



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

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

Ihr Ansprechpartner:

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

--

Neumühler Strasse 22

19057 SCHWERIN

Telefon: (0385) 74 31 - 0

Durchwahl: (0385) 74 31 - 299

Telefax: (0385) 74 31 - 461

eMail:

Ihre Zeichen

--

Ihre Nachricht vom

--

Unsere Zeichen

Tie/Schaa

Datum

12. März 2002

RUNDSCHREIBEN NR. 2 /02

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im I. Quartal 2002

Kann es sein, meine sehr verehrten Damen und Herren, daß es diesmal zu den berechnungsfähigen Leistungen des EBM kaum Diskussionsbedarf gibt?

In meinem Hängehefter, der die aufgelaufenen Probleme enthält, finde ich nur einen diesbetreffenden Zettel.

Wir haben aber erste Erkenntnisse aus dem Probelauf zu den Tages- und Quartalsprofilen. Und hieraus müssen wir uns über die Interpretation und Handhabung des fachärztlichen Gespräches nach der Position 17 unterhalten. Diese Position ist nicht berechnungsfähig, wenn Sie beispielsweise bei einer bildgebenden Untersuchung „nebenbei“ den Befund besprechen. Nein, dieses Gespräch bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung muß eigenständig mindestens 10 Minuten dauern. Hier ist wirklich eine Änderung des Abrechnungsverhaltens in ganzen Fachgebieten bzw. Subspezialisierungen erforderlich, um diese Falschanwendung des EBM, die zu disziplinarischen Maßnahmen führen kann, abzustellen.

Etwa 3 Prozent unserer Praxen fallen mit einem bis sechs Tagen im Quartal auf, an denen sie mehr als 16 Stunden reine Arzt-Patienten-Kontakte haben, also von morgens um 7.00 Uhr bis abends 23.00 Uhr unmittelbar ein Patient nach dem anderen beim Arzt, nicht nur in der Praxis!

Bei der nun folgenden „Scharfschaltung“ der Zeitprofile mit den Daten des 4. Quartals wird dies auch zu rechtlichen Konsequenzen führen.

Und nun doch zu dem einen EBM-Problem:

Wir wollen nicht behaupten, daß am OP-Tag kein Konsil zwischen dem Operateur und dem Anästhesisten bzw. einem anderen Arzt geführt werden darf. Wenn aber regelhaft die Position 42 am OP-Tag berechnet wird, gehen wir davon aus, daß es sich um das abstimmende Gespräch zur Operation handelt. Dieses wiederum ist nicht gesondert berech-

**Konsil zwischen
Operateur und
Anästhesist**

nungsfähig. Es ist eine unselbständige Teilleistung der Operation bzw.

der Anästhesie. Gleiches gilt für die Schlußbesprechung nach der Operation (vergl. hierzu auch Wezel/Liebold Seite 9 B - 94).

Um Ihnen das Umrechnen der Zuzahlungen von DM in € für die in Ihrer Praxis erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen abzunehmen, liegt unserem Rundschreiben eine aktuelle Übersicht der Beträge bei.

Zuzahlbeträge für Heilmittel in €

Die Röntgenehmigungen für Teilradiologen sind meist organ- bzw. körperregionbezogen. Dennoch darf ein Teilradiologe im Notfall gegebenenfalls über diese Grenzen hinaus alles röntgen. Bei der Abrechnung der Leistungen ist es unter unserem neuen Abrechnungssystem aber wichtig, daß ein zum Notfall hinzugezogener Teilradiologe seine Leistungen nicht auf einem Überweisungsschein, sondern auf dem Notfallschein (Muster 19) abrechnet. Das EDV-System streicht nämlich auf dem Überweisungsschein Röntgenleistungen, für die uns keine Genehmigungen vorliegen, auf dem Notfallschein nicht.

Genehmigungspflichtige Leistungen im Notfall (Röntgen)

Wir haben leider Veranlassung, einen Beitrag aus unserem letzten Rundschreiben noch einmal zu wiederholen:

Optisches Beleglesen der manuellen Abrechnungen - keine alten Abrechnungsscheine

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 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.

Diesen Hinweis sollten vorrangig unsere Krankenhäuser beherzigen, dort scheinen noch Berge alter Vordrucke zu liegen.

Reichen die Abrechnungsfelder eines Scheines nicht aus, ist bekanntermaßen ein Folgeschein anzulegen. Da die Scheine wegen des maschinellen Lesens nicht zusammengeheftet sein dürfen, ist unbedingt das Personalienfeld mit Versichertennummer (Klammerkriterium) vollständig auszufüllen.

optisches Beleglesen der manuellen Abrechnungen - Folgescheine

Unsere Vertragsabteilung informierte Sie im Dezember über unsere neue Impfvereinbarung mit den Primärkassen, die den Aufwand bei der Applikation von Mehrfachimpfstoffen vergütend berücksichtigt. Die Impfziffern sind auch für fremde Primärkassen berechnungsfähig, nicht oder noch nicht aber für die Ersatzkassen. Irrtümlich von Ihnen für die Ersatzkassen eingetragene Primärkassenziffern werden von uns rechentechnisch in die Positionen 8900 bzw. 8901 umgesetzt.

Neue Impfvereinbarung für Primärkassen

Die neuen Sechsfachimpfstoffe sind in der ICD-10-Klassifikation noch

nicht berücksichtigt. Verwenden Sie hier die Codierung Z 27.-, besser Z 27.8 oder Z 27.9.

Auch darüber informierten wir im letzten Rundschreiben schon: Ab 1. Januar 2002 wird das Wohnortprinzip zur Entrichtung der Kopfpauschalen durch die gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Hierfür ist die Postleitzahl als Kennzeichen für den Wohnort des Versicherten entscheidendes Kriterium. Daher wurde im ADT-Satzaufbau (Abrechnung-Diskette) die Postleitzahl als sogenanntes Mußfeld eingeführt. Sie muß also in jedem Fall eingetragen werden. Ist die PLZ - aus welchen Gründen auch immer - nicht bekannt, setzen Sie bitte die Postleitzahl Ihrer Praxis ein.

Auch wenn das Wohnortprinzip nur bei den gesetzlichen Krankenkassen wirkt, ist aus Systemsicht auch bei den sonstigen Kostenträgern (z.B. Sozialämter, auch Bundeswehr) immer die Postleitzahl des Leistungsberechtigten bzw. die Ihrer Praxis als Ersatzwert einzutragen.

Zum 1. April 2002 wurden Überarbeitungen an dem Vordruckmuster 8 (Brillenverordnung), dem Vordruckmuster 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) und dem Vordruckmuster 52 (Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit) sowie geringfügige Modifikationen am Vordruckmuster 16 (Verordnungsblatt) vorgenommen.

Die vorgesehenen Änderungen am Vordruckmuster 16 resultieren aus der Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien und der damit verbundenen Einführung der neuen Vordruckmuster 13, 14 und 18, der Euro-Umstellung und dem Wunsch, die Arbeitsunfallmeldung von der Rückseite auf die Vorderseite des Vordruckmusters zu verlegen, so daß sich nun alle vom Vertragsarzt auszufüllenden Felder auf der Vorderseite befinden.

Da die alten Vordrucke aufgebraucht werden können, geht Ihnen keine Basisausstattung an Vordrucken zu.

Vom Bundesamt für den Zivildienst wurden wir gebeten, für die Abrechnung von umsatzsteuerpflichtigen ärztlichen Gutachten eine gesonderte Rechnung zu erstellen. Aus diesem Grund haben wir ab 1. April 2002 für die mit „B“ gekennzeichneten Überweisungsscheine (wir informierten bereits) die Kostenträgernummer 78890 eingerichtet. Die ursprüngliche Nummer 99 890 für die Abrechnung diagnostisch-therapeutischer Leistungen für den Zivildienst bleibt bestehen.

In unserem März-Rundschreiben vor einem Jahr wiesen wir Sie auf die Sonderbeilage im Deutschen Ärzteblatt über den neuen Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger hin. Zwischenzeitlich übergaben wir Ihnen auch die auf €umgestellte GOÄ, die auch die BG-GOÄ beinhaltet. Neben den berechnungsfähigen GOÄ-Positionen sind gegenüber den Unfallversicherungsträgern aber auch besondere Kosten abrechenbar, die in der GOÄ nicht aufgeführt sind. Eine entsprechende Übersicht übergab uns die KBV. Sie liegt diesem Rundschreiben bei.

In unserem Rundschreiben vom Juni 2001 hatten wir, dem Anliegen der

**Postleitzahl ist
„Mußfeld“**

**Änderung an den
Vordruckmestern zum
1. April 2002**

**weiterer Kostenträger
für den Zivildienst**

**besondere Kosten bei
Unfallver-
sicherungsträgern**

Arzneimittel zu Lasten

KBV folgend, Ihnen gesagt, wie Rezepte zu Lasten der Berufsgenossenschaften auszustellen sind.

der Unfallversicherungsträger

Offenbar klappt es immer noch nicht so recht. Die Hanseatische Krankenkasse bat uns um folgende Information an Sie:

In der Vordruckvereinbarung ist festgelegt, daß eine Verordnung zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers die Bezeichnung des zuständigen Unfallversicherungsträgers enthalten muß. Das Ankreuzfeld „Arbeitsunfall“ ist zu kennzeichnen, das Feld „gebührenfrei“ anzukreuzen.

Durch korrektes Ausfüllen sorgen Sie auch dafür, daß diese Arzneimittel Ihre Richtgröße nicht belastet.

Uns erreichten Anfragen von verunsicherten Praxisinhabern, deren Praxissoftware bislang unter dem Betriebssystem DOS lief. Sie wurden von ihren Softwarehäusern aufgefordert, ihre Computer auf Windows umzustellen. Es mag aus Sicht der Softwarefirmen wünschenswert sein, ihre Programme nur noch unter einem Betriebssystem zu pflegen.

DOS muß gepflegt werden

Eine generelle Forderung seitens der KBV wegen des Prüfmoduls oder von uns besteht hierzu aber nicht. Immerhin ist die Umstellung mit erheblichen Kosten für Sie verbunden.

Ihre Abrechnung des 1. Quartals 2002 geben Sie bitte bis zum 10. April 2002 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

2.4 bis 4.4.2002

7.00 bis 16.00 Uhr

5.4.2002

7.00 bis 18.00 Uhr

6.4.2002

8.00 bis 18.00 Uhr

8.4. bis 10.04.2002

7.00 bis 18.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Wolfgang Tieth