



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

18. Dezember 2001

RUNDSCHREIBEN NR. 17/01

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im IV. Quartal 2001

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

das wohl herausragendste Ereignis zur Jahreswende ist die Umstellung unserer Währung auf den EURO. Erste Vorläufer haben Sie durch die „krummen“ Abschlagszahlungen im November und Dezember erkannt; die Umstellung hinterläßt aber ihre Spuren in allen Gebührenordnungen und Verträgen, so daß uns die verschiedenen Kostenträger bitten, Sie über das eine oder andere zu informieren.

Die amtliche Gebührenordnung, die GOÄ, umgestellt auf EURO hatten wir Ihnen bereits im Juli übersandt. In diesem Zusammenhang weisen wir Sie darauf hin, daß die GOÄ ab 1. Januar 2002 zu 90 % in Ansatz zu bringen ist.

GOÄ in EURO

Das auch auf EURO umgestellte Leistungsverzeichnis für die Unfallversicherungsträger (UV-GOÄ) war Bestandteil der Broschüre der GOÄ. Für diese Leistungen - und das gilt ja im allgemeinen generell - sind Rechnungen bis zum 31. Dezember 2001 in DM auszustellen. Ab 1. Januar 2002 werden sie aber unter dem Umrechnungsfaktor 1,95583 in EURO beglichen. Werden in einer EURO-Rechnung nach dem 31. Dezember 2001 Leistungen abgerechnet, die vor dem 1. Januar 2002 erbracht wurden, können diese Leistungen entweder bereits insgesamt mit den im Leistungs- und Gebührenverzeichnis ausgewiesenen EURO-Beträgen abgerechnet werden oder bis zum 31. Dezember 2001 noch mit den DM-Beträgen. Für diesen Fall ist zum 31. Dezember 2001 eine Zwischensumme zu bilden, die nach dem amtlichen Umrechnungskurs in EURO umzurechnen ist. Der Gesamtbetrag ist in EURO auszuweisen. Diese Verfahrensweise hat insbesondere für mittels EDV abrechnende Ärzte Bedeutung.

Unfallversicherungsträger in EURO

Diese Regelungen gelten auch bei der Inrechnungstellung von besonderen Kosten.

Auch die Leistungen gegenüber den Unfallversicherungsträgern sind ab 1. Januar 2002 zu 90 % anzusetzen.

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten übergab uns ihre auf EURO umgestellte Abrechnungstabelle mit der Bitte, sie an Sie weiterzuleiten. Sie liegt diesem Rundschreiben bei.

**Bundesbahn-
beamte/EURO**

Zum 1. Januar 2002 sind auch die Kosten je Akupunkturbehandlung der Modellvorhaben in Höhe von 50,00 DM auf EURO umzustellen. Entsprechend den im vertragsärztlichen Bereich getroffenen Regelungen wird der Betrag auf 25,56 EURO festgesetzt. Auch wenn diese Leistungen nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen sind, hat uns die AOK Mecklenburg-Vorpommern gebeten, Sie diesbezüglich zu informieren.

**Modellvorhaben
Akupunktur/EURO**

Wenn Sie Ihre Quartalsabrechnung beispielsweise zum 28. Dezember 2001 zusammenstellen, aber am 30./31. Dezember noch Notfalldienst haben, rechnen Sie diese Notfälle als Vorquartalsfälle mit dem ersten Quartal 2002 ab. Sie werden dann aber in EURO vergütet. (Das vierte Quartal 2001 wird noch auf DM-Basis berechnet und so auch auf den Honorarunterlagen ausgewiesen, die Restzahlung erfolgt aber schon in EURO.) Auf eines müssen Sie allerdings achten: Sollten Sie Kosten-erstattungen unter der Pseudoabrechnungsposition 9014 geltend machen, sind die Kosten auf den Vorquartalsfällen nicht mehr in DM anzugeben. Rechnen Sie diese bitte in EURO um.

**Abrechnungsfälle
aus DM-Zeiten in
EURO-Zeiten**

Auch die Vergütungsvereinbarung zur Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen, die Sie entsprechend der Heilmittelrichtlinie verordnen, sind auf den EURO umgestellt worden. Damit Sie die finanziellen Auswirkungen Ihres Ordnungsverhaltens auch weiterhin kontrollieren können, übergeben wir Ihnen auszugsweise, dem Rundschreiben beiliegend, die neuen EURO-Preise für die AOK und die Ersatzkassen. Anfragen zu den Preisen der Ergotherapie und Logopädie richten Sie bitte an unsere Medizinische Beratung.

**verordnete Heil-
mittel/EURO**

Zum EBM gibt es ab 1. Januar 2002, abgesehen von einigen „Begradigungen“, nur drei neue Leistungen für die sogenannte Soziotherapie, die Positionen 819, 830 und 831.

Zum 1. Januar 2002 treten die Soziotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Kraft. Diese Richtlinien regeln den Leistungsanspruch auf Soziotherapie von Versicherten, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Während die Verordnung von Soziotherapie nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nur durch Nervenärzte und Psychiater vorgenommen werden darf, ist die Motivierung eines entsprechenden Patienten, die Überweisung zu einem ordnungsberechtigten Vertragsarzt wahrzunehmen, durch alle Vertragsärzte unter Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers zulässig.

**Soziotherapie ab
1.1.2002**

Die hierfür erforderliche Leistungspositionen im Kapitel G des EBM

sind im Deutschen Ärzteblatt Nr. 50 vom 14. Dezember 2001 veröffentlicht und ausführlich kommentiert.

Zur Umsetzung der Soziotherapie-Richtlinien sind folgende neue Vordrucke erforderlich:

Muster 26 - Verordnung Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V,

Muster 27 - Soziotherapeutischer Betreuungsplan gemäß § 37 a SGB V,

Muster 28 - Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie.

Diese neuen Vordrucke liegen unserer Formularstelle vor und sind im o. g. Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht und erläutert.

Die Feststellung in unserem Juni-Rundschreiben (Nr. 9/01) „Der Katheterwechsel in einem Pflegeheim“ gehört zur medizinischen Behandlungspflege und ist mit den Pflegesätzen der Heime abgegolten“ hat im letzten Halbjahr für Unruhe gesorgt. Letztendlich ist unsere Sichtweise aber auf einer Beratung der Verbände der Leistungsanbieter (Pflegeheime), des MDK sowie der Kostenträger am 13. September 2001 als richtig anerkannt worden. Somit sind transurethrale Dauerkatheter vom Pflegepersonal der Heime zu wechseln oder dem angeforderten Arzt nach GOÄ zu bezahlen. Das Wechseln eines suprapubischen Katheters bleibt hingegen ärztliche Leistung und ist über den Krankenschein mit der Position 1822 abrechenbar.

Behandlungspflegeleistungen in Pflegeheimen

Am 28. November 2001 tagte die Arbeitsgruppe der Leiter der kommunalen Pflegeheime Mecklenburg-Vorpommerns. Auf dieser Veranstaltung wurde gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Dokumentation der ärztlichen Verordnungen in den Unterlagen des Heimes als ärztliche Pflicht angemahnt. Dem ist zu widersprechen. Der behandelnde Arzt muß in seiner Krankenkartei Diagnose und Behandlung dokumentieren. Er ist aber nicht verpflichtet, bei Pflege- und Altenheimen (gleichsam parallel zu seiner eigenen Praxisdokumentation) Diagnose- und Behandlungsverlauf auch in den Heimunterlagen zu erfassen oder die vom Heim erstellten Dokumentationen abzuzeichnen.

Dokumentationspflicht in Pflegeheimen

Auch das leidige Thema des Verordnens von Blutzuckerteststreifen für Pflegeheimpatienten wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Auch wenn das Protokoll der oben genannten Veranstaltung vom 13. September 2001 eine andere Aussage trifft, uns liegt ein aktuelleres Schreiben des Geschäftsbereiches Pflege der AOK vom 16. November 2001 vor, nach dem die Blutzuckerteststreifen in dem Budget Sachkosten (Rubrik medizinisch pflegerische Aufwendungen) pauschal enthalten ist. Demnach sind sie nicht durch den betreuenden Arzt zu verordnen. Sofern der Patient seine Zuckerwerte allerdings eigenständig überprüft, sind die Teststreifen auf dessen Namen zu verordnen.

Blutzuckerteststreifen in Pflegeheimen

Der Fiskus macht sich eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes in Luxemburg vom 14. September 2000 zunutze, die besagt, daß ärztliche Leistungen nur dann von der Umsatzsteuer befreit sind, wenn sie therapeutischen Zwecken dienen. Danach ist die Erstellung von

Umsatzsteuerpflicht für ärztliche Leistungen

- Alkoholgutachten,
- Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse,

- Gutachten über die Berufstauglichkeit (Musterungs-, Tauglichkeits- oder Verwendungsfähigkeitsuntersuchung),
- Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten, in Angelegenheiten der Kriegsopferversorgung und in Schadenersatzprozessen,
- Zeugnisse oder Gutachten über das Sehvermögen,
- Gutachten über die Freiheit des Trinkwassers von Krankheitserregern,
- Blutgruppenuntersuchung im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung, antropologisch-erbbiologischen Gutachten,
- psychologischen Tauglichkeitstests, die sich ausschließlich auf die Berufsfindung erstrecken,

nicht mehr umsatzsteuerbefreit. Die Neuregelungen sind bei Nichtinanspruchnahme der sogenannten Kleinunternehmerregelung auf alle nunmehr steuerpflichtigen Leistungen anzuwenden, die nach dem 8. März 2001 (Tag der Veröffentlichung des Schreibens des Bundesministeriums der Finanzen vom 13. Februar 2001 im Bundessteuerblatt) erbracht wurden. Ihr Steuerberater wird sich eingehend informiert haben. Unter diesem Aspekt sind ab 1. Januar 2002 Musterungs-, Tauglichkeits- oder Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen für die Bundeswehr, den Bundesgrenzschutz und den Zivildienst direkt mit dem entsprechenden Kostenträger abzurechnen, wenn Sie die Kleinunternehmerregelung nicht in Anspruch nehmen. Anderenfalls bleibt es bei der Abrechnung über uns. Die Überweisungsscheine werden seitens der Kostenträger mit einem Stempelaufdruck „umsatzsteuerpflichtige Leistungen“ versehen.

Das Sozialamt Rostock richtet sich mit der Bitte an uns, Sie auf folgendes hinzuweisen. Gemäß § 97 des Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ist im Falle einer Notfallbehandlung eines Sozialhilfeempfängers primär nicht das gewöhnlich betreuende Sozialamt für die Kostenübernahme zuständig, sondern das Sozialamt vor Ort, an dem der Vertragsarzt seinen Praxissitz hat. Um eine anschließende interne Kostenerstattung zwischen den Leistungsträgern zu ermöglichen, ist es zwingend notwendig, daß Sie mit Sorgfalt das gewöhnlich betreuende Sozialamt als Kostenträger auf dem Notfallschein dokumentieren. Wir empfehlen Ihnen, ggf. eine Bescheinigung des gewöhnlich betreuenden Sozialamtes zu verlangen, um nachträglichen Rückfragen der Kostenträger entgegenzuwirken.

Zum 1. Januar 2002 wird bei der Entrichtung der Kopfpauschalen durch den Gesetzgeber das Wohnortprinzip eingeführt. D. h., daß die Kassenärztliche Vereinigung die Kopfpauschale als Gesamtvergütung von der jeweiligen Krankenkasse erhält, in deren Zuständigkeitsbereich der Versicherte wohnt. Wir erkennen das an der Postleitzahl des Versicherten. Läßt sich eine Krankenversicherungskarte regelrecht einlesen, liegt uns die Postleitzahl automatisch vor. Im Ersatzverfahren ist es nun aber wichtig, daß die Postleitzahl vom Patienten erfragt und unbedingt im Personalienfeld eingetragen wird.

Im November-JOURNAL und in einem speziellen Rundschreiben an die noch manuell abrechnenden Ärzte (Nr. 13/2001, Oktober 2001) haben wir darüber informiert, daß die manuellen Abrechnungen ab 1. Januar 2002 nicht mehr von Hand datenerfaßt werden, sondern über einen

Dokumentation des gewöhnlich betreuenden Sozialamtes als Kostenträger auf dem Notfallbehandlungsschein

Wohnortprinzip zur Entrichtung der Kopfpauschale

optische Belegung für manuelle Abrechnungen

optischen Belegleser. In diesem Zusammenhang müssen wir auch die mittels Computer abrechnenden Ärzte darauf hinweisen, daß nun endgültig alle alten Überweisungsscheine, also diejenigen, die im Leistungsteil nicht gefeldert sind, in den Schretter gehören. Verwenden Sie bitte nur noch neue Überweisungsscheine, denn die reicht die manuell abrechnende Praxis bei uns ein. Und schreiben Sie bitte deutlich.

Abschließend müssen wir Ihnen noch zwei Informationen aus der Vertragsabteilung übermitteln:

Das Modellvorhaben für stationersetzende ambulante Operationen mit der AOK hat eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2001. Uns ist es leider noch nicht gelungen, diese Laufzeit in Vertragsverhandlungen mit der AOK über diesen Zeitpunkt hinaus zu verlängern, werden uns aber weiterhin bemühen, den Vertrag zu erhalten. Daher bedauern wir, Ihnen mitteilen zu müssen, daß damit zunächst die entsprechenden Motivations- und Nachsorge- sowie die Operations- und Anästhesiepauschalen für die AOK-Patienten ab 1. Januar 2002 nicht mehr berechnungsfähig sind. In diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen sind wieder nach EBM-Grundsätzen abzurechnen. Sollte unser Bemühen dennoch von Erfolg gekrönt sein, werden wir Sie umgehend informieren. Für die Innungskrankenkasse läuft das Modellvorhaben weiter.

**Modellvorhaben
ambulantes Operieren
mit der AOK
ausgelaufen**

Ähnlich ist die Situation beim Modellvorhaben Diabetes-Gesundheitsmanagement. Auch diese Vereinbarung läuft zum 31. Dezember 2001 aus, ohne daß wir bisher eine Verlängerung erreichen konnten. Da damit die Langzeitwirkung einer qualitätsgestützten Betreuung der Diabetiker noch gar nicht beurteilbar ist, bemühen wir uns auch hier um Vertragsverlängerung und würden Sie auch in diesem Falle umgehend informieren.

**Diabetesmanagement
mit der AOK
ausgelaufen**

Für die Innungskrankenkasse läuft auch dieses Modellvorhaben weiter.

Ihre Abrechnungen des 4. Quartals 2001 geben Sie bitte bis zum 10. Januar 2002 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

2. - 4. Januar 2002	7:00 - 16:00 Uhr
5. Januar 2002	8:00 - 18:00 Uhr
7. - 10. Januar 2002	7:00 - 18:00 Uhr

Zum Jahreswechsel wünschen wir Ihnen eine gemütliche, warme Ecke, in die Sie sich mit etwas Muße zurückziehen, um den Gram der vergangenen Zeit hinter sich zu lassen, und uns allen ein gutes neues Jahr.

Mit herzlichem Gruß

Ihr



Wolfgang Tieth