



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

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

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

Ihr Ansprechpartner:
Herr Tieth

--

Neumühler Strasse 22

19057 SCHWERIN

Telefon: (0385) 7431 - 0

Durchwahl: (0385) 7431 - 299

Telefax: (0385) 7431 - 461

eMail: aschaarschmidt@kvmv.de

Ihre Zeichen

--

Ihre Nachricht vom

--

Unsere Zeichen

Tie/Schaa

Datum

16. Dezember 2002

R U N D S C H R E I B E N N R . 2 2 / 2 0 0 2

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im IV. Quartal 2002

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

auch wenn die Praxisbudgets aller Voraussicht nach aufgrund eines Bundessozialgerichtsurteils bezüglich der Dermatologen zum 1. Juli 2003 grundsätzlich abgeschafft werden, macht sich jetzt noch eine Neuberechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Kardiologie und Sonografische Gefäßuntersuchungen für Hausärzte erforderlich, da die fachärztlichen Leistungen des KO-Kataloges ohne eine Sondergenehmigung unter Sicherstellungsaspekten für Hausärzte ab 1. Januar 2003 nicht mehr berechnungsfähig sind. Die neuen Fallpunktzahlen entnehmen Sie bitte der beiliegenden Neufassung des Honorarverteilungsmaßstabes unter Anlage zu § 6 Ziffer 1.

Die Vertreterversammlung hat in Ihrer Sitzung am 23. November 2002 für die nichtbudgetierten Fachgebiete die Wiedereinführung des Teilbudgets Gesprächsleistungen aus dem ersten und zweiten Quartal 1996 als mengenbegrenzende Maßnahme beschlossen. Die jeweiligen Fallpunktzahlen für die Positionen 17, 18, 42, 44 und 851 sind ebenfalls im beiliegenden HVM unter § 6 Ziffer 3.10 nachzulesen.

Im Zuge der Einführung der Vorsorgekoloskopie und daran gebundener weiterer Leistungen (Polypektomien, Histologie) und der Neuerungen zur kurativen Koloskopie sind weitere Informationen erforderlich:

**Vorsorgekoloskopie /
Koloskopie**

- Nach der zum 01.10.2002 in Kraft getretenen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sind koloskopische Leistungen nach den Nummern 156 und 760 bis 775 des EBM ab 01.10.2002 bzw. 01.01.2003 nur noch mit Genehmigung der KVMV abrechnungsfähig.

Einige Antragstellungen zur Genehmigung dieser Leistungen sind bereits eingegangen und zum Teil auch vom Vorstand entschieden. Auf diesem Wege möchten wir alle bisherigen Leistungserbringer an die erforderliche Antragstellung bis zum 31.12.2002 erinnern.

Ärzte, die die Beratung und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms nach der EBM-Ziffer 154 vornehmen wollen, bitten wir um die Bekanntgabe der Ärzte mit Koloskopieberechtigung. Da zur Zeit noch keine abschließende Aufstellung der genehmigten Ärzte möglich ist, wenden Sie sich bei Nachfragen bitte an die Abteilung Qualitätssicherung, Frau Brit Tesch, Tel. 0385-7431-382.

- Die Leistungen der präventiven Koloskopie, die bei Männern erbracht werden, sind mit einem nachgestellten „M“ zu kennzeichnen. Das betrifft also die 154M, 156M, 159M, 163M und 164M.
- Werden bei der vorsorglichen Koloskopie Polypen erkannt, sind sie in gleicher Sitzung abzutragen. Hierfür ist die präventive Position 163 eingeführt worden. Diese Position ist logischerweise nur im Zusammenhang mit der Position 156, also nicht alleine berechnungsfähig. Es bedarf hierzu auch keines Überweisungsscheines zur Mitbehandlung. Zur Position 163 findet sich im kurativen Bereich die entsprechende Position 765. Beide sind gleichbewertet, aber im Gegensatz zur alten Position 765 nur noch einmal je Sitzung berechnungsfähig (...*Abtragung eines oder mehrerer Polypen* ...). Dafür sind sie nun aber mit 795 Punkten bewertet. Die histologische Untersuchung dieses Polypen erfolgt dann nach der präventiven Ziffer 164.

Alle genannten Leistungen werden mit dem präventiven Punktwert vergütet. Verwenden Sie also bitte nicht die entsprechenden Ziffern aus dem kurativen Bereich.

- Für die Patientenmerkblätter liegt immer noch keine endgültige Fassung vor. Kopieren Sie also bitte weiterhin die Ihnen mit Rundschreiben Nr. 15 vom 30. September 2002 übergebene Vorfassung. Es ist hierfür die Kopierziffer 7140 berechnungsfähig.
- Wir bitten Sie, die Dokumentationsbögen über durchgeführte Vorsorgekoloskopien der Abrechnung in einem getrennten Stapel beizulegen.

In der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit wird über die Einführung eines Mammographiescreenings diskutiert. Der ursprünglich zum 1. Januar 2003 vorgesehene Einführungstermin kommt aber nicht mehr in Frage, da weder die apparativen noch

**Mammographie
screening**

die qualitätssichernden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bittet uns, Sie darüber zu informieren, dass nach den derzeit geltenden Regelungen der Röntgenverordnung eine Mammographie, die ausschließlich mit dem Erreichen einer bestimmten Altersgrenze und des damit verbundenen erhöhten Risikos einer Brustkrebserkrankung begründet wird, nicht zulässig ist.

Bei alleiniger telefonischer Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten durch einen Patienten im Quartal ist auch für psychologische Psychotherapeuten die Konsultationsgebühr, die Position 2, berechnungsfähig. Da in diesen Fällen kein direkter Patientenkontakt zustandekommt, ist ein Ersatzverfahrenschein anzulegen (Kasse, Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift). Die Patientenunterschrift ist logischerweise nicht erforderlich. Bei ADT-Abrechnern ist dieser Schein nicht anzulegen.

**Pos. 2 für
Psychotherapeuten**

Auch wenn das Landesgericht Nordrhein Lokalanästhesien nach der Position 451 mehrfach in einer Sitzung bei einer dermatologischen Behandlung zulässt, gilt für den Rest Deutschlands die Festlegung des EBM, nämlich nur einmal je Sitzung. Auf Nachfrage wurde uns mitgeteilt, dass der Bewertungsausschuss hieran auch nichts ändern will, weil es die grundsätzliche Interpretation der Formulierung in den Leistungsbeschreibungen des EBM (*..., je Sitzung*) aushebelt. Dennoch bemühen wir uns im Rahmen einer Widerspruchsbearbeitung um eine weitergehende Klärung.

**Position 451 nicht
mehrfach
berechnungsfähig**

Vor Einführung der Ordinationsgebühr war die Gabe von Sedativa über die Injektionsgebühr 253 berechnungsfähig. Diese Position ist aber in die Ordinationsgebühr eingeflossen. Somit ist diese Leistung mit der Ordinationsgebühr abgegolten und nicht etwa mit der Position 451 berechenbar.

**Position 451 nicht für
Gabe von Sedativa**

Aus gegebener Veranlassung müssen wir die Operateure und Anästhesisten noch einmal darauf aufmerksam machen, dass der Vertrag Ambulantes Operieren mit der AOK bereits zum 31. Dezember 2001 von der AOK gekündigt worden ist. Abrechnungsziffern mit nachgestelltem B, C, D, E und F sind nicht mehr berechnungsfähig. Wir verweisen auch auf unser Sonderschreiben an unsere Anästhesisten vom 11. September 2002 bezüglich der Neuregelung zum ambulanten Operieren mit der AOK. Eine Abstimmung zwischen Anästhesisten und Operateuren ist unbedingt erforderlich, damit die Anästhesisten ihre Leistungen entsprechend kennzeichnen können.

**ambulantes
Operieren**

Im Zusammenhang mit den Schutzimpfungen geben wir Ihnen folgende Informationen:

- Die Positionen 8900 und 8901 sind in ihrem alten Sinne nicht mehr berechnungsfähig, auch nicht für die Ersatzkassen. Wer die mit Rundschreiben vom 27. Dezember 2001 mitgeteilten Imp fziffern für die Primärkassen verlegt hat, wendet sich bitte an Frau Angela Schaarschmidt unter Telefon 0385 / 7431-299. Wir übergeben Ihnen die Ziffern gerne noch einmal per Fax.

- Für die Ersatzkassen ist leider weiterhin noch keine Impfvereinbarung zustande gekommen. Entgegen den Zeitungsmeldungen haben wir im Oktober und November 2002 nach Absprache mit den Berufsverbänden der Kinderärzte und der Hausärzte den Ersatzkrankenkassen zwei Angebote unterbreitet. Auf beide Angebote sind sie bisher nicht eingegangen. Wir bemühen uns, weiterhin eine Impfvereinbarung zur bürokratischen Entlastung für Sie und auch Ihre Patienten mit den Ersatzkrankenkassen zu erzielen. Allerdings muss diese ebenso kostendeckend sein, wie bei den anderen Krankenkassen.

Sie sollten konsequent bis dahin nach der GOÄ liquidieren und damit den Druck auf die Ersatzkrankenkassen zum Abschluss einer neuen Impfvereinbarung aufrecht erhalten. Einzelverträge mit den Ersatzkrankenkassen sollen mit Blick auf die Zukunft und zur Wahrung der innerärztlichen Solidarität unterbleiben.

- Die Feuerwehren Rostock, Greifswald und Neubrandenburg haben die Primärkassenimpfvereinbarung anerkannt.
- Die Schutzimpfungen der Bediensteten der Landespolizei werden durch den Polizeiärztlichen Dienst durchgeführt. In Ausnahmefällen akzeptiert die Abrechnungsstelle der Landespolizei auch auf dem Behandlungsausweis abgerechnete Impfungen, dann aber nach der Primärkassenvereinbarung. Der Impfstoff ist nicht wie bei den Ersatzkassen auf einem Privatrezept zu verordnen, sondern im Einzelfall auf dem Muster 16 zu Lasten der Freien Heilfürsorge Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern.
- Wird im Verletzungsfall monovalent gegen Tetanus geimpft, ist diese Leistung mit der Ordinationsgebühr abgegolten. Erst die Td-Impfung ist mit der 8928 im Primärkassenbereich abzurechnen.

Im Primärkassenbereich ist bei einer Fahrt zum Hausbesuch, die **Besuchsfahrzeit länger als 30 Minuten** dauert, zusätzlich zum Wegegeld bei Tage die Position 9136 (10,23 €) und bei Nacht die Position 9139 (20,45 €) abrechenbar. Diese Regelung gilt nur im Zusammenhang mit Besuchen, nicht beim Aufsuchen eines Patienten in der Praxis eines anderen Arztes (Position 50).

Im Zusammenhang mit den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Teil A Punkt 4 sind ... *Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind, oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält* ... gesondert berechnungsfähig. Dieser Sachverhalt trifft vorrangig bei operativen Eingriffen und in der Strahlentherapie zu. Trotz mehrmaliger Hinweise sind die Abrechnungsmöglichkeiten einer Reihe von Ärzten immer noch unbekannt: Die entsprechenden Kosten sind von den Krankenkassen auf jeden Fall außerhalb der Gesamtvergütung zu bezahlen. Es gibt zwei Wege:

- Direktabrechnung gegenüber der Krankenkasse

oder

- über die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-

Vorpommern auf dem Abrechnungsschein unter der Pseudoabrechnungsnummer 9014. Hinter die Position 9014 sind die Kosten in € anzugeben. Die Kopie der Rechnung ist bei manuell abrechnenden Praxen dem Abrechnungsschein beizulegen. Für ADT-Praxen sind die Rechnungskopien unter Angabe des Patientennamen getrennt einzureichen.

Für die Kataraktoperateure kommt nach gemeinsamer Abstimmung mit den Operateuren ab viertem Quartal 2002 nur noch die Direktabrechnung in Frage.

Aufgrund eines Schiedsamtsspruches zum Honorarvertrag 2002 für die Ersatzkassen wird die Apallikerbetreuung unbudgetiert mit einem festen Punktwert von 3,6 Ct. außerhalb der Gesamtvergütung honoriert. In den Honorarverhandlungen mit den Primärkassen bemühen wir uns um eine gleichgelagerte Lösung. Um die Apallikerfälle einer gesonderten Vergütung zuführen zu können, bitten wir die Ärzte aller Fachgebiete, entsprechende Behandlungsfälle am ersten Behandlungstag mit der Pseudoleistungsziffer 9000A zu kennzeichnen. Auch wenn derzeit noch keine Abschlüsse mit den Primärkassen zustande gekommen sind, kennzeichnen Sie bitte vorsorglich auch diese Behandlungsfälle.

Apallikerfälle mit Pseudo-Nr. 9000A kennzeichnen

Oftmals wird auf der Abrechnungsdiskette der Multiplikator z.B. bei der Kostenerstattung für Kopien (7140) oder für das Telefongespräch bei Krankenhauseinweisung (8023) falsch angegeben. Er gehört in die Feldkennung 5005 hinter der Leistungsziffer.

Multiplikatorangabe bei Diskettenabrechnung

Ab drittem Quartal 2002 sind die Leistungen gegenüber der Bundeswehr hinsichtlich der Kostenträgernummer zu unterscheiden in ärztliche Leistungen für diensttuende Soldaten (Überweisung vom Truppenarzt), Kostenträgernummer 79 868 (alt 78 868), und ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Feststellung der Wehrdienstfähigkeit, Kostenträgernummer 79 869 (alt 78 869).

Geänderte Kostenträgernummern bei Bundeswehr und Zivildienst

Werden nur Gutachten für die Bundeswehr, den Zivildienst oder den Bundesgrenzschutz erbracht, sind diese unter dem Aspekt der Umsatzsteuerpflicht direkt mit den Kostenträgern abzurechnen (bei der Bundeswehr nicht mehr Kiel, sondern wieder Wehrbereichsverwaltung Ost in 15344 Strausberg, Prötzeler Chaussee / Postfach).

Wird allerdings die Kleinunternehmerregelung in Anspruch genommen, sind die Gutachten bei der Bundeswehr über die o.g. Nummern, beim Zivildienst aber unter der neuen Kostenträgernummer 74 895, abzurechnen. Ärztliche Leistungen für Zivildienstleistende bleiben bei der alten Nummer 99 890.

Beim Bundesgrenzschutz hat sich nichts geändert.

In Ihren Abrechnungsunterlagen finden Sie ein neues Falblatt

Dokumentationsbögen

Hier werden Hilfs- und Pflegehilfsmittelleistungsanträge
(Kostenvoranschläge usw.) bearbeitet.

Abschließend möchte ich Ihnen noch mitteilen, dass sich am 31. Januar 2003 die Tore
meines Berufslebens hinter mir schließen. Ich habe gerne für Sie gearbeitet, haben mir
doch während der zwölf Jahre viele von Ihnen vertrauende Anerkennung und Achtung
entgegengebracht. Dafür möchte ich mich bedanken.

Für Ihre Abrechnung und auch für Ihre eine oder andere Sorge wüsste ich nichts
Besseres, als sie in die Hände meiner Nachfolgerin, Frau Maren Gläser und ihrer
zukünftigen Stellvertreterin, Frau Kirstin Garber zu legen. Durch die jahrelange
Zusammenarbeit mit mir werden Sie kaum eine Änderung im Umgang mit Ihren Belangen
bemerken.

Und so wünsche ich dann meinen ehemaligen Mitarbeiterinnen gedeihliche
Zusammenarbeit mit Ihnen.

Ihre Abrechnung des 4. Quartals 2002 geben Sie bitte bis zum 10. Januar 2003 zu
folgenden Zeiten bei uns ab:

02.01.2003	7.00 bis 16.00 Uhr
03.01.2003	7.00 bis 16.00 Uhr
04.01.2003	8.00 bis 18.00 Uhr
06.01.2003	7.00 bis 16.00 Uhr
07.01.2003	7.00 bis 16.00 Uhr
08.01.2003 bis 10.01.2003	7.00 bis 18.00 Uhr

Für die bevorstehenden Weihnachtstage wünsche ich Ihnen ein wenig Ruhe,
Entspannung und Wärme, für das neue Jahr Zuversicht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Wolfgang Tieth