



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

eMail:

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

Ihre Zeichen

--

Ihre Nachricht vom

--

Unsere Zeichen

Tie/La

Datum

20. März 2001

RUNDSCHREIBEN NR. 5/01

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im I. Quartal 2001

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

die Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern gratuliert unserem Ersten Vorsitzenden, Herrn Dr. Eckert, zu seiner Wahl als Beisitzer im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese Wahl ist Ausdruck der Anerkennung seines Einsatzes für die Belange der ambulanten medizinischen Versorgung im Osten Deutschlands. Wir wünschen Herrn Dr. Eckert Kraft für die Arbeit im Vorstand der KBV, Kraft für seine Arbeit in unserem Land, Kraft zum Wohle seiner Patienten und wenigstens auch noch ein bißchen Lebensqualität im persönlichen Bereich!

Nunmehr lassen Sie uns zu den Niederungen unserer täglichen Arbeit zurückkehren. Schon immer begannen wir mit Anmerkungen und Interpretationen zu den nach dem EBM berechnungsfähigen Leistungen.

Unter anderem sind die Positionen 63 bis 66 auch für die Beobachtung und Betreuung von Patienten mit konsumierender Erkrankung berechnungsfähig. Werden hierbei Zytostatika infundiert, ist die Abrechnung der Positionen 278 und 279 wegen der ersten Anmerkung hinter den Positionen 63 und 66 ausgeschlossen. Aber auch die Berechnung der Infusion nach Position 273 kommt nicht in Frage, denn sie ist anzusetzen bei einer Infusionsdauer bis zu 90 Minuten. Die Berechnung der 63 ist aber nur möglich, wenn die Behandlung aus parenteraler Sicht mindestens zwei Stunden dauert. Zusammenfassend muß also gesagt werden, daß die Infusionen von Zytostatika neben den Positionen 63 bis 66 nicht gesondert berechnungsfähig sind.

**Infusionen und
Beobachtung und
Betreuung eines
Kranken mit
konsumierender
Erkrankung**

Sie werden es kaum glauben, aber wir haben wirklich Veranlassung darauf hinzuweisen, daß der ausführliche Arztbrief nach der Position 78 nur abrechenbar ist, wenn im zeitlichen Zusammenhang auch eine Ganzkörperuntersuchung erfolgte. Bei Quartalsumbruch kann die Position 60 auch noch im alten Quartal liegen (Zwischenzeit nicht länger als 14 Tage). Ein zweimaliger Ansatz der Position 78 bei gleicher Ganzkörperuntersuchung sollte schon eine große Ausnahme sein und bedarf einer Erklärung.

Position 78 nur im Zusammenhang mit Position 60 berechnungsfähig

Wir hatten Sie in unserem letzten Rundschreiben darüber informiert, daß die Kontrolluntersuchung nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse als Kostenträger nur bei medizinischer oder kriminologischer Indikation abgerechnet werden kann. Sie ist auch beim Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige berechnungsfähig, allerdings nicht über Chipkarte, sondern auf der Kostenübernahmeerklärung der jeweiligen zwischenfinanzierenden Krankenkasse. Da die Kontrolluntersuchung nicht nur vom Operateur, sondern auch vom „Hausgynäkologen“ durchgeführt werden kann, haben die AOK und die Ersatzkassen eine Dreifach-Kostenübernahmeerklärung (Hausgynäkologe, Anästhesist, Operateur). Die Betriebs- und Innungskrankenkassen haben nur Einfachformulare. Sie müssen zur getrennten Leistungsabrechnung kopiert werden.

Position 200 nach Schwangerschaftsabbruch

Die unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels ist offenbar eine schmerzhaft Angelegenheit. Deswegen ist sie nach der Leistungslegende sachgerecht nur in Anästhesie oder Narkose durchführbar. Eine Anästhesie-Creme hilft da nach Auskunft des Vorstandes des Berufsverbandes der Coloproktologen Deutschlands wenig. Sofern unter der Indikation Analstenose neben der Position 364 keine Anästhesieleistung (451 bzw. 462) abgerechnet worden ist, ist die Leistung nicht sachgerecht erbracht und nicht berechnungsfähig.

Position 364 nur in Narkose

Im AOK- und IKK-Vertrag zum ambulanten Operieren ist die Operationsdauer (evtl. Anästhesieverlängerung) in den C-Pauschalen mitkalkuliert. Werden aber unter einer Narkose zwei getrennt berechnungsfähige Eingriffe erbracht, ist nur eine C-Pauschale berechnungsfähig. Um auch in diesem Fall die tatsächliche Narkosedauer zu vergüten, ist die Verlängerungspauschale 463 C zur Abrechnung eingeführt worden. Es kann aber auch zu der Konstellation kommen, daß in einem Zuge sowohl ein Eingriff entsprechend AOK-/IKK-Vertrag mit C-Pauschalnarkose und ein weiterer Eingriff nach EBM vorgenommen wird. Um auch hier die Narkoseverlängerung abrechnen zu können, schreiben Sie bitte nicht die EBM-Position 463 - die würde weggeregelt -, sondern die neue Position 463 V. Sie wird mit 450 Punkten vergütet.

Neue Position 463 V neben Vertrag Ambulantes Operieren

Der Berufsverbandsvorsitzende der Augenärzte bat uns, die Nebeneinanderberechnung der Positionen 1242 und 1251 noch einmal zu prüfen. Die Ziffer 1242 ist laut EBM die binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes, einschließlich Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte. Die Ziffer 1251 ist berechnungsfähig für die Lokalisierung von Netzhautveränderungen für einen gezielten operativen Eingriff. Diese beiden Leistungen sind gemäß den

Positionen 1242 und 1251 nicht nebeneinander berechnungsfähig

Allgemeinen Bestimmungen im EBM AI. Teil A Abs. 1 nicht nebeneinander berechnungsfähig, da die Ziffer 1251 Teil des Leistungsinhaltes der Ziffer 1242 ist. Auch nach Rücksprachen mit Prüfärzten und nach Zuhilfenahme einschlägiger Kommentare können wir zu keiner anderen Einschätzung kommen. Die Ziffer 1242 hat die Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes zum Inhalt, somit werden auch Netzhautveränderungen lokalisiert.

Bei Blasen- und Nierenkathetern bilden sich regelhaft Granulationsgewebe sowie entzündliche und eitrig-Veränderungen am Fistel-Haut-Übergang, die einer Behandlung bedürfen. Diese Behandlung ist nicht etwa nach der Position 2020 gesondert berechnungsfähig, vielmehr ist sie Bestandteil der Position 1822. Das Sozialgericht Stuttgart hat in seinem Urteil mit dem Aktenzeichen S 10 KA 22/79/97 unter Hinweis auf die Allgemeinen Bestimmungen des EBM Teil A 1, 1. Absatz, Satz 2 diese Regelung bekräftigt.

In der Zusammenfassung der Ausschlußkennziffern 3480ff zu den Laborbudgets vom 1. April 2000 ist deren Gültigkeit auf den 31. Dezember 2000 begrenzt. Zwischenzeitlich wurden wir von der KBV informiert, daß sie weiterhin gelten.

Mit dem Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes zum 1. Januar 2001 entfällt die gesetzliche Meldepflicht für Scharlach. Damit fällt die Untersuchung auf beta-hämolyisierende Streptokokken in Verbindung mit der Scharlachdiagnostik nicht mehr unter die Ausschlußkennziffer 3481.

Die Darlegung der Abrechnungsmöglichkeiten für gehaltene Aufnahmen in unserem Rundschreiben 10/00 vom 20. September 2000 stießen teilweise auf Widerspruch der Radiologen und Teilradiologen. Wir bezogen Herrn Dr. Rüggeberg vom BDC in die Diskussion ein, der sich um einen klarstellenden Interpretationsbeschluß über den Bewertungsausschuß bemühte. Ein solcher Beschluß liegt bis heute nicht vor. Vielmehr bestätigte uns das Dezernat 3 der KBV unsere Auffassung nach nochmaliger Anfrage. Wir stellen nunmehr entsprechende Abrechnungen ab zweitem Quartal 2001 in dem Sinne richtig, daß die Position 5021 nicht der Zuschlag für das Halten, sondern für die zusätzliche(n) Aufnahme(n) ist (Analogie zur Position 5034).

Bekanntermaßen ist die Knochendichtemessung als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen auf die Indikation Fraktur ohne entsprechendes Trauma bei genetischer Prädisposition beschränkt. Bei diesbezüglichen Auftragsleistungen an die Radiologen bitten wir, die entsprechende Indikation anzugeben. So ist sich der Radiologe sicher, daß es sich im gegebenen Auftrag um eine Kassenleistung handelt. Für die erteilte Auftragsleistung und deren Wirtschaftlichkeit ist der auftraggebende Arzt verantwortlich.

Damit sind wir am Ende der EBM-Probleme; wir haben aber noch eine Reihe sonstiger Informationen über Sonderverträge von Krankenkassen und sonstigen Kostenträgern und Institutionen.

Wundversorgung bei liegendem Blasenkatheter nicht gesondert berechenbar

Ausschlußkennziffern für Laborbudgets gelten weiter

Ausschlußkennziffer 3481 nicht mehr für Scharlach

gehaltene Aufnahmen

eingeschränkte Knochendichtemessung

Aus Sicht der Abrechnungsabteilung haben wir im Zusammenhang mit der Vereinbarung zum Diabetes-Management AOK/IKK, unter der Sie bei erklärter Teilnahme seit dem 1. April 2000 abrechnen, noch einige Hinweise, die Sie zukünftig beachten möchten.

Die Erstdokumentation nach Ziffer 9023 für einen dauerbetreuten Patienten ist grundsätzlich nur einmal berechnungsfähig. Es gibt einzelne Praxen, die unter gleichzeitigem Ausfüllen eines Dokumentationsbogens diese Ziffer quartalsweise abrechnen, die wir selbstverständlich im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung streichen müssen. Zu unterscheiden ist hier zwischen quartalsweiser Konsultation Ihrer Diabetiker und deren jährlicher Dokumentation. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie an die Folgedokumentation erinnern, die 12 Monate nach der Erstdokumentation unter Auflistung aller Befunddaten auf dem Dokumentationsbogen (linkes Feld) zu erfolgen hat. Nur unter ordnungsgemäßer Angabe der medizinischen Befunde wird eine Ergebnisvergütung möglich. Die Zuerkennung der Ergebnisvergütung erfolgt nach Auswertung der Erst- und Folgedokumentation automatisch durch die KVMV. Die erste Auszahlung der Ergebnisvergütung können Sie mit der Honorarabrechnung des 2. Quartals 2000 im November 2001 erwarten. Bitte berücksichtigen Sie bei der Abrechnung, daß in der Diagnose die Angabe des zu betreuenden Diabetikertypes mit den abgerechneten Gebührensätzen übereinstimmt. Auf die unterschiedlichen Gebührensätzen für Primärkassen und Ersatzkassen muß ebenfalls nochmals hingewiesen werden.

Diabetes-Management Erst-/Folgedokumentation/ Ergebnisvergütung

Für die Ärzte, die Mitglieder im Gesundheitsnetz Neubrandenburg sind, wurde mit Wirkung zum 1.1.2001 eine Diabetesvereinbarung mit der Barmer und der DAK für den Bereich Neubrandenburg analog der AOK/IKK geschlossen. Die Abrechnung der Leistungen für alle zu betreuenden Diabetiker der Barmer und DAK erfolgt ab 1. Quartal 2001 somit ausschließlich nur noch nach dem neuen Vertrag. Zum richtigen Ausfüllen der Dokumentationsbögen beachten Sie bitte nochmals die Hinweise, die wir Ihnen in unserem Rundschreiben Nr. 10/00 vom 20. September 2000 gegeben haben. Sollten Sie noch Erläuterungen zum richtigen Umgang mit der Diabetesvereinbarung wünschen, wenden Sie sich bitte zuständigkeitshalber an die Abteilung Qualitätssicherung, Frau Hahn, Tel.: 03 85/74 31 385.

Diabetesvereinbarung Barmer/DAK ab 1.1.2001 für Ärzte des Gesundheitsnetzes Neubrandenburg

Aus der BKK Knoll ist bundesweit die BKK Pfalz hervorgegangen. Leider ist die Kassenstammdaten der KBV für das 1. Quartal 2001 bezogen auf diese BKK fehlerhaft: Die ab 1. Januar 2001 neu eingerichtete BKK Pfalz Ost mit der Kassenummer 99 580 ist darin nicht enthalten. Bei Problemen mit einer entsprechenden Versichertenkarte, die möglicherweise nicht die Kassenummer 99 580, sondern das Institutionskennzeichen 106437458 enthält, bitten wir Sie, einen Abrechnungsschein im Ersatzverfahren mit der Kassenummer zu erstellen.

richtige Versichertenkarten bei der BKK Pfalz

Die Kaufmännische Krankenkasse informierte uns über ein bundesweites Hämochromatose-Screening im Rahmen eines Modellvorhabens

Hämochromatose-Screening für

über 12 Monate. In ihm geht es um die frühzeitige Diagnostik einer genetischen Veranlagung für Hämochromatose. In diesem Zusammenhang können auch vereinzelt Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern von einem Versicherten der KKH gebeten werden, ihm einen Tropfen Kapillarblut aus einer Fingerkuppe zu entnehmen und die Blutprobe mit einem vorfrankierten Briefumschlag zur Befundung an die Medizinische Hochschule Hannover zu schicken. Es wird sich hierbei immer um Patienten handeln, die Sie ohnehin im Rahmen eines Hausarztkontaktes behandeln. Fragen zum Modellvorhaben beantwortet Ihnen gern Herr PD Dr. Stuhmann-Spangenberg in der MHH (0511/5323719).

Versicherte der KKH

Die BKK Bahn bittet uns, Sie darauf hinzuweisen, daß der § 26 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages Sie verpflichtet, im Falle einer erforderlich werdenden stationären Behandlung den Patienten auf die zwei nächst-erreichbaren Krankenhäuser zu verweisen.

Verordnung von Krankenhausbehandlung

Die BKK mußte in der Vergangenheit feststellen, daß Ihrerseits nicht immer in die nächsterreichbaren Krankenhäuser eingewiesen wurde.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2000 hatte der Landkreis Nordvorpommern die Aufgaben des örtlichen Sozialhilfeträgers auf die kreisangehörigen Städte und amtsfreien Gemeinden übertragen und uns um entsprechend differenzierte Abrechnungen ersucht. Mit Wirkung zum 1. April 2001 haben wir das Problem gemeinsam dahingehend geregelt, daß neben der Kostenträgernummer 78 812 für das Sozialamt Nordvorpommern achtzehn weitere Kostenträgernummern für die Städte und Gemeinden eingerichtet wurden. In den Stammdaten bzw. auf den Rechnungseinganglisten für das zweite Quartal 2001 werden Sie die neuen Kostenträgernummern vorfinden. Während die Leistungsabrechnung für die Asylbewerber weiterhin zentral über die 78 812 erfolgt, ist die der Sozialhilfeempfänger gesplittet. Achten Sie also bitte im Falle einer Überweisung auf die zutreffende Kostenträgernummer auf dem originalen Behandlungsausweis. Für die Notfallbehandlung entnehmen Sie die Kostenträgernummer gegebenenfalls auch aus der beiliegenden Aufstellung.

Ab 1.4.2001 Sozialhilfeabrechnung im Landkreis Nordvorpommern

Das Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommerns ist darauf aufmerksam gemacht worden und bittet, Sie zu informieren, daß den Versicherten bei der Kostenerstattung für Krankenfahrten oftmals Schwierigkeiten entstehen. Probleme ergeben sich dadurch, daß der dafür vorgesehene Vordruck häufig nicht von dem behandelnden Arzt, sondern lediglich von Mitarbeiterinnen der Arztpraxis unterzeichnet wird. Die Krankenkassen verweigern daraufhin die beantragte Fahrkostenerstattung. Wir müssen Sie also bitten, hier entsprechend der Krankentransportrichtlinie zu verfahren.

Fahrkostenerstattung entsprechend Krankentransport-Richtlinie

In Abstimmung mit dem Innenministerium Mecklenburg-Vorpommern sind Überweisungen von Asylbewerbern ohne vorherige Zustimmung des zuständigen Sozialamtes nur zur Labor- bzw. Röntgendiagnostik zulässig, wenn diese im Zusammenhang mit der Primärananspruchnahme stehen. Sind andere Fachgebiete per Überweisung hinzuzuziehen, ist in jedem Fall die Zustimmung des Sozialamtes einzuholen. Einige Sozialämter stempeln den ausgestellten Überweisungsschein ab, andere stellen

Überweisung von Asylbewerbern

einen neuen originalen Behandlungsausweis aus.

Ähnlich dem Muster 56 (Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/ Funktionstraining) stellt auch die Landesversicherungsanstalt Mecklenburg-Vorpommern Anfragen zur Verordnung von Rehabilitationssport auf einem grünen Durchschreibesatz aus. Nach Rücksprache mit der Hauptverwaltung in Neubrandenburg kann hierfür die GOÄ-Position 70 plus Porto berechnet werden.

**Verordnung von
Reha-Sport
LVA/BfA**

Auch nach Inkrafttreten des neuen Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (siehe Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt, Sonderbeilage zu Heft 4/2001 vom 26.1.2001) ist der Arzt berechtigt, die aufgrund von Abschnitt A des Gebührenverzeichnisses berechnungsfähigen Kosten dem Unfallversicherungsträger in Rechnung zu stellen. Es ist ihm freigestellt, ob er diese entweder aufgrund eines Einzelnachweises berechnet oder ob er die pauschalierte Kostenregelung des „BG-NT“ in Anspruch nimmt. Der BG-NT ist zwar für den stationären Bereich entwickelt worden, die Unfallversicherungsträger lassen ihn aber auch im ambulanten Bereich gegen sich gelten.

**Berufsgenossen-
schaftlicher
Nebenkostentarif
„BG-NT“**

Der neue Vertrag sieht ab 1. Mai 2001 auch neue Formulare vor. Die alten dürfen aber im Übergangszeitraum aufgebraucht werden.

Das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung informierte die Kassenärztlichen Vereinigungen darüber, daß es im ambulantärztlichen Bereich bei der Anwendung der ICD 10-Version 1.3 bliebe, im stationären Bereich wäre aber die Version 2.0 ab 1. Januar 2001 verbindlich. Während sich für die niedergelassenen Ärzte damit nichts ändert, müßten die ermächtigten Ärzte von nun an mit zwei ICD 10-Versionen arbeiten. Bei gleichbleibender Systematik verändert sich in der Version 2.0 die Verschlüsselungstiefe teilweise nun um eine fünfte Stelle. Eine Anfrage bei der KBV, ob die Prüfmodule der KBV bei den Ermächtigtenabrechnungen auch die Version 2.0 „verkräften“, wurde abschlägig beschieden. Die ermächtigten Ärzte müssen also ihre Behandlungsdiagnosen nach der Version 1.3 verschlüsseln. Ab 2002 soll aber wieder eine einheitliche Version verwendet werden.

**ICD 10-Versionen
1.3 gegenüber 2.0**

Für den ICD 10-Diagnosenthesaurus als Buchausgabe gibt es eine Ergänzungs- und Korrekturliste (Stand 1.12.2000), die wir dem Rundschreiben beifügen.

Ihre Abrechnungen des 1. Quartals 2001 geben Sie bitte bis zum 10. April 2001 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

2. - 3. April 2001	7:00 - 16:00 Uhr
4. - 6. April 2001	7:00 - 18:00 Uhr
7. April 2001	8:00 - 18:00 Uhr
9. - 10. April 2001	7:00 - 18:00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

W. Tieth

Wolfgang Tieth