



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

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

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

Ihr Ansprechpartner:

Herr Tieth

--

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

11. Juni 2002

RUNDSCHREIBEN NR. 6/02

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im II. Quartal 2002

Sehr geehrte Damen und Herren,

am Vorabend des 105. Ärztetages in Rostock hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen, nach unserer Meinung, schwerwiegenden Beschluß gefaßt: Vor dem Hintergrund eines Urteils des Bundessozialgerichts, daß Honorarbescheide auf Basis der Kostenstrukturen von 1995 in den Praxisbudgets nur noch bis zum 31.12.2002 als rechtmäßig anzuerkennen sind, werden die Praxis- und Zusatzbudgets zum 1. Januar 2003 abgeschafft.

Hiermit im Zusammenhang ist der schon beinahe totgeglaubte neue EBM möglichst zum 1. Januar 2003 einzuführen. Die KBV hat hierzu einen straffen Terminplan erarbeitet, der den neuen EBM zu diesem Zeitpunkt zur Anwendung bereitstellen soll.

Dennoch hat der Bewertungsausschuß in seiner 73. und 74. Sitzung noch zum alten EBM eine Reihe von Veränderungen beschlossen. Sie treten zum 1. Juli 2002 in Kraft und sind im Deutschen Ärzteblatt Nr. 13 vom 29. März 2002 veröffentlicht.

Der Inhalt der Leistungsposition 16 ist in zwei Schritten dahingehend geändert worden, daß sie nunmehr ohne gesonderte Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nur noch für die kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit Mukoviszidose-Erkrankung abrechnungsfähig ist.

In einem ersten Schritt wurde die Berechnungsfähigkeit für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie bzw. Rheumatologie sowie für Orthopäden mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie herausgenommen. Im Gegenzug dafür sind deren Ordinationsgebühren aufgewertet worden.

**Änderung der
Leistungslegende der
Pos. 16**

Im zweiten Schritt ist die Position 16 im Zuge der Änderung der

Leistungspositionen zur Berechnung von Dialyseleistungen nun auch nicht mehr für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie berechnungsfähig.

Die Berechnungsfähigkeit der Position 16 für Ärzte anderer Fachrichtungen, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen, bleibt erhalten (gesonderte Genehmigungen der KV).

Im Zusammenhang mit der in drei Zeitschritten abgesenkten verfahrensunabhängigen Pauschalerstattung der Dialysesachkosten ist auch der Abschnitt F V - Nephrologie (Dialyse) neu gefaßt. Wir verweisen auf die Veröffentlichung im o.g. Deutschen Ärzteblatt.

Dialyseleistungen und Sachkosten neu vereinbart

Mit der Einführung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) ist das EBM-Kapitel für die Gynäkologen in die Bereiche **J I** - Gynäkologie und Geburtshilfe und **J II** - Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeteilt.

EBM-Positionen zur künstlichen Befruchtung neu geordnet

Die vielfältigen Neuerungen und Änderungen zum Abschnitt J II entnehmen Sie bitte der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt.

Als letzte Änderung des EBM handelt es sich bei der Position 2960 nicht mehr um eine operative Denervation, sondern um eine Denervation schlechthin. Interventionelle Maßnahmen, die nachweislich eine Denervation der kleinen Wirbelgelenke je Bewegungssegment bewirken, sind nach der Position 2960 abzurechnen.

Änderung der Leistungslegende Pos. 2960

Auch wenn zum 1. Januar 2003 alles neu kommen soll, der Vertrag über die Hausärztliche Versorgung bleibt bestehen. Und damit sind für die hausärztlich tätigen Internisten bestimmte fachärztliche Leistungen, die sogenannten „KO-Leistungen“, nicht mehr abrechenbar. Der Gesetzgeber läßt zwar aus Sicherstellungsgründen, die sehr eng zu sehen sind, Ausnahmeregelungen zu, sie sind aber durch die Kassenärztliche Vereinigung zu genehmigen.

Keine „KO-Leistung“ ab 1.1.2003

Auch wenn diese Leistungen im neuen EBM eine andere Abrechnungsnummer tragen werden, haben wir sie Ihnen nach dem alten EBM in der Anlage noch einmal zusammengefaßt.

Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern sind zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Primärkassen ab dem zweiten Quartal 1994 zusätzliche Wegepauschalen vereinbart worden. Trotz verschiedentlicher Hinweise stellen wir immer wieder verwundert fest, daß ein Gutteil unserer Praxen diese Abrechnungspositionen nicht kennt:

zusätzliche Wegepauschale für Primärkassen

9136 - Zuschlag zu Wegepauschalen Nrn. 7234 bis 7236 bei längerer Fahrzeit als 30 Minuten - Tag -

9139 - Zuschlag zu Wegepauschalen Nrn. 7237 bis 7239 bei längerer Fahrzeit als 30 Minuten - Nacht -

9239 - Wegegeld für mehr als 10 km

Entgegen unserer Information im Rundschreiben 17/01 vom 18. Dezember 2001 hatte sich die AOK zwischenzeitlich bereiterklärt, das Modellvorhaben Diabetes-Gesundheitsmanagement bis zur Einführung der DMPs weiterzuführen. In diesem Zusammenhang sei noch einmal darauf hingewiesen, daß die Erstdokumentation nach der Position 9023 für

Folgedokumentation für Diabetikerbetreuung 1 x jährlich

einen dauerbetreuten Patienten nur einmal berechnungsfähig ist. Die Folgedokumentation nach der Position 9024 hingegen kann dann jeweils im Abstand von zwölf, höchstens aber fünfzehn Monaten abgerechnet werden.

Nachdem das Modellvorhaben für stationsersetzende ambulante Operationen mit der AOK zum 31. Dezember 2001 ausgelaufen war, haben wir uns intensiv um eine weiterhin adäquate Vergütung entsprechender Leistungen bemüht.

Es liegt ein abgestimmtes, allerdings noch nicht von der AOK unterschriebenes Eckpunktepapier folgenden Inhaltes vor:

Aus der bisher unter dem Modellvorhaben geflossenen zusätzlichen Vergütung sollen nun die nach EBM-Positionen abgerechneten Eingriffe, einschließlich der Anästhesie- und Begleitleistungen wie folgt vergütet werden:

1. Die Positionen 187, 1104, 1150, 1485, 1741, 2110, 2111, 2115, 2620, 2621, 2622, 2860, 2861 und 2862 mit einem Punktwert von 4,6 ct (9 DPf).

2. Die Operationen nach den Zuschlagsziffern 82 ff. mit einem Punktwert von 4,35 ct (8,5 DPf).

3. Die Operationen nach den Zuschlagsziffern 80 - 81 mit einem floatenden Punktwert zwischen 4,35 ct (8,5 DPf) und 2,6 ct (5,1 DPf). Der rechnerische Punktwert ergibt sich aus der Differenz des unter 1. und 2. verbrauchten Geldes und dem extrabudgetär zur Verfügung stehenden Volumen.

Für die Innungskrankenkassen läuft das alte Modellvorhaben weiter.

Die Schutzimpfung gegen Hepatitis B ist mit Erst- und Folgeimpfungen als Kassenleistung bis zum 18. Lebensjahr abzuschließen.

Folgeimpfungen sind nur dann über das 18. Lebensjahr hinaus nicht privat zu liquidieren, wenn die betroffene Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung erteilt hat. Sie ist der Abrechnung uns gegenüber beizulegen.

Darüber hinaus müssen wir darauf hinweisen, daß nur die Schutzimpfungen als Kassenleistung über uns berechenbar sind, die in der Ihnen übergebenen Impfvereinbarung aufgeführt sind.

Die Ärztezeitung vom 2. Mai 2002 informierte darüber, daß der thüringische Saale-Holzland-Kreis zum FSME-Risikogebiet erklärt worden ist. Damit sind FSME-Schutzimpfungen bei Reisen in dieses Gebiet Kassenleistung, wengleich es sich um ein Gebiet mit niedrigem Risiko handelt.

Zivildienstleistende erhalten alle Impfungen zu Lasten des Zivildienstes. Der Impfstoff ist auf Rezept unter Angabe des Kostenträgers „Bundesamt Zivildienst“ zu verordnen. Die Apotheken rechnen dann mit dem Bundesamt direkt ab. Ob der Zivildienst in jedem Fall leistungspflichtig ist, klärt das Bundesamt mit dem Zivildienstleistenden im Innenverhältnis. Wird der „Zivi“ in Rettungsdienststellen, Krankenhäusern usw. eingesetzt, erfolgt auch hier die interne Abrechnung zwischen Bundesamt und Beschäftigungsstelle.

Ambulantes Operieren AOK

Impfung gegen Hepatitis B bis 18. Lebensjahr Kassenleistung

Saale-Holzland-Kreis FSME Risikogebiet

Impfungen zu Lasten des Zivildienstes

Zur Abrechnung der Anfrage des MDK über die Schwerpflegebedürftigkeit stehen die Positionen 8100 bis 8102 zur Verfügung. Diese sind aber nicht gegenüber der Krankenkasse des Versicherten, sondern dem MDK, Kostenträgernummer 78886, abzurechnen.

Bis incl. I/02 haben wir bei falscher Kostenträgerangabe diese automatisch richtiggestellt. Wir sehen davon zukünftig ab. Es führte gelegentlich zu Komplikationen mit dem MdK, wenn dieser nämlich kein Gutachten angefordert hatte, was wir ja nicht beurteilen können.

Pos. 8100 - 8102 nur gegenüber MDK

Zu Zeiten, in denen der Kassenärztliche Notdienst nur noch unter äußerster Kraftanstrengung sichergestellt werden kann, ärgern Sie sich verständlicherweise über jeden angeforderten Besuch, der eigentlich nicht nötig gewesen wäre. Der Bundesmantelvertrag sagt hierzu in seinem § 17, Abs. 7 auch:

Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, daß sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

Eine Besuchsbehandlung, die diesen Anforderungen nicht entspricht, ist streng genommen keine Kassenleistung, wäre privat zu liquidieren. Natürlich wissen wir um die Probleme der Privatliquidation in dieser Situation.

Zumindest möchten wir aber die betreffenden Kassen über das Verhalten ihrer diesbezüglichen Versicherten informieren. Wir bitten Sie, uns mit Ihrer Abrechnung Kopien von entsprechenden Notfallscheinen separat mit dem Vermerk „unberechtigt angeforderte Hausbesuche“ herzugeben.

unberechtigt angeforderte Hausbesuche

Im Rahmen der Einführung des Wohnortprinzips wurde von der KBV festgelegt, daß Versicherten von am Wohnortprinzip teilnehmenden Krankenkassen (BKK, IKK), die im Ausland wohnen, die Postleitzahl „99999“ zuzuordnen ist. D.h., die PLZ-Stammdatei ist um diesen Ersatzwert rückwirkend zum 1. April 2002 erweitert worden. Die KBV befürchtet, daß nicht alle Softwarehäuser hierzu ihren Anwendern ein Sonderupdate zur Verfügung gestellt haben. Verwenden Sie die „99999“ nur dann, wenn Sie ein solches Update erhalten und auch eingepflegt haben. Anderenfalls tragen Sie in diesen Fällen die PLZ Ihres Praxissitzes ein, da die PLZ ein „Mußfeld“ ist.

Ersatzwert für PLZ bei Einführung des Wohnortprinzips

Die Betriebskrankenkasse der Philipp Holzmann AG bittet uns, Sie darüber zu informieren, daß sie von der Insolvenz der Philipp Holzmann AG nicht betroffen ist. Sie ist eine von der Konzern AG rechtlich, finanziell und organisatorisch unabhängige Krankenkasse.

BKK Holzmann AG nicht von Insolvenz betroffen

Kaum hat man ein Problem abschließend geklärt (Wechseln des Blasenkatheters), tut sich ein neues auf: Auch das Wechseln der Trachealkanüle in Pflegeheimen gehört zur medizinischen Behandlungspflege. Hier gilt das zum Wechseln des Blasenkatheters Gesagte ebenso: Wenn das routinemäßige Wechseln der Trachealkanüle nicht durch das Pflegepersonal vorgenommen werden kann und hierfür ein Arzt in Anspruch genommen wird, sind seine Leistungen nach GOÄ gegenüber dem Pflegeheim zu liquidieren. Eine Abrechnung über die

Wechseln der Trachealkanüle im Pflegeheim nach GOÄ

Kassenärztliche Vereinigung kommt nicht in Betracht.

Wir informierten im Rundschreiben 17/01 vom 18. Dezember 2001 über die Umsatzsteuerpflicht bei ärztlichen Leistungen.

Nach Rücksprache mit der Wehrbereichsverwaltung informierte diese uns, daß die Wehrersatzämter grundsätzlich die Behandlungsscheine für Gutachten mit dem Zusatz „Umsatzsteuerpflichtig“ ausstellen. Die Wehrersatzämter wissen ja nicht, ob der Arzt an der Kleinunternehmerregelung teilnimmt. Wir müssen davon ausgehen, daß Sie an ihr teilnehmen, wenn Sie die Scheine bei uns einreichen.

Bundeswehrscheine mit Aufdruck „Umsatzsteuerpflichtig“

Aus gegebenem Anlaß wiederholen wir unsere Information aus unserem Rundschreiben 5/01 vom 20. März 2001:

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 Primärinanspruchnahme 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 einen neuen originalen Behandlungsausweis aus.

Überweisung von Asylbewerbern

Und auch aus gegebenem Anlaß wiederholen wir unsere Information aus unserem Rundschreiben 12/01 vom 19. September 2001:

Seit 1. Oktober 2001 ist beim Bundesgrenzschutz für Arznei- und Verbandmitteln die Zuzahlung eingeführt worden. Somit ist bei entsprechenden Verordnungen das Feld „gebührenpflichtig“ anzukreuzen. Bei Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln hingegen ist weiterhin „gebührenfrei“ anzukreuzen.

Das betrifft den niedergelassenen Bereich bei Verordnungen im Notfall oder wenn sich der BGS-Beamte mit einer Chipkarte ausweist.

BGS muß bei Arzneimitteln zuzahlen

Bei der Prüfung der Arzneimittelrechnungen fällt den Mitarbeitern der AOK auf, daß von Ihnen sogenannte Mischverordnungen ausgestellt werden. Laut „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ sind für die zeitgleiche Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln getrennte Verordnungsblätter (Muster 16) zu verwenden.

keine Mischverordnungen Arznei- und Hilfsmittel ausstellen

Die Kurärztliche Verwaltungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat uns informiert, daß weiterhin ein erheblicher Rückgang ambulanter Kuren (Vorsorgeleistung nach § 23 SGB V) zu verzeichnen ist, der nicht allein mit den letzten gesetzlichen Änderungen erklärt werden kann. Vielmehr scheinen weiterhin noch Informationsdefizite bei Versicherten und Ärzten hinsichtlich der Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zu bestehen. Vor diesem Hintergrund bittet uns die Kurärztliche Verwaltungsstelle, Sie mit dem beiliegenden Informationsblatt zu dieser Problematik zu informieren.

Informationsblatt über Kuren

Der Vollständigkeit halber erlauben wir uns, auch auf die Vordruckerläuterungen zum Muster 25 „Anregung einer ambulanten Vorsorge-

leistung in anerkannten Kurorten gemäß § 23 Abs. 2 SGB V“ hinzuweisen. Wir haben sie auf der Rückseite des Informationsblattes abgedruckt.

Abschließend haben wir noch einige Hinweise in eigener Sache, die auch zur Vereinfachung der Zusammenstellung der Abrechnung bei Ihnen führt:

- Im Zuge des Einscannens der manuellen Abrechnungsscheine haben wir die Quartalsklärung für alle Praxen auf ein A5-Format umgestellt, um die darin enthaltenen Angaben auch über den optischen Belegleser zu erfassen.
- Weiterhin verzichten wir auf die Rechnungseingangslisten. Ihre Gesamtfallzahl für die GKV und die Sonstigen Kostenträger geben die manuell abrechnenden Ärzte uns bitte getrennt nach M, F und R neuerdings auf der Quartalsklärung an. Die Abrechnungsscheine können unsortiert bei uns abgegeben werden, halten Sie aber bitte Krankenkassen und Sonstige Kostenträger getrennt, indem Sie die Scheine der Sonstigen Kostenträger in das Faltblatt „SKT - Sonstige Kostenträger“ legen.
- Bei mit Computern abrechnenden Ärzten entnehmen wir die Fallzahl weiterhin der Diskette. Sie legen die Scheine des Ersatzverfahrens und die Überweisungsscheine des Diabetesmanagements in das Faltblatt „GKV-Gesetzliche Krankenkassen“.
- Da alle Abrechnungsscheine durch den optischen Belegleser laufen, bitten wir darum, kein Tippex bzw. Korrektur-Tape zu verwenden. Ebenso sind Aufkleber jeglicher Art unzulässig. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.

Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2002 geben Sie bitte bis zum 10. Juli 2002 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

1.7. bis 4.7.2002	7.00 bis 16.00 Uhr
5.7.2002	7.00 bis 18.00 Uhr
6.7.2002	8.00 bis 18.00 Uhr
8.7. bis 10.07.2002	7.00 bis 18.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Wolfgang Tieth