



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:
Frau Gläser

--

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

GI/Schaa

Datum

18. März 2004

RUNDSCHREIBEN NR. 04 / 2004

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im I. Quartal 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Beginn des neuen Jahres haben die vom Gesetzgeber im GKV-Modernisierungsgesetz festgelegten Änderungen Einzug in die Praxen gehalten und erhebliche Unruhen nicht nur bei den Ärzten und Psychotherapeuten, sondern auch Verunsicherung auf Seiten der Patienten ausgelöst. Bundesweite Uneinigkeit beim Einziehen der Praxisgebühr, vorrangig im Zusammenhang mit Behandlungen im Notfall bzw. im organisierten Notfalldienst, Zuzahlungen für Heil- und Hilfsmitteln oder Verordnungen von Krankentransporten weisen auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung hin.

Im Zusammenhang mit der Einführung des EBM 2000plus sind wir von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung informiert worden, dass der Bewertungsausschuss voraussichtlich erst im Mai eine Entscheidung treffen wird. Damit ist der Einführungsstermin 1.7.2004 für den EBM 2000plus vom Tisch.

Mit Rundschreiben vom 10. März 2004 sind Sie vom ersten Vorsitzenden, Herrn Dr. Eckert, über die umzusetzende Neuregelung der Praxisgebühr im Notfall/Notfalldienst informiert worden.

Die in Mecklenburg-Vorpommern für das 1. Quartal 2004 geltenden Regelungen zum Einziehen der Praxisgebühr im Notfall/Notfalldienst laufen damit zum 31.03.2004 aus.

Wir möchten Sie bitten, die Neuregelung allumfänglich umzusetzen. Es ist der Druck der Krankenkassen, dem sich die Kassenärztliche Vereinigung nach zähem Widerstand beugen muss.

Neue Regelung der Praxisgebühr ab 1.4.2004 für Behandlungen im Notfall/organisierten Notfalldienst

Der Patient hat für jede Behandlung im Notfall/Notfalldienst eine Praxisgebühr zu entrichten, wenn ein anderer Leistungserbringer tätig wird. Als Leistungserbringer sind Vertragsärzte, Psychotherapeuten, ermächtigte Ärzte, ermächtigte Einrichtungen und Krankenhäuser, wenn sie an der ambulanten Versorgung teilnehmen, anzusehen. Dabei zählt die Gemeinschaftspraxis oder die Notfallambulanz entsprechend der Abrechnungsnummer als ein Leistungserbringer.

Die Praxisgebühr entfällt bei Behandlung bzw. Inanspruchnahme des Notfall/Notfalldienstes nur dann, wenn:

- derselbe Patient bereits vorher in Ihrer Praxis für die erste Inanspruchnahme die Praxisgebühr gezahlt hat,
- derselbe Patient mittels Überweisung, die von der Zahlung der Praxisgebühr befreit, vorher in Ihrer Praxis behandelt wurde,
- der Patient einen Überweisungsschein zur nicht verschiebbaren Versorgung im org. Notfalldienst oder in der Notfallambulanz vorlegt. Diese Überweisungsscheine sind mit der Pseudo-Nr. 9000N hinter dem Behandlungstag zu kennzeichnen, damit bis zur Einführung einer neuen Scheinuntergruppe, eine korrekte Umsetzung erfolgen kann.

In der Abrechnung des 1. Quartals 2004 sind folgende umfangreiche Hinweise zur Praxisgebühr zu berücksichtigen.

Kennzeichnung der Behandlungsscheine

In allen Fällen, in denen Sie aus berechtigten Gründen die Praxisgebühr nicht einbehalten haben, sind zwingend notwendig die Pseudonummern 8032, 8033, 8040 zu dokumentieren. Bitte prüfen Sie vor Abgabe Ihrer Abrechnung, ob eine ordnungsgemäße Kennzeichnung erfolgt ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung wird zur Umsetzung der eingezogenen Praxisgebühr die von Ihnen zur Abrechnung eingereichten

- ambulanten originalen Behandlungsscheine
- die selbstausgestellten Behandlungsscheine
- Notfall-/Vertretungsscheine,

die nicht mit einer Pseudonummer versehen sind, mit der Pseudoziffer 8030 kennzeichnen und die Praxisgebühr berücksichtigen.

In den Fällen, in denen Vorquartalsüberweisungsscheine das Einziehen einer Praxisgebühr ausgelöst haben, ist durch den abrechnenden Arzt die Pseudonummer 8030 selbständig auf dem Behandlungsschein zu dokumentieren.

Keine Kennzeichnung ist notwendig bei:

- quartalsübergreifenden Überweisungsscheinen zu Auftragsleistungen, die ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchgeführt werden (z.B. Probeneinsendungen zur Laboratoriumsuntersuchung, Auswertung von ausschließlich dokumentierten Untersuchungsergebnissen) oder
- selbstausgestellten Behandlungsscheinen, aufgrund Befundanforderungen von Krankenkassen, oder wenn einem Leistungserbringer oder einer Krankenkasse gegenüber ausschließlich ein Bericht abgegeben wird, ohne dass ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist,

da diese Fälle ebenfalls automatisch durch die KV von der Umsetzung der Praxisgebühr ausgenommen werden.

Ärztliche Behandlung im Vertretungsfall

Nur wenn im Vertretungsfall ein Patient ärztlich betreut wird, entfällt ein erneutes Erheben der Praxisgebühr bei Vorlage der Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr. Demzufolge ist der Vertreterschein Muster 19 anzulegen.

Grundsätzlich sind Vertretungen nur möglich, wenn die Vertragsärzte entsprechend § 32 Zulassungsverordnung eine Absprache über die Vertretung getroffen haben.

Wird ein Patient in der Praxis vorstellig, weil der eigentlich behandelnde Hausarzt/Facharzt nicht erreichbar ist, können Sie nur dann Vertreter sein und dementsprechend abrechnen, wenn Sie über diese Vertretung Kenntnis haben. Liegt keine Absprache vor, hat der Patient erneut eine Praxisgebühr zu entrichten.

Praxisgebühr bei Wohnortwechsel des Patienten oder Praxisaufgabe/-übernahme

In den §§ 18 BMV-Ä und 21 EKV sind keine Ausnahmetatbestände zum Einziehen der Praxisgebühr aufgeführt, wenn bei Wohnortwechsel des Patienten, bei Übergabe der Praxis an einen Nachfolger oder bei Praxisaufgabe umliegende Ärzte die zukünftige Behandlung übernehmen. Es muss für die Weiterbehandlung der Patienten in jedem Fall ein Überweisungsschein ausgestellt werden. Ohne Überweisungsschein wäre in den genannten Fällen eine erneute Praxisgebühr durch den Patienten zu entrichten.

Übergangsregelungen für psychologische Psychotherapeuten bis 30.06.2004 verlängert

Die derzeit praktizierte Übergangsregelung, wonach bei gleichzeitiger Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und eines psychologischen Psychotherapeuten in demselben Quartal nur einmal die Praxisgebühr erhoben wird, bleibt bis zum 30.06.2004 bestehen.

Unabhängig davon gilt, dass behandelnde Haus- oder Fachärzte, bei denen die Praxisgebühr gezahlt wurde, die Patienten an einen psychologischen Psychotherapeuten überweisen können.

Keine Praxisgebühr für Sonstige Kostenträger

Für Anspruchsberechtigte der Sonstigen Kostenträger ist keine Praxisgebühr zu erheben. Wir erhalten Mitteilungen von der zuständigen Wehrbereichsverwaltung in Straußberg und von diversen Innenministerien anderer Länder, dass die Praxisgebühr für diese Personengruppe teilweise durch die Ärzte und Notfallambulanzen eingezogen wurde. Im letzten Rundschreiben haben wir Ihnen detailliert die Sonstigen Kostenträger benannt, für die die Praxisgebühr nicht einzuziehen ist. Sollte Ihnen im Einzelfall ein Fehler unterlaufen sein, erstatten Sie bitte dem betroffenen Patienten das Geld zurück.

Alle Behandlungsfälle der Sonstigen Kostenträger werden von der KV automatisch von der Umsetzung der Praxisgebühr ausgenommen.

Zuzahlbefreiungen entbinden von der Zahlung der Praxisgebühr

Legen Patienten eine Zuzahlbefreiung vor, sind Sie als Ärzte oder Psychotherapeuten nicht berechtigt, die Praxisgebühr zu erheben.

Im Zusammenhang mit besonderen Modellen, z.B. Bonusregelungen, elektronische Patientenakten, die die Krankenkassen Ihren Patienten anbieten, werden von den Kassen Zuzahlbefreiungen ausgestellt. Hierfür gibt es kein einheitliches Formular.

Wird also eine Zuzahlbefreiung vorgelegt, dokumentieren Sie in der Abrechnung die Pseudonummer 8032.

Zahlungsaufforderungen für nicht gezahlte Praxisgebühr

Für Patienten, die nach schriftlicher Zahlungsaufforderung die Praxisgebühr nicht geleistet haben, wird das Inkassoverfahren durch die Kassenärztliche Vereinigung übernommen. Um das weitere Verfahren durchführen zu können, bitten wir Sie, eine Ausfertigung der Zahlungsaufforderung je säumigen Patienten mit der Abrechnung einzureichen. Dementsprechend nutzen Sie bitte die mit diesem Rundschreiben übergebene Rechnungseingangliste. Sollte nach Abgabe der Zahlungsaufforderungen an die KVMV der Patient doch noch an Sie zahlen, ist eine Information an die Finanzbuchhaltung notwendig. Über die genaueren Details werden Sie noch von entsprechender Stelle informiert.

Folgende Hinweise sind für die Abrechnung von ärztlichen Leistungen des 1. Quartals 2004 zu beachten:

Wenn Anästhesisten und Operateure sich über die OP-Fähigkeit eines Patienten beraten, werden in der Regel bestimmte Untersuchungsergebnisse ausgetauscht, ohne dass diese Befunde konsiliarärztlich erörtert wurden.

Die grundsätzliche Abrechnung der Ziffer 42 ist nach Auffassung der KBV hier nicht möglich, so dass wir demzufolge die häufige Abrechnung kritisch hinterfragen werden und gegebenenfalls streichen müssen.

**Abrechnung Ziffer 42
zwischen Anästhesist und
Operateur**

Nach aufwendigen Bemühungen ist es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gelungen, die sonographische Kontrolluntersuchung nach Ziffer 200 zusätzlich zum Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige mit dem Sozialministerium zu verhandeln. Nach Aussage des Ministeriums sind in der Pauschale von 130,00 € für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch die Kosten der Ziffer 200 mit kalkuliert worden, obwohl diese Nachuntersuchung nicht vom Gesetzeswortlaut nach § 24 b, Abs. 4 SGB V erfasst wird. Diese Regelung ist nur als Anreiz für den kostengünstigeren Schwangerschaftsabbruch geschaffen worden. Ebenfalls sind die Sachkosten für Zytotex in der Pauschale mit kalkuliert worden. Nicht in der Pauschale enthalten sind die Medikamente Mefipreston und Cergem.

Ab dem 01.04.2004 sind neben der Ziffer 196 A die Ziffer 200 und die Sachkosten für Zytotex als Bestandteil der Pauschale nicht mehr zusätzlich berechnungsfähig.

Für den operativen Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige entfällt neben der Einzelabrechnung der ärztlichen Leistungen ebenfalls die Abrechnung der Ziffer 200. Diese sonographische Untersuchung ist, da sie keine Kassenleistung nach dem EBM darstellt, somit nur privat der Bedürftigen in Rechnung zu stellen. Auf Antrag kann die zuständige Krankenkasse gegebenenfalls die verauslagten Kosten der Patientin erstatten.

**Ziffer 200 nicht mehr
neben Schwangerschafts-
abbrüchen für Bedürftige**

Wir möchten Sie bitten, sich auf die geänderten Abrechnungsregelungen einzustellen. Für das 1. Quartal 2004 werden wir die Abrechnung der Ziffer 200 beim operativen Schwangerschaftsabbruch noch akzeptieren.

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 01.01.2004 das Mammographie-screening als präventive Leistungen nach den Ziffern 230 – 237 und entsprechend Pauschalerstattungen in den Leistungskatalog des EBM aufgenommen.

Gemäß der Krebsfrüherkennungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist für die Abrechnung dieser Leistungen eine Genehmigung notwendig. Derzeit gibt es in Mecklenburg-Vorpommern noch keinen Leistungserbringer, der über die notwendigen Voraussetzungen einer Genehmigungserteilung verfügt. Nach Rücksprache mit der Abteilung Qualitätssicherung in unserem Hause werden frühestens zum Anfang des nächsten Jahres Genehmigungen vorliegen. Bis dahin möchten wir Sie bitten, keine Überweisungen zur Vorsorgemammographie auszustellen.

Die Zuzahlbeträge wurden aufgrund der neuen Regelung in § 61 Satz 4 SGB V auf 10 % der Kosten des Heilmittels festgelegt. In der Anlage dieses Rundschreibens finden Sie die detaillierte Aufstellung der Zuzahlbeträge getrennt nach den Kassenarten AOK, IKK, BKK und EK, die auch von unserer Homepage www.kvmv.de ? Abrechnung ? Quartalsinformationen abrufbar ist.

Eine Verordnungsgebühr von 10,00 € wird bei Abgabe des Heilmittels in der vertragsärztlichen Praxis nicht erhoben.

Wir möchten Sie bitten, die Zuzahlbeträge ab sofort vom Patienten einzuziehen.

Denken Sie daran, dass die Schulungsprogramme für die Diabetiker Typ II mit und ohne Insulin für die Ersatzkassenpatienten ab dem 01.04.2004 nicht mehr berechnungsfähig sind, da die Anlage 8 zum Ersatzkassenvertrag (EKV) gekündigt wurde. Wird bis zum 01.04.2004 der DMP-Diabetesvertrag mit den Ersatzkassen nicht unterschrieben, ist ab o.g. Datum nur noch die Pauschale nach Ziffer 7215 für die Schulung und Betreuung in Gruppen von 4 – 10 Personen, je Teilnehmer und Sitzung und das Schulungsmaterial nach Ziffer 8015 berechnungsfähig.

Nach der AOK und IKK hat nunmehr auch der BKK -Landesverband Nord dem DMP-Diabetesvertrag zugestimmt.

In einem gesonderten Schreiben sind Sie über die Abrechnungsmodalitäten informiert worden. Gleichzeitig wurde eine Liste der BKK'en, die dem DMP-Diabetesvertrag beigetreten sind, versandt.

In Abstimmung mit dem BKK-Landesverband Nord können im Rahmen einer Übergangsregelung Schulungen nach den Ziffern 9015 und 9019, wenn sie nachweislich vor Bekanntwerden dieses DMP-Diabetesvertrages begonnen wurden, einschließlich Schulungsmaterialien bis zum 31.03.2004 abgerechnet werden. Mitbehandlungen in Schwerpunktpraxen nach den Ziffern 9021 und 9022 sind noch bis zum 30.06.2004 berechnungsfähig.

Sie werden monatlich über den „dmp-dialog“ über aktuelle Neuigkeiten zum DMP, unter anderem auch zu den neu beigetretenen BKK'en informiert.

Damit Augenärzte für versicherte DMP-Patienten Typ II beigetretener BKK'en einmal jährlich die Augenarzt-pauschale nach Ziffer 9305 abrechnen können, benötigen sie einen Überweisungsschein, aus dem hervorgeht, dass es sich um einen DMP-Patienten handelt.

Für Zivildienstleistende besteht grundsätzlich die Möglichkeit, alle notwendigen Schutzimpfungen zu Lasten des Zivildienstes auf dem Behandlungsschein abzurechnen.

Die Verordnung der Impfstoffe für prophylaktische und Indikationsimpfungen lt. Stiko-Empfehlung (außer FSME) erfolgt als Sprechstundenbedarf gegenüber der AOK Mecklenburg-Vorpommern.

Die Verordnung der Impfstoffe für die FSME, Berufs-, Reise- oder sonstige Wunschimpfungen erfolgt ausschließlich zu Lasten des Zivildienstes auf dem Rezept unter Angabe des Kostenträgers „Bundesamt Zivildienst“. Diese Impfstoffe werden zwischen den Apotheken und dem Bundesamt für Zivildienst direkt abgerechnet. Ob der Zivildienst in jedem Falle leistungspflichtig ist, klärt das Bundesamt mit dem Zivildienstleistenden im Innenverhältnis.

Für Mammographiescreening in MV noch keine Abrechnungsmöglichkeit

Zuzahlung bei der Abgabe von Heilmitteln in der Arztpraxis für AOK / IKK / BKK / EK

Diabetiker Typ II - Schulungsprogramme EK 8013, 8014 und 8016 entfallen ab 01.04.2004

Diabetikerbetreuung Typ II nach neuem DMP-Vertrag für BKK

Schutzimpfungen für Zivildienstleistende

Entsprechend unserer Impfvereinbarung ist die abschließende Dokumentation der durchgeführten Impfung im Impfausweis oder Impfpass Bestandteil der Impfleistung. Eine gesonderte Privatliquidation für das Eintragen ist nicht statthaft. Denkbar wäre lediglich das in Rechnung stellen der Kosten des Impfpasses.

Dokumentation von Impfungen im Impfausweis/Impfpass

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber informiert, dass suprapubische Harnblasenkatheter und entsprechendes Zubehör wie Punktionskanülen, Brechkanülen, nicht mehr als Hilfsmittel der Produktgruppe 15 (Inkontinenzhilfen) verordnungsfähig sind. Entsprechende Sachkosten für das suprapubische Katheterset sind zusätzlich zur Leistungsziffer 1822 mit der Sachkostenpauschale 9014 unter Angabe des Betrages abzurechnen.

Suprapubische Harnblasenkatheter kein Hilfsmittel, sondern als Sachkosten 9014

Die originale Rechnung ist der Abrechnung beizulegen. Bei einer Sammelrechnung fügen Sie bitte eine Patientenliste hinzu.

Aus gegebener Veranlassung bitten wir alle Ärzte, die Überweisungsscheine an einen anderen Arzt ausstellen, folgendes zu beachten.

Korrektes Ausfüllen der Überweisungsscheine

Gemäß § 24 des BMV-Ä und § 27 des EKV werden Leistungen mittels Überweisungsschein, je nach Art und Umfang, durch Ankreuzen Auftragsleistung, Konsilarauftrag oder Mit- und Weiterbehandlung erbeten. Ferner sind die Diagnose, die Verdachtsdiagnose und ggf. Befunde mitzuteilen, die es dem auftragnehmenden Arzt ermöglichen, den vom Veranlasser gewünschten Auftrag eindeutig zu erkennen. Überweisungen mit unzureichender Indikationsstellung, fehlender Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Angaben wie Kontrolle oder bekannter Patient sind nicht zu akzeptieren.

Mit Einführung der Praxisgebühr werden zunehmend mehr Überweisungen vom Hausarzt zum Facharzt oder auch vom Facharzt zum Hausarzt ausgestellt. Jeder überweisungsnehmende Vertragsarzt kann nur dann den Überweisungsschein akzeptieren und abrechnen, wenn dieser entsprechend der bundesmantelvertraglichen Regelungen korrekt ausgestellt wurde.

Um unnötige Verärgerung und zusätzliche Nachfragen beim Veranlasser zu vermeiden, füllen Sie die Überweisungsscheine bitte sorgsam aus. Im Einzelfall hat der Patient sonst erneut eine Praxisgebühr zu bezahlen, was sicherlich auf Unverständnis stoßen würde.

Entsprechend der KVDT-Datensatzbeschreibung sind die Aufträge vom Überweisungsschein des Veranlassers in den Datensatz durch den ADT-Abrechner zu übernehmen. Im Zuge der Abrechnungsprüfung stellen wir gehäuft eine Diskrepanz zwischen dem ausgestellten Überweisungsschein und dem abgerechneten Überweisungsfall auf Diskette fest. Hier müssen wir auf mehr Sorgfalt hinweisen. Bei Absprachen mit dem Veranlasser zur Erweiterung des Überweisungsauftrages genügt eine kurze Begründung.

Übernahme des Überweisungsauftrages in den Datensatz

Gemäß der Richtlinie zum Datenträgeraustausch, sind im Rahmen der Abrechnungsprüfung die Überweisungsscheine nach Einhaltung des Auftragsumfanges auf der Grundlage einer Zufallsauswahl der abrechnenden Ärzte je Quartal zu kontrollieren. Seit 2001 sind die Überweisungsscheine den Abrechnungsunterlagen neben Diskette, Ersatzverfahrenfällen und den Behandlungsscheinen für die Sonstigen Kostenträger unsortiert beizufügen. Wir müssen feststellen, dass uns teilweise nicht alle Überweisungsscheine übergeben werden.

Überweisungsscheine von ADT-Praxen unsortiert der Abrechnung beilegen

Die Überweisungsscheine ausgewählter Arztpraxen werden zukünftig mittels Beleglesesystem erfasst, um effizienter die sachlich-rechnerische Prüfung der Abrechnung zu gewährleisten. Demzufolge möchten wir Sie bitten, für jeden abgerechneten Überweisungsfall auf der Diskette auch den entsprechenden Überweisungsschein mit den Abrechnungsunterlagen an uns zu übergeben.

Seit dem 01.01.2004 sind aufgrund der neuen Gesetzgebung auch Sozialhilfeempfänger über eine Krankenkasse gesetzlich krankenversichert. Die ausgegebenen Chipkarten tragen zur Identifikation die Statusergänzung 4. Soweit wir informiert sind, gab es bei einigen Softwarehäusern anfänglich Probleme bei der Erkennung der Statusergänzung 4. Für den Fall, dass Sie diese Behandlungsfälle nicht korrekt abrechnen können und Ersatzverfahrenscheine angelegt haben, stellen wir diese auf die richtige Statusergänzung für Sie um. Gegebenenfalls erfolgt auch eine Nacherfassung für die Fälle, die nicht auf der Diskette abgerechnet werden konnten.

Probleme beim Einlesen der Chipkarten für gesetzlich krankenversicherte Sozialhilfeempfänger

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber in Kenntnis gesetzt, dass das neue Vordruckmuster 55 (Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit) seit Anfang Februar 2004 von den Krankenkassen ausgegeben wird. Für das Ausfüllen der Bescheinigung ist die Ziffer 71 des EBM berechnungsfähig.

Vordruckmuster für Bescheinigung einer chronischen Krankheit und Krankentransport

Das neue Vordruckmuster 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung) wird frühestens zum 01.07.2004 eingeführt, da notwendige Abstimmungen über die Neugestaltung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV noch nicht abgeschlossen sind.

Bis dahin sind die bisherigen Vordruckmuster Muster 4 weiterzuverwenden. Es wird empfohlen, bei Verordnung von Fahrten zu einer ambulanten Behandlung die Angaben zum Ausnahmetatbestand formlos oder auf einem Zusatzblatt zu ergänzen. Dieses Zusatzblatt legen wir dem Rundschreiben bei. Es ist auch von unserer Homepage www.kvmv.de ? aktuell ? Fahrkosten abrufbar.

Aufgrund gehäufter Anfragen an dieser Stelle nochmals der Hinweis, dass entsprechend der Richtlinie zum EDV-Einsatz aufgrund von § 295 SGB V bis zur flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte (voraussichtlich zum 01.01.2006), die Kassenärztliche Vereinigung weiterhin das Einlesen der Abrechnung mittels Beleglesesystem durchführen wird. Wenn Sie noch manuell abrechnen, sollten Sie aber bald an eine EDV-Umstellung denken. Unsere Mitarbeiter der EDV-Abteilung stehen Ihnen gerne für Anfragen unter der Telefonnummer 0385 / 7431257 zur Verfügung.

Abrechnung der ärztlichen Leistungen mittels EDV-Einsatz

Im Januar-Journal haben wir Sie über die wichtigsten Änderungen der neuen ICD-10-Codierung hingewiesen. Während das erste Quartal 2004 quasi noch als Umstellungsquartal angesehen werden kann, müssen wir vorsorglich darauf hinweisen, dass ab dem zweiten Quartal eine ordnungsgemäße Codierung unter Berücksichtigung der neuen Regelungen notwendig ist. Denken Sie daran, dass die ärztlichen Leistungsziffern nur mit der korrekten ICD-10-Codierung als Diagnoseangabe berechnungsfähig sind.

ICD-10-GM-2004 zur Eindeutigkeit der ärztlichen Behandlung

Gemäß § 24 Abs. 10 BMV-Ä und § 27 Abs. 10 EKV sind rückwirkend zum 1.1.2004 formlose Überweisungen von Vertragszahnärzten nur an ausschließlich auftragnehmende Vertragsärzte wie Laborärzte, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner zulässig. Da Anästhesisten nicht zu dieser Gruppe von Ärzten zählen, können zukünftig formlose Überweisungen von Zahnärzten nicht mehr angenommen und abgerechnet werden. Für die notwendige Anästhesie zur zahnärztlichen Behandlung sollte z.B. der Hausarzt, wenn der Patient bereits die Praxisgebühr dort entrichtet hat, bei entsprechender Indikation einen Überweisungsschein ausstellen. Ohne gültige Überweisung ist erneut eine Praxisgebühr zu zahlen, außer bei Patienten, die unter 18 Jahre sind. Im 1. Quartal 2004 werden wir die ausgestellten Überweisungsscheine vom Zahnarzt zum Anästhesisten, aufgrund unserer Information im letzten Rundschreiben, in der Abrechnung akzeptieren.

Formlose Überweisung vom Zahnarzt zum Anästhesisten nicht mehr zulässig

Ab 1.4.2004 müssen Sie sich als Anästhesist auf die Neuregelung einstellen.

Fachambulanzen mit Dispensairauftrag konnten in der Vergangenheit nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Mit der Änderung des § 13 Abs. 4 BMV-Ä und § 7 Abs. 4 EKV ist diese Begrenzung rückwirkend zum 1.1.2004 aufgehoben worden. Dispensaireinrichtungen können somit direkt durch den Patienten in Anspruch genommen werden.

**Direkter Zugang zu
Fachambulanzen mit
Dispensairauftrag**

Die diesbezüglichen Änderungen zu den Bundesmantelverträgen sind im Deutschen Ärzteblatt Nr. 11 am 12. März 2004 erschienen.

Ihre Abrechnung des 1. Quartals 2004 geben Sie bitte bis zum 13. April 2004 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.04.2004 – 02.04.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
05.04.2004 – 06.04.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
07.04.2004 – 08.04.2004	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
10.04.2004	08.00 Uhr – 14.00 Uhr
13.04.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr

Ich wünsche Ihnen ein schönes Osterfest.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Maren Gläser

**Neue Zuzahlungsbeträge gem. § 32 Abs. 2 SGB V bei Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen
Stand 19. März 2004**

Durch die Änderung des § 32 SGB V im Zusammenhang mit der Einführung des § 61 SGB V wird die Zuzahlung zu den Kosten des Heilmittels neu auf 10% festgesetzt.

Von den Krankenkassen wurden uns nunmehr die geänderten Zuzahlungsbeträge mitgeteilt, die vom Patienten einzuziehen sind.

E-GO-Nr.	Leistungen	AOK Zuzahlungs- betrag in €	IKK Zuzahlungs- betrag in €	BKK Zuzahlungs- betrag in €	EK Zuzahlungs- betrag in €
503	Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Extensionen Atemgymnastik als Einzelbehandlung und Atmungsschulung	1,00	1,02	1,00	1,20
504	Atemgymnastik und Atmungsschulung als Gruppenbehandlung	0,31	0,31	0,31	0,33
505	Übungsbehandlung bei gestörter Gelenk- und/oder Muskelfunktion	1,00	1,00	1,00	0,49
507	Krankengymnastische Einzelbehandlung	1,00	0,71	1,00	1,20
508	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 507 bei Durchführung im Bewegungsbad	0,19	0,20	0,19	0,12
509	Krankengymnastische Gruppen- behandlung	0,31	0,31	0,31	0,33
510	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 509 bei Durchführung im Bewegungsbad	0,28	0,28	0,28	0,19
511	Systematische sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen als Einzelbehandlung	1,00	1,38	1,00	1,20
512	Systematische sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen als Gruppen- behandlung	0,53	0,53	0,53	0,71
524	Massagen, Druckverfahren Massage lokaler Gewebeveränderungen eines oder mehrerer Körperteile	0,71	0,94	0,71	0,81
527	Unterwasserdruckstrahlmassage	1,24	1,26	1,24	1,39
531	Hydrotherapie, Thermotheapie, Elektrotherapie Ansteigendes Teilbad	0,89	0,89	0,89	0,00
532	Ansteigendes Vollbad	1,51	1,51	1,51	0,00
553	Hydrogalvanisches Teilbad	0,54	0,54	0,54	0,61
554	Hydroelektrisches Vollbad	1,10	1,10	1,10	1,21