden haben. In aller Regel ergibt sich die Anzahl der Patientenkontakte aus der Summe der abgerechneten Positionen 1 und 2. Fachgebiete (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater etc.) bzw. Ärztegruppen (Ermächtigte, § 311-Ärzte), für die die Konsultationsgebühr nicht berechnungsfähig ist, schreiben dennoch für jeden weiteren Kontakt die Position 2 an. Damit wird der Kontakt dokumentiert, wenngleich die Position 2 nicht vergütet wird. Sie erscheint auch nicht in der Anzahlstatistik, da sie durch das Regelwerk aus der Abrechnung wieder eliminiert wird.

Angabe des Patientenkontaktes bei Fachgebieten ohne Pos. 2

Durch das Setzen eines Kommas in der Leistungslegende für die postoperative Betreuung hinter „96 bis 98“ wurde ein alter Streit zur Berechnungsfähigkeit der Positionen 63 bis 66 klarstellend beendet. Sie sind eben nur bei zuschlagsberechtigten Operationen unter zuschlagsberechtigten Anästhesien/Narkosen anzusetzen. In der letzten EBM-Ausgabe mit Stand 1. Juli 1999 fehlt dieses Komma nun wieder. Hier liegt kein Sinneswandel, sondern ein Druckfehler vor.

Alter Druckfehler bei Pos. 63ff neu aufgelegt

Vorrangig hausärztliche Kinderärzte, die selber nicht sonographieren, bedenken nicht, daß entsprechend der Kinder-Richtlinie zum Zeitpunkt der U3 (4. - 6. Lebenswoche) auch das Hüftgelenkscreening nach der Position 152 durchzuführen ist. Sonographierende Orthopäden, die von diesen Ärzten einen Überweisungsauftrag zum Hüftgelenkscreening erhalten, müssen oftmals besorgt feststellen, daß der Zeitpunkt schon weit überschritten ist. Sie erbitten von ihren Kollegen mehr Sorgfalt und gaben uns diesen Hinweis.

Pos. 152 an 4.-6. Lebenswoche gebunden

Im Zusammenhang mit einem medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruch durch Mifepreston wurden zum 1. Oktober die Positionen

- 196 - medikamentös ausgelöster Schwangerschaftsabbruch
- 200 - Kontrolluntersuchung(en) nach einem Schwangerschaftsabbruch
- 7154 - Erstattung der Kosten beim medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruch mit Mifepreston

Neue Positionen für medikamentösen SSA

in den EBM aufgenommen. Somit wird diese Leistung auch bei Schwangerschaftsabbrüche für Bedürftige möglich. Dementsprechend sind diese Ziffern auf dem Abrechnungsschein A4 für das Sozialministerium zu dokumentieren.

Durch eine Änderung der Psychotherapierichtlinie ab Januar 2000 mußte auch für den Bericht an den Gutachter in der Kurzzeittherapie eine berechnungsfähige Leistungsposition aufgenommen werden (Position 866). Die Legende der Position 868 wurde dahingehend geändert, daß sie nunmehr nur für den Bericht an den Gutachter in der Langzeittherapie berechnungsfähig ist.

**Neue Pos. 866
für Bericht an
Gutachter in
Kurzzeitthera-
pie**

Beide Neuerungen im EBM (medikamentöser Schwangerschaftsabbruch und Konsequenzen aus der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie) sind im Deutschen Ärzteblatt, Heft 49 vom 10. Dezember 1999, veröffentlicht.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat die Knochendichtemessung zwar als Kassenleistung bestätigt, die Anwendung der Osteodensitometrie als GKV-Leistung wird jedoch zukünftig auf solche Patienten begrenzt, die einen Knochenbruch ohne entsprechendes Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund der persönlichen Krankengeschichte und der Untersuchungsbefunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht. Nur in diesen Fällen ist der medizinische Nutzen der Osteodensitometrie nach derzeitigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nachgewiesen.

**Knochedichte-
messung als
Kassenleistung
eingeschränkt**

Durch eine Änderung der Leistungslegende der Position 7103 zum 1. Januar 2000 wird klargestellt, daß für die Rückinformation der Ge-
bührennummer der Laborleistung und deren Kosten
kein gesondertes Porto abgerechnet werden kann.

**Änderung der
Leistungslegen-
de der Pos.7103**

In einem nochmals mit dem Vertragspartner AOK geführten Gespräch ging diese auf Meinungsäußerungen der den Vertrag zum ambulanten Operieren anwendenden Ärzte ein. Danach sind ab sofort neben den Nachbetreuungspauschalen E und F Besuche und Wegegebühren berechnungsfähig, ärztliche Leistungen hingegen, die im Zusammenhang mit dem Eingriff stehen, bleiben weiterhin neben den Nachbetreuungspauschalen nicht berechnungsfähig. Mit Einführung der ICD-10 sind die Diagnosen auf den Dokumentationsbögen verschlüsselt einzutragen.

**Leistungsaus-
schluß neben
Nachbetreuungs-
pauschalen im
Vertrag amb.
Operieren ge-
lockert**

Abschließend möchten wir Sie in eigener Sache darüber informieren, daß die stellvertretende Abteilungsleiterin der Abrechnungsabteilung, Frau Seidelt, die ihr vom Vorstand gebotene Möglichkeit zur Altersteilzeit in Anspruch genommen hat.

Frau Seidelt setzte seit dem 1. Januar 1991 als mit eine der ersten Einstellungen ihre ganze Kraft beim Aufbau der Verwaltungsstruktur Kassenärztliche Vereinigung ein. Ihr oblag die fachlich-organisatorische Anleitung, also die innere Führung der Abrechnungsabteilung.

Von ihren Mitarbeiterinnen ob ihrer mütterlichen Art geschätzt, die aber dort, wo es nötig war, dennoch Klarheit schuf, erhob Frau Seidelt am 30. November 1999 gemeinsam mit ihren Kolleginnen ein letztes Glas, um sich von ihnen zu verabschieden und sich für das ihr entgegengebrachte Vertrauen zu bedanken. Sie übergab ihre Aufgaben an ihre Nachfolgerin Frau Gläser.

Der Vorstand und die Verwaltung bedanken sich bei Frau Seidelt für ihre geleistete Arbeit und wünschen ihr auf ihrem weiteren Weg alles Gute.

Und auch Ihnen, sehr verehrte Damen und Herren, wünschen wir zum Jahreswechsel ebenfalls das Beste.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Wolfgang Tieth

Ihre Abrechnungen des 4. Quartals 1999 geben Sie bitte bis zum 10. Januar 2000 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

3. Januar 2000	7:00 - 16:00 Uhr
4. Januar 2000	7:00 - 16:00 Uhr
5. - 7. Januar 2000	7:00 - 18:00 Uhr
8. Januar 2000	8:00 - 18:00 Uhr
10. Januar 2000	7:00 - 18:00 Uhr