



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. Juni 2001

RUNDSCHREIBEN NR. 9/01

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im II. Quartal 2001

Meine sehr verehrten Damen,
sehr verehrte Herren,

auch wenn es nicht recht Sommer werden will, die Urlaubszeit beginnt und Sie warten auf die Abrechnungsunterlagen. Hier also unsere Anmerkungen:

Zum 1. Juli 2001 werden alle DM-Positionen des EBM sowohl in D-Mark als auch in Euro ausgewiesen. Das betrifft also die Kapitel O (Labor) und U (Pauschalentstattungen). Weiterhin ist ein Großteil der Laborleistungen im DM-Bereich neu bewertet. Die Veränderungen werden noch im Juni im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Darüber hinaus sind drei Leistungslegendenänderungen im psychotherapeutischen Bereich und eine Änderung der Leistungslegende zur Position 921 veröffentlicht.

Zum 1. Oktober 2001 ändert sich die Leistungsbewertung der Position 4932 auf 600 Punkte, und mit der Position 4933 wird zu den Leistungen 4900, 4902 oder 4930 ein Zuschlag von 1250 Punkten für den immunhistochemischen Nachweis des HER2-Rezeptors gewährt. Ebenfalls zum 1. Oktober 2001 ist die MRT-Untersuchung der Herzkranzgefäße wie auch schon der Mamma nicht nach der Position 5521 abrechenbar. Letztlich hat der Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses zum 1. Oktober 2001 folgenden Beschluß gefaßt: „Die Leistungen nach den Nrn. 2445 bis 2449 EBM beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 50,00 DM. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.“

**EBM-Neuerungen
ab 1.7.2001 bzw.
1.10.2001**

Die allgemeinen Bestimmungen BI.2. des EBM sagen aus, daß bei Gruppenbehandlungen die Leistungen nach den Nrn. 1, 2 und 3 nicht berechnungsfähig sind. Wir bitten dieses auch bei der Diabetiker-schulung zu beachten, also keine Position 2 neben der Position 7215.

keine Konsulta-tionsgebühr bei Gruppenbehand-lungen

Ab 1. Juli 2001 ist die Austreibungsphase beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nach den Positionen 63/64 berechnungsfähig. Die Position 196 wurde wertmäßig um die Austreibungsphase reduziert. Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige wurde mit dem Sozialministerium eine Pauschalvergütung (196 A) vereinbart, die nach der alten Legende der Position 196 die Austrei-bungsphase mit berücksichtigt. Demzufolge sind im Zusammenhang mit der Position 196 A die Positionen 63/64 nicht berechnungsfähig.

Pos. 63/64 bei medikamentösem Schwangerschafts-abbruch

Die Krankenkassen gehen dazu über, die Vordruckmuster 41, 50, 51, 52, 53 und 55 per Telefax an die Praxen zu versenden. Diesbezüglich informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung, daß aus datenschutz-rechtlicher Sicht nichts dagegen spricht, diese Anfragen auch per Tele-fax an die Kassen zurückzusenden. Die Position 7120 ist in diesen Fällen berechnungsfähig.

Kassenanfragen per Telefax

Die mit den Krankenkassen abgeschlossene Vordruckvereinbarung führt die genannten Muster auf, mit denen die Krankenkassen unter dem vereinbarten Honorar Anfragen an die Praxen richten. Es ist festzu-stellen, daß die Flut der Kassenanfragen stetig zunimmt. Die Kassen-ärztliche Bundesvereinigung weist darauf hin, daß sie - unbeschadet der Regelung gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ärzte) analog Ersatzkassenvertrag - die Auffassung vertritt, daß schriftliche Anfragen der Krankenkassen, die über einfache Auskunftsbegehren wie Bescheini-gungen und Zeugnisse hinausgehen und für die kein vereinbarter Vordruck gemäß der Vordruckvereinbarung vereinbart ist, nicht nach Leistungspositionen des derzeit gültigen EBM berechnet werden können. Das gilt auch, wenn eine entsprechende Leistungsposition durch die Krankenkassen bei der schriftlichen Anforderung angegeben ist. Solche Anfragen sind entweder an die Krankenkassen unbeantwortet zurückzugeben oder mit einer entsprechenden Privatliquidation zu versehen.

Kassenanfragen ohne vereinbartes Muster

Für die Ersatzkassen gelten ab 1. März 2001 neue Zuzahlbeträge bei physikalisch-medizinischen Leistungen. Unter der Überschrift „Angepaßte Beträge“ sind sie in unserem Juni-Journal auf der Seite 19 ausgewiesen.

neue Zuzahlungen für physikalisch-medizinische Leistungen

Die physikalisch-medizinischen Leistungen sind therapeutische Leistungen. Zum Beispiel ist die Position 505 nicht für die Überprüfung der Beweglichkeit eines Gelenkes abrechnungsfähig.

physikalisch-medi-zinische Leistungen keine Diagnostik-methoden

Der Denvertest ist nach der Position 953 abzurechnen. Diese Position ist aber nicht neben Kinderfrüherkennungsuntersuchungen berechnungsfähig. Wird der Denvertest im Zusammenhang mit den Leistungen 142 bis 149 durchgeführt, ist hierfür die Zuschlagsposition 956 anzusetzen.

**Denvertest neben
Kinderfrüherkennungsuntersuchungen**

Das Bundessozialgericht hat sich am 3. April 2001 mit der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) als Methode zur künstlichen Befruchtung befaßt. Die gefällten Urteile sind Entscheidungen in drei Einzelfällen. Sie haben keine Allgemeinwirkung und vermögen auch die Richtlinien zur künstlichen Befruchtung nicht zu ändern. Bei unverändertem Fortgelten der Richtlinie ist diese Methode keine Kassenleistung. Die Krankenkassen können und dürfen auch die Kosten hierfür nicht übernehmen. Eine entsprechende Leistung wäre derzeit also nur privat zu liquidieren.

**ICSI noch keine
Kassenleistung**

Im Vertrag ambulante Kinderchirurgie mit der Techniker Krankenkasse tritt zum 1. Juli 2001 eine Neuerung hinsichtlich der Leistungen nach den EBM-Positionen 1768 und 2620 (Leistenbruch und Hodenhochstand) ein. Sie sind weiterhin einzeln abrechenbar. Da diese Leistungen in der Regel aber im Zusammenhang erbracht werden, ist für den Kombinationsoperationskomplex die mit 750,50 DM bewertete Pseudoabrechnungsnummer 2620 G, für den Kombinationsanästhesiekomplex die mit 391,40 DM bewertete Position 2620 H eingeführt worden. Motivations-, postoperative Betreuungs- und Dokumentationspauschale bleiben die 2620 A, D und P.

**Vertrag ambulantes
Operieren mit TK**

Auf Bitten der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg informierten wir Sie, daß die Universitätspolikliniken Tübingen und Ulm nicht berechtigt seien, auf Überweisung von Vertragsärzten Laborleistungen zu erbringen. Sofern es Ärzte aus Mecklenburg-Vorpommern überhaupt betrifft, sind wir wiederum von der KV Südwürttemberg informiert worden, daß besagte Poliklinken inzwischen ab 1. Januar 2001 zur Erbringung sämtlicher Leistungen des Kapitels O ermächtigt worden sind.

**Laboruntersuchungen durch
Universitätspolikliniken Tübingen
und Ulm wieder
möglich**

Der Katheterwechsel in einem Pflegeheim gehört zur „medizinischen Behandlungspflege“ und ist mit den Pflegesätzen der Heime abgegolten. Eine entsprechende Übergangsregelung im Pflegeversicherungsgesetz (§ 43 Abs. 5 SGB XI) ist bis zum 31. Dezember 2001 verlängert worden. Diese Leistung ist nach Auskunft der Pflegekassen vom Pflegepersonal der Heime zu erbringen. Die Katheter selbst sind in medizinisch indizierten Fällen als Hilfsmittel gegenüber den Krankenkassen zu verordnen. Katheter, die zur Pflegeerleichterung verwendet werden sollen, sind nicht zu verordnen. Wird ein Arzt zum Katheterwechsel gebeten - außer in medizinischen Sonderfällen - sind die Leistungen inklusive Besuch und Wegegeld nach GOÄ zu liquidieren.

**Katheterwechsel
im Pflegeheim**

In der Vergangenheit mußten wir Sie daran erinnern, daß der MDK auf seinem Geldbeutel sitzen blieb, weil Sie die Anfragen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den Positionen 8100, 8101 und 8102 nicht abrechneten. Inzwischen wird aber mehr als gut abgerechnet, nämlich teilweise falsch. So ist beispielsweise eine Anfrage zum Fortbestehen einer Arbeitsunfähigkeit gar nicht berechnungsfähig. Der MDK prüft bei den abgerechneten Positionen 8100ff., ob er auch wirklich eine Anfrage zur Pflegebedürftigkeit gestellt hat und fordert im Negativfall sein Geld zurück.

**Positionen 8100ff.
nur bei Pflege-
bedürftigkeit
berechnungsfähig**

Der Fremdkassenzahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen regelt die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die z. B. in Mecklenburg-Vorpommern für Patienten, die außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns versichert sind, erbracht werden. Sofern es sich hierbei um Leistungen des EBM oder vertragliche Regelungen handelt, die bundesweit gelten (z. B. Position 7215) bleibt alles beim alten. Neu ist, daß wir landesfremden Kassen nur dann Leistungen aus landesspezifischen Verträgen berechnen können, wenn deren zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem zustimmt. Entsprechende Zustimmungen liegen uns nicht vor. Dialysesachkosten sind davon derzeit nicht betroffen. Somit sind ab 1. Juli 2001 folgende vertraglichen Leistungen für Patienten fremder Kassen nicht mehr erbringbar:

**neue Regelungen
im FKZ**

<u>Vertrag</u>	<u>Pseudoabrechnungsnr.</u>
Diabetesmanagement AOK M/V/IKK M/V Barmer/DAK M/V Netz Nbg.	9015A bis 9019A 9022A bis 9022D 9021A bis 9021 K
Diabetesvertrag BKK M/V EK M/V	9015 bis 9021 9023 bis 9025B
zusätzliche Wegepauschalen für Primärkassen in M/V	9136, 9139, 9239
Katarakt-OP AOK M/V/IKK M/V	9030
Photo-Dynamische-Diagnostik AOK M/V	9031 und 9032
Schmerztherapie EK bundesweit/IKK M/V	8450 und 8451
Photokardiologische Untersuchung alle Kassen M/V	9610
Behandlung u. Betreuung Aids-Kranker EK M/V	9050
Suchtbetreuung alle Kassen M/V	9051
Handwerker-Intensivkur IKK M/V	9053 und 9054

Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegen Informationen vor, wonach es bei den Ärzten gängige Praxis ist, im Falle eines Arbeits-/Schülerunfalles bzw. beim Vorliegen einer Berufskrankheit die Krankenversichertenkarte einzulesen und beim ausgedruckten Rezept den Kassennamen zu streichen und darüber handschriftlich „BG“ oder „Berufsgenossenschaft“ zu setzen. Dieses Verfahren führt nicht dazu, daß die verordneten Arzneimittel über die eigentlich zuständige Berufsgenossenschaft abgerechnet werden, sondern die Abrechnung

**Rezepte zu Lasten
der Berufsgenossen-
schaften**

erfolgt über die Krankenkasse und ist damit budgetrelevant. Um zu verhindern, daß verordnete Arzneimittel bei Arbeits-/Schülerunfällen bzw. Berufskrankheiten budgetrelevant verbucht werden, ist die Kassen-Nr. durchzustreichen. Nur dann erfolgt die Abrechnung nicht über die Krankenkasse.

Ab 1. Juli 2001 tritt eine neue Heilmittelrichtlinie in Kraft. Das Verordnen von Heilmitteln ändert sich gravierend. Unsere Medizinische Beratung hat Ihnen hierzu „das Neueste in Kürze“ zusammengefaßt. Die Erläuterungen sind Ihnen zusammen mit der Arzneikostenstatistik in der vergangenen Woche mit dem Rundschreiben 8/2001 zugestellt worden. Die entsprechenden neuen Heilmittelverordnungsvordrucke werden Ihnen in Kürze unaufgefordert zugestellt.

neue Heilmittelrichtlinie ab 1. Juli 2001

Die Wehrbereichsverwaltung hat für den ambulant-ärztlichen Bereich zwei große „Honorartöpfe“, einen für die Soldaten der Bundeswehr (SAN/BW 0217-94-V) und einen für die Wehramtsanwärter (SAN/BW 0117-88-V).

gesplittete Kostenträger bei der Bundeswehr

Wir bitten Sie, ab 3. Quartal 2001 die beiden Überweisungsscheinarten getrennt zu halten. Der SAN/BW 0217-94-V, Farbe blau, ist der Kostenträgernummer 78 868 und der SAN/BW 0117-88-V, Farbe lila, ist der Kostenträgernummer 78 869 zuzuordnen.

Standardmäßig wird die Versichertennummer aus der Chipkarte in den Computer oder den Abrechnungsbeleg automatisch übernommen. Wie Sie wissen, werden verschiedene Scheine für einen Patienten in der Kassenärztlichen Vereinigung zu einem Behandlungsfall geklammert. Dies geschieht im Regelfall über die Versichertennummer. Wir möchten Sie bitten, im Ersatzverfahren oder bei den Sonstigen Kostenträgern das Feld „Versichertennummer“ leer zu lassen, da ansonsten durch unkorrekte Versichertennummern in Ihrer Abrechnung die Fallzahl falsch ermittelt werden könnte. Insbesondere bitten wir Sie, keine Ersatzwerte wie z. B. 00000 oder 99999 einzutragen.

keine Ersatzwerte bei Versichertennummer

Das Bundesministerium für Finanzen hat der Kassenärztliche Bundesvereinigung auf deren gegenteilige Meinigung und Anfrage mit geteilt, daß Musterungs-, Tauglichkeits- oder Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen und -gutachten für die Kostenträger der Freien Heilfürsorge nicht von der Umsatzsteuer befreit sind. Hierzu übergab uns die KBV einen mehrseitigen Schriftsatz. Wir gehen davon aus, daß Ihr Steuerberater über den Sachverhalt informiert ist, bieten Ihnen aber im Einzelfall den Schriftsatz auf Nachfrage an.

Umsatzsteuerpflicht bei Musterungs- und Tauglichkeitsgutachten

Zum Abschluß haben wir noch eine Bitte an unsere Praxisgemeinschaften. Möglicherweise, weil Sie vielleicht einmal eine Gemeinschaftspraxis führten oder weil Ihr gemeinsames Personal nicht weiter darüber nachdenkt, kommen Ihre Abrechnungen zum Teil in einem Karton bei uns an. Das kann zu Vermischungen oder Verwechslungen führen. Bitte reichen Sie Ihre Abrechnungen je Praxis in getrennten

Abrechnung von Praxisgemeinschaften

Behältnissen ein.

Ihre Abrechnungen des 2. Quartals 2001 geben Sie bitte bis zum 10. Juli 2001 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

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

Den Urlaubern wünschen wir, daß sie ein sonniges Fleckchen finden, uns anderen trockene Füße auf dem Weg zur Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Wolfgang Tieth