



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

15. Juni 2004

R U N D S C H R E I B E N N R . 1 1 / 2 0 0 4

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im II. Quartal 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

nun ist es so gut wie amtlich, dass der EBM 2000plus kommt. Am 13.05.2004 hat der Bewertungsausschuss die Einführung des neuen EBM in Verbindung mit einem Regelleistungsvolumen als Mengensteuerungskonzept beschlossen. Allerdings unterliegt die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses noch der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), von der aber auszugehen ist. Die endgültige Entscheidung über das Inkrafttreten fällt daher innerhalb einer Frist von zwei Monaten.

Bis zur Einführung des neuen EBM ist noch ein halbes Jahr Zeit. Wir werden Sie rechtzeitig über alle weiteren Schritte im Zusammenhang mit den anstehenden Änderungen zum EBM und den landesspezifischen Regelleistungsvolumina informieren. Für geplante Schulungen wurde ein Veranstaltungsplan erstellt und Ihnen bereits zugeschickt.

Bis dahin gilt es, die noch verbleibenden Abrechnungsquartale nach den alten Regelungen zu bewältigen.

Diesbezüglich gibt es aktuelle Mitteilungen, die Sie bitte berücksichtigen sollten.

Neue Vordruckmuster ab 01.07.2004

Mit Wirkung ab 01.07.2004 werden nach Abstimmung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV eine Reihe geänderter bzw. neue Vordruckmuster eingeführt.

Änderung der Vordruckmuster

- | | |
|-------------------|--|
| - Muster 4 | - Verordnung einer Krankenförderung |
| - Muster 6 | - Überweisungs/Abrechnungsschein |
| - Muster 8 | - Sehhilfenverordnung |
| - Muster 13/14/18 | - Heilmittelverordnungen |
| - Muster 55 | - Bescheinigung über eine chronische Krankheit |

Neueinführungen der Vordruckmuster

- Muster 8a – Verordnung von vergrößernden Sehhilfen
- Muster 60 – Einleitung von Rehabilitationsleistungen
- Muster 61 – Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- Muster 80 – Dokumentation des Behandlungsanspruches für im Ausland Versicherte
- Muster 81 – Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland/Schweiz versicherten Patienten

Aufgrund der umfangreichen Änderungen dürfen die bisherigen Mustervordrucke 4, 8, 13, 14, 18 und 55 über den 01.07.2004 hinaus nicht weiter verwendet werden.

Nur für das Muster 6 haben sich die Vertragspartner geeinigt, aus Kostengründen Aufbrauchfristen zu gewähren.

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung bereitzustellenden Formulare werden rechtzeitig vorliegen und können über die Innere Verwaltung, Tel.-Nr. 0385 / 7431-395 bestellt werden.

Neuregelung im Rahmen des Auslandsabkommen (EG) ab 1.7.2004

Aufgrund der Verordnung der Europäischen Union wird zum 1.7.2004 in vielen Ländern der EU die Europäische Krankenversicherungskarte eingeführt. Im Zuge dessen wird sich für die Behandlung der Ausländer in den Praxen das Verfahren ändern, da diese Patienten, ob Tourist oder sonstige Ausländer, den Vertragsarzt direkt in Anspruch nehmen können. Es ist hierfür nur die Vorlage der Europäischen KVK oder einer Ersatzbescheinigung oder bis zum 31.12.2005 das Formular E 111 notwendig, nicht aber ein Auslandskrankenschein einer deutschen Krankenkasse.

Der Vertragsarzt ist aufgrund der Neuregelungen verpflichtet, die Identität des Patienten mittels Reisepass oder Personalausweis zu überprüfen und auf dem neu eingeführten Vordruckmuster 80 den Behandlungsanspruch zu dokumentieren. Alternativ zu Muster 80 können der Anspruchsnachweis und der Identitätsnachweis fotokopiert werden.

Der Patient wählt vor Beginn der Behandlung die aushelfende Krankenkasse aus und hat die Inanspruchnahme von Sachleistungen auf dem Vordruckmuster 81 zu erklären. Sowohl die Dokumentation des Vertragsarztes als auch die Erklärung des Patienten sind der aushelfenden Krankenkasse sofort zu übermitteln.

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt als Ersatzverfahren, unter Angabe der aushelfenden deutschen Krankenkasse, der Personalien des ausländischen Versicherten und des Statusfeldes 1 und Statusergänzung 7.

Neuaufnahme der Ziffer 70 zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Mit Wirkung ab 01.04.2004 sind die Rehabilitationsrichtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet worden, die gleichzeitig die Neuaufnahme der Ziffer 70 in den EBM zur Erstellung des Rehabilitationsgutachtens mit sich führte. Mit Bereitstellung der Vordruckmuster ist die Abrechnung der neuen Leistungsziffer 70 ab 1.7.2004 gegeben. Detaillierte Informationen zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation entnehmen Sie bitte unserem Juni-Journal 2004 und dem Deutschen Ärzteblatt, Heft 17 vom 23. April 2004.

Neuaufnahme der HIV-Resistenztestung

Auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde die Ziffer 4828 für die Genotypische HIV-Testung in den Leistungskatalog des EBM aufgenommen. An dieser Stelle sei bemerkt, dass für die Phänotypische HIV-Testung nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ein therapeutischer Nutzen nicht zweifelsfrei belegt werden konnte und somit eine Berechnungsfähigkeit ausscheidet.

Die Anerkennung der Genotypischen HIV-Testung für die vertragsärztliche Versorgung ist am 24.04.2004 in Kraft gesetzt worden.

Ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV haben eine Änderungsvereinbarung zum Katalog der ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe geschlossen. Die Ziffer 741 wird mit Wirkung ab 1.4.2004 aus dem Katalog der ambulanten Operationen gestrichen.

Darüber hinaus haben die Vertragspartner in einer Protokollnotiz B beschlossen, bis zum 31.12.2004 die strukturellen Qualitätsanforderungen neu zu definieren. Für Leistungen, die den ambulanten Operationen im engeren Sinne nicht entsprechen (z.B. Koloskopie, invasive Kardiologie, photodynamische Therapie, Phlebologie, Angiographie), sowie für bestimmte Laseroperationen finden die Regelungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bis zum o.g. Datum keine Anwendung.

(Veröffentlichungen im Dt. Ärzteblatt, Heft 24 vom 11. Juni 2004)

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungen nach den Ziffern 1303, 1412, 1430, 1516, 2151 und 2213 nach den neu zu definierenden Qualitätsanforderungen zukünftig unter die Genehmigungspflicht der ambulanten Operationen fallen.

Nur die Ärzte, die zuschlagsberechtigte Operationen abrechnen, sind von der Abteilung Qualitätssicherung angeschrieben worden, eine entsprechende Erklärung gemäß den gesetzlichen Regelungen bis zum 30.6.2004 abzugeben.

Bitte versäumen Sie diese Anzeige nicht, da sonst die Abrechnung der zuschlagsberechtigten Operationen ab 1.7.2004 nicht mehr möglich ist.

Praxisgebühr für Sonstige Kostenträger

Im Zusammenhang mit einer Mitteilung durch die KBV sind die Zuzahlungsregelungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) für besondere Personengruppen präzisiert worden.

Neu ist ab 01.07.2004, dass Anspruchsberechtigte

- nach dem Auslandsabkommen (EG) und
- nach dem Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz (BVFG)

zuzahlpflichtig sind und damit die Praxisgebühr entrichten müssen. In einer Anlage zu diesem Rundschreiben sind die ab 01.07.2004 geltenden Zuzahlregelungen in Mecklenburg-Vorpommern für alle Sonstigen Kostenträger nochmals zusammengefasst worden.

Annahme von Überweisungen zur planbaren Notfallbehandlung durch Notfallambulanzen

Wie bereits im letzten Rundschreiben mitgeteilt, gibt es ab 01.04.2004 die Möglichkeit, planbare Notfallbehandlungen per Überweisungsschein zu veranlassen.

Somit sind auch Notfallambulanzen verpflichtet, Patienten mit einem Überweisungsschein zur geplanten Notfallbehandlung ohne Einzug der Praxisgebühr ärztlich zu behandeln. Diese Überweisungsscheine zur Notfallbehandlung sind wie die Notfallscheine gegenüber der KV berechnungsfähig.

Wird mittels Computersystem abgerechnet, sind diese Überweisungsscheine unter der SUG 28 und die Notfallscheine wie gewohnt unter der SUG 43 abzurechnen.

Bargeld für die Praxisgebühr muss auch von Notfallambulanzen angenommen werden

Wir erhalten vermehrt Hinweise darüber, dass in den Notfallambulanzen aus organisatorischen Gründen die Praxisgebühr im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht angenommen wird. Stattdessen erhalten die Patienten sofort eine Zahlungsaufforderung zur Überweisung der Praxisgebühr. Diese Regelung entspricht nicht den Vorgaben in den Bundesmantelverträgen.

Wir möchten die Notfallambulanzen dringend auffordern, die Praxisgebühr für Patienten, die sie vor der Behandlung entrichten wollen, anzunehmen und eine Quittung auszustellen.

Nur so werden Unannehmlichkeiten für beide Seiten vermieden.

Praxisgebühr entfällt unter anderem bei Vorlage eines gültigen Überweisungsscheines oder einer Zuzahlbefreiung

Die Zuzahlungsregelungen zur Zahlung der Praxisgebühr sind im SGB V in Verbindung mit den Bundesmantelverträgen definiert worden. Unter anderem entfällt grundsätzlich eine Praxisgebühr, wenn der Patient zur ärztlichen Behandlung einen gültigen Überweisungsschein aus demselben Quartal oder eine gültige Zuzahlbefreiung vorlegt.

Weder ein nachträglich vorgelegter Überweisungsschein noch eine zum späteren Zeitpunkt ausgestellte Zuzahlungsbefreiung rechtfertigt eine rückwirkende Befreiung von der Zahlung der Praxisgebühr.

Folgende Abrechnungshinweise sind für das 2. Quartal 2004 zu beachten.

Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass die im Zusammenhang mit der U3-Kinderfrüherkennungsuntersuchung notwendige Sonographieuntersuchung der Säuglings Hüften grundsätzlich als Zielauftrag und nicht zur Mit- und Weiterbehandlung zu veranlassen ist. Im Ergebnis des Hüftscreenings können sonographische Kontrolluntersuchungen und weiterführende Behandlungen entweder auf einem ambulanten Behandlungsschein berechnet oder der Zielauftrag kann nach Rücksprache mit dem Veranlasser erweitert werden. Über diese Regelung haben wir bereits in der Vergangenheit informiert. Auch über den 01.01.2004 hinaus hat sich nichts geändert.

Hüftscreening nur mittels Zielauftrag

Unter der Abrechnung der Ziffer 154, Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms, sind Merkblätter nach Anlage IV der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie auszugeben. Bitte fordern Sie nach Bedarf diese Merkblätter von der Abteilung Qualitätssicherung, Frau Tesch, Tel.-Nr. 0385 / 7431-382 an. Die Kopie der Merkblätter und die ersatzweise Abrechnung der Kopiergebühr nach Ziffer 7140 war nur im Zuge einer Übergangsregelung bis zur Vorlage der Merkblätter in der KV berechnungsfähig, nun entfällt sie.

Merkblätter zur Krebsfrüherkennung

Die Leistungslegende zur Ziffer 156 sagt eindeutig aus, dass die Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation, einschließlich der Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung Bestandteil der Leistungsziffer ist. Wir stellen fest, dass vermehrt ungerechtfertigt die Konsultationsgebühr ein bis zwei Tage vor dem Eingriff für o.g. Maßnahmen abgerechnet wird. Der Ansatz der Ziffer 2 ist in diesen Fällen ungerechtfertigt. Wir werden sie ohne entsprechende Diagnose ersatzlos streichen müssen.

Leistungsinhalte der Ziffer 156

Patienten, die eine Zuzahlbefreiung vorlegen, haben unter anderem Anspruch auf Heilmittel ohne Eigenbeteiligung. Dies gilt auch, wenn die physikalisch-medizinischen Leistungen in einer ärztlichen Praxis erbracht werden. Bitte denken Sie bei der Abrechnung daran, dass die zuzahlpflichtigen Heilmittel bei diesen Patienten mit einem A zu kennzeichnen sind. Nur so können die Leistungsziffern ohne Abzug in Ihrer Abrechnung berücksichtigt werden.

Zuzahlungsbefreiung bei Abgabe von Heilmitteln in der Arztpraxis

Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und für Personen bestimmter Sonstiger Kostenträger, die keine Zuzahlungen zu leisten haben, wird das Zusatzkennzeichen A durch die KV gesetzt.

Wir haben bei den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in der Vergangenheit akzeptiert, dass genehmigungspflichtige Psychotherapien nach Bewilligung durch die Krankenkassen auf Vorquartalsfällen abgerechnet werden, auch wenn bereits alle anderen Leistungen für den Patienten im aktuellen Quartal berücksichtigt wurden. Im Zuge der Einführung der Praxisgebühr müssen wir die damalige Regelung mit Wirkung zum 01.04.2004 zurücknehmen. Um die Praxisgebühr nicht doppelt für Sie zum Abzug zu bringen, bitten wir Sie, erst dann den gesamten Behandlungsfall abzurechnen, wenn bei notwendiger Psychotherapie die Bewilligung der Krankenkasse vorliegt. Stellen Sie bitte Ihr Abrechnungsverhalten schon zum 2. Quartal 2004 um.

**keine Fallsplittung
bei Psychotherapien**

Das Bundesministerium der Verteidigung hat darauf hingewiesen, dass alle Leistungen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung zu 100% durch die Bundeswehr vergütet werden. Die Vorgabe in § 27 a des SGB V (50% Eigenbeteiligung des Patienten) findet für die Anspruchsberechtigten der Bundeswehr und nach Klärung mit dem Bundesgrenzschutz keine Anwendung. Da alle Leistungen zu 100 % über die o.g. Kostenträger abzurechnen sind, ist die Ziffer 1178 für die Erstellung eines Behandlungsplanes nicht berechnungsfähig. In den Fällen, in denen der eine Ehepartner in einer gesetzlichen Krankenkasse und der andere Ehepartner bei der Bundeswehr oder BGS heilfürsorgeberechtigt ist, muss vor Einleitung der Therapie geklärt werden, welche Kosten die zuständige Krankenkasse oder der sonstige Kostenträger übernimmt.

**Leistungen der
künstlichen
Befruchtung für
Bundeswehr/BGS**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass das Modellprojekt „ambulante Kinderchirurgie“ ab dem 01.04.2004 durch die Techniker Krankenkasse aufgekündigt wurde.

**Modellprojekt
„Kinderchirurgie“ ab
01.04.2004 gekündigt**

Alle Leistungen, die im Zusammenhang mit besonderen kinderchirurgischen Eingriffen für Versicherte der TK ab 01.04.2004 erbracht wurden, sind demzufolge als Einzelleistungen auf dem Behandlungsschein abzurechnen. Damit entfällt die Motivationspauschale ohne Ersatz.

Die Kassenärztliche Vereinigung hätte dieses Modellprojekt gerne weitergeführt, allerdings war die Techniker KK für weiterführende Vertragsgespräche nicht bereit.

Entsprechend den allgemeinen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung Punkt 10 sind die Krankenkassen verpflichtet, dem Arzt für die Beantwortung von Kassenanfragen nach den Vordruckmustern

**Freiumschlag für
bestimmte Kassen-
anfragen**

- 41 – Arztanfrage
- 50 – Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
- 51 – Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers
- 52 – Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
- 53 – Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten

grundsätzlich einen Freiumschlag beizulegen.

Nur wenn die Rückantwort in Absprache mit der Krankenkasse und unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mittels Telefax erfolgt, entfällt die Übergabe eines Freiumschlages. Bitte informieren Sie uns, wenn die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nicht nachkommen.

Vor ambulanten oder belegärztlichen operativen Eingriffen ist die notwendige präoperative Diagnostik ausschließlich im ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich sicherzustellen.

Für Hausärzte erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen mit der Ziffer 13. Sollten im Einzelfall über die Laboruntersuchung nach Ziffer 3848 als Bestandteil der Ziffer 13 hinaus weitere Laborparameter veranlasst werden müssen, ist die Ausschlusskennzeichnung für die Laboruntersuchungen nach Ziffer 3492 zu verwenden.

Für Fachärzte sind grundsätzlich die Einzelziffern abzurechnen. Hier ist in jedem Falle an die Ausschlusskennzeichnung nach Ziffer 3092 zu denken.

Anders ist es bei der stationären Behandlung im Krankenhaus. Hier ist die prästationäre Diagnostik grundsätzlich entsprechend § 115 a SGB V über die Krankenhäuser abzuwickeln. Von den Krankenhäusern über die vorliegenden Befunde hinausgehende geforderte diagnostische Abklärungen sind gegenüber dem veranlassenden Krankenhaus nur nach GOÄ zu liquidieren.

MKG-Chirurgen sind Ärzte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind, allerdings mit der Besonderheit, dass sie eine doppelte Zulassung besitzen. Somit können vertragszahnärztliche Leistungen mit der KZV und vertragsärztliche Leistungen gegenüber der KV abgerechnet werden. Entsprechend der bundesmantelvertraglichen Regelungen und dem EBM für Zahnärzte ist eine Abrechnung im Quartal entweder nur über die KZV oder nur über die KV vorzunehmen.

Die Annahme, dass für einen MKG-Chirurgen keine Überweisungsscheine von Vertragsärzten ausgestellt werden können, ist in den bundesmantelvertraglichen Regelungen nicht verankert und somit falsch.

Eine ärztliche Behandlungsnotwendigkeit durch den MKG-Chirurgen ist vielseitig gegeben. Verwehren Sie also dem Facharzt für MKG für Leistungen in seinem Fachgebiet nicht die notwendige Überweisung.

Werden Überweisungen von Arzt zu Arzt ausgestellt, denken Sie bitte daran, dass die aus der Untersuchung erhobenen Befunde dem Veranlasser zur Kenntnis gegeben werden. Entsprechend der Regelung in den Bundesmantelverträgen gehört die Rückinformation über das Untersuchungsergebnis zum Überweisungsverfahren dazu.

Wir erhalten wiederholt Hinweise von überweisungsnehmenden Praxen, dass die Überweisungsscheine andere Patientendaten aufweisen, als auf der Chipkarte ausgewiesen sind. Grund sind unter anderem Adress- oder Namensänderungen, die ggf. durch die erstbehandelnden Ärzte in ihrem Softwaresystem eingeändert und auf die Überweisungsscheine automatisch übertragen werden.

Bei Einlesen der Chipkarte wird vom auftragnehmenden Arzt diese Diskrepanz festgestellt, die zu Irritation führt. Wir möchten Sie bitten, gemäß § 19 Abs. 4 BMV-Ä, § 23 Abs. 3 EKV die Daten der Krankenversichertenkarte so zu übernehmen, wie sie im Chip gespeichert sind.

Bei Änderungen ist der Patient verpflichtet, eine neue Chipkarte bei seiner Krankenkasse anzufordern.

Präoperative Untersuchungsleistungen

Überweisungen an MKG-Chirurgen

Bei Überweisung Rückübermittlung der Befunde

Übernahme der Daten von der Chipkarte

Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2004 geben Sie bitte bis zum 10. Juli 2004 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.07.2004 – 02.07.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
05.07.2004 – 06.07.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
07.07.2004 – 09.07.2004	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
10.07.2004	08.00 Uhr – 16.00 Uhr

Den Urlaubern unter Ihnen wünsche ich erholsame Urlaubstage und bleiben Sie gesund.

Mit freundlichen Grüßen



Ihre
Maren Gläser

Anlage zum RS Nr. 11/2004

Praxisgebühr bei Sonstigen Kostenträgern ab 01.07.2004

Sonstige Kostenträger	Praxisgebühr	
	Ja	Nein
<u>Auslandsabkommen EG</u> <ul style="list-style-type: none"> • Personen, die sich zeitweise im Inland aufhalten (EU-KV-Karte o. Ersatzbescheinigung, Formular E 111) • Personen mit Wohnsitz im Inland (KV-Karte mit Statusergänzung „7“ oder „8“) 	X	–
<u>BEG</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz 	–	X
<u>BVG</u> <ul style="list-style-type: none"> • Leichtbeschädigte, mit eingeschränktem BVG-Leistungsanspruch (Roter Bundesbehandlungsschein) • Schwerbeschädigter, mit uneingeschränktem BVG-Leistungsanspruch (KV-Karte mit Statusergänzung „6“) 	–	X
<u>BVFG</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anspruchsberechtigte (Flüchtlinge) nach dem Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz (Bundesbehandlungsscheine – BVFG) 	X	–
<u>Freie Heilfürsorge</u> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesgrenzschutzbeamte • Bundeswehrsoldaten • Feuerwehrbeamte • Polizeibeamte • Zivildienstleistende 	–	X
<u>Postbeamtenkrankenkasse</u> <ul style="list-style-type: none"> • Postbeamte der Gruppe A 	–	X
<u>Sozialämter</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anspruchsberechtigte (Asylbewerber) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz • alle Personen, die einen gültigen Behandlungsausweis vom Sozialamt vorlegen 	–	X