



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

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

Ihr Ansprechpartner:
Frau Gläser

--

Neumühler Strasse 22
19057 SCHWERIN
Telefon:

Durchwahl: (0385) 7431- 299
Telefax: (0385) 7431 - 461

eMail: aschaarschmidt@kvmv.de

An alle niedergelassenen und
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
psychologischen Psychotherapeuten
sowie Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Zeichen
--

Ihre Nachricht vom
--

Unsere Zeichen
GI/Schaa

Datum
16. September 2004

RUNDSCHREIBEN NR. 15 / 2004

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im III. Quartal 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

der neue EBM beschäftigt derzeit auf breiter Ebene viele Gemüter. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat die Zustimmung zum EBM 2000plus erteilt, so dass mit der angekündigten Veröffentlichung des EBM durch die KBV im Deutschen Ärzteblatt am 17.09.2004 endlich Gewissheit darüber bestehen wird, dass der neue EBM zum 01.01.2005 eingeführt wird. Jegliche Spekulationen darüber, dass eine weitere Terminverschiebung angedacht sei, werden dann erlöschen.

Trotz der späten Veröffentlichung haben wir, wie angekündigt, in den Kreisstellen mit den Schulungsveranstaltungen begonnen (Schulungstermine siehe KV-Journal 09/2004).

Mit Übergabe der CD-ROM im Deutschen Ärzteblatt im September und der Buchversion Ende Oktober haben Sie noch ausreichend Zeit, sich mit den neuen Abrechnungsmodalitäten, speziell für die eigene Praxis, auseinander zu setzen.

Die Abteilungen der Verwaltung der KVMV stehen Ihnen dabei jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

Für die Abrechnung des aktuellen Quartals 3/2004 nun speziell für die Praxisgebühr folgende Hinweise:

Umsetzung aufgrund der Neuregelung im organisierten Notfalldienst oder im Rahmen einer Notfallbehandlung ab 1.7.2004

Über die Neuregelungen ab 01.07.2004 wurden Sie mit Rundschreiben vom 29.6.2004 informiert. Wir müssen aufgrund der gehäuften Anfragen nochmals auf die Neuregelungen hinweisen.

1. Patienten haben grundsätzlich für die Erstinanspruchnahme in der ambulanten Regelversorgung z.B. bei einem Haus- bzw. Facharzt oder Psychotherapeuten einmal die Praxisgebühr zu zahlen, wenn kein gültiger Überweisungsschein oder eine Zuzahlbefreiung vorgelegt wird.

2. Patienten haben grundsätzlich für die Erstinanspruchnahme im Rahmen des Notfalldienstes oder einer Notfallbehandlung einmal die Praxisgebühr zu zahlen, unabhängig welcher Arzt/Leistungserbringer die Notfallbehandlung vornimmt.

Bei gleichzeitiger Erstinanspruchnahme desselben Arztes/Leistungserbringers in der ambulanten Regelversorgung und im organisierten Notfalldienst muss somit der Patient 20,00 € bezahlen.

Hierbei ist es unerheblich, ob die Erstinanspruchnahme erst im Notfalldienst oder erst in der ambulanten Regelversorgung stattgefunden hat. Zu beachten ist, dass für die Erstinanspruchnahme im Notfall oder Notfalldienst für die Zahlung der Praxisgebühr eine Quittung ausgestellt wird, die den Zusatz „Notfalldienst/Notfall“ trägt. Weitere Notfall- oder Notfalldienstbehandlungen sind im Quartal bei anderen Leistungserbringern nicht mehr zuzahlungspflichtig.

Im Zuge der Neuregelung ist die Überweisung zur planbaren Notfallbehandlung nicht mehr zulässig. Auf dem in Umlauf befindlichen Mustervordruck 6 „Überweisungsschein“ ist das Ankreuzfeld planbare Notfallbehandlung somit nicht auszufüllen bzw. entfällt die Kennzeichnung 9000N bei Verwendung von alten Mustervordrucken 6.

Regelungen der Praxisgebühr bei Erstinanspruchnahme eines Psychotherapeuten

Aufgrund von Anfragen der Psychotherapeuten, die am Überweisungsverfahren nur im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien geregelten Konsiliarverfahrens teilnehmen können, stellen wir nochmals klar, wann die Praxisgebühr einzuziehen ist.

Erfolgt die Erstinanspruchnahme im Quartal durch den Patienten bei einem Psychologischen Psychotherapeuten, ist die Praxisgebühr unter Ausstellung einer Quittung zu entrichten. Entsprechend der bundesmantelvertraglichen Regelungen zählt diese Quittung quasi als Überweisungsschein für den in Folge in Anspruch genommenen Haus- oder Facharzt.

Erfolgt umgekehrt die Erstinanspruchnahme im Quartal durch den Patienten bei einem Haus- oder Facharzt wird die Praxisgebühr hier fällig. Für die folgende Inanspruchnahme des Psychotherapeuten ist durch den Haus- oder Facharzt ein Überweisungsschein auszustellen. Nur bei Vorlage einer Überweisung aus dem gültigen Kalendervierteljahr entfällt die Zahlung der Praxisgebühr beim Psychologischen Psychotherapeuten. Wird nur die Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr vorgelegt, ist der Psychotherapeut verpflichtet, die Praxisgebühr nochmals einzuziehen.

Kennzeichnung der Behandlungsfälle bei Vorlage einer Zuzahlungsbefreiung

Erreicht der Patient im laufenden Jahr seine Belastungsgrenze nach § 62 SGB V, wird von Seiten der Krankenkasse eine Zuzahlungsbefreiung ausgestellt, die mit Ausstellungsdatum ihre Wirksamkeit entfaltet.

Wird die Zuzahlungsbefreiung vor der Erstinanspruchnahme vorgelegt, entfällt die Zahlung der Praxisgebühr. Sie dokumentieren am ersten Behandlungstag die Pseudonummer 8032 für die Vorlage der Zuzahlungsbefreiung.

Wenn die Vorlage der Zuzahlungsbefreiung erst im laufenden Quartal erfolgt und der Patient bereits die Praxisgebühr in Ihrer Praxis entrichtet hat, kann die Pseudo-Nr. 8032 für diesen Patienten nicht mehr dokumentiert werden. Sollten Sie dennoch diese Pseudonummer verwenden, ist es notwendig, dass Sie zusätzlich zur Abrechnung das Datum der Gültigkeit

der Zuzahlbefreiung auf dem Behandlungsschein (für ADT-Ärzte Feldkennung 5009 - freie Begründung) dokumentieren.

Da die Praxisgebühr über den Behandlungsfall geregelt wird, kann die Pseudonummer 8032 an den weiteren Behandlungstagen im Quartal ohne Datum zukünftig nicht akzeptiert werden, da davon auszugehen ist, dass am ersten Behandlungstag die Praxisgebühr durch den Patienten an Sie gezahlt wurde.

Gegebenenfalls setzen Sie sich mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung, um die Pseudonummer 8032 unter Angabe des Datums in der Abrechnung zu dokumentieren.

Nur wenn Sie die Pseudonummer korrekt entweder am ersten BHT ohne Datum oder im laufenden Quartal mit Datum kennzeichnen, ersparen Sie sich und uns die im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung vorzunehmenden Nachfragen in Ihrer Praxis.

Hinweis:

Die nachträglich vorgelegte Zuzahlbefreiung, Quittung oder Überweisung rechtfertigt keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

Neue Patienten-Information zur Praxisgebühr

Mit Einführung der Praxisgebühr haben wir Ihnen am Anfang des Jahres zur Erklärung gegenüber den Patienten eine Patienten-Information übergeben. Aufgrund der ab 01.07.2004 geltenden neuen Regelungen zur Praxisgebühr im Notfall/Notfalldienst haben wir diese Patienten-Information für Ihre Praxis überarbeitet und legen Sie dem Rundschreiben bei.

Weitere Informationen zur Abrechnung des 3. Quartals 2004:

Aufgrund von häufigen Anfragen, welche ICD-10-Codierung bei ausschließlicher Abrechnung der Verwaltungsgebühr ohne möglichen Bezug auf eine Erkrankung zu dokumentieren ist, hier folgende Vorschläge:

Z 76, 0 - Ausstellen einer Verordnung

Z 02 - Ausstellen einer ärztlichen Bescheinigung

Wir möchten an dieser Stelle darauf hinweisen, dass die Abrechnung der Ziffer 3 als alleinige Gebührenziffer auf dem Behandlungsschein die Zahlung einer Praxisgebühr nach sich zieht, wenn keine gültige Überweisung vorgelegt wird.

Findet nur ein telefonischer Kontakt statt, ist mit der Selbstaussstellung eines Behandlungsscheines das Einziehen der Praxisgebühr verbunden.

**ICD-10-GM 2004 und
Verwaltungsgebühr
nach Ziffer 3**

Die Beratung und Motivation zur Darmkrebsfrüherkennung Frau/Mann sollte bei anspruchsberechtigten Patienten möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres erfolgen. Der Patient hat gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien allerdings nur Anspruch auf eine einmalige Beratung unter Ausgabe des Merkblattes. Demzufolge ist die Ziffer 154/154M für denselben Patienten ausschließlich nur einmal berechnungsfähig.

Wir stellen fest, dass einzelne Patienten diesen Anspruch teilweise bei demselben Arzt, aber auch bei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, geltend machen. Bitte weisen Sie vor Beratung und Ausgabe des Merkblattes darauf hin, dass nur ein einmaliger Anspruch besteht.

Soweit Ärzte für denselben Patienten die Abrechnung mehrfach vornehmen, wird die Ziffer 154/154M ersatzlos gestrichen.

**Beratung zur Darm-
krebsfrüherkennung
Frau/Mann 154/154M**

Die Postbeamtenkrankenkasse hat uns darüber informiert, dass die Postbeamten der Gruppe A bei der Verordnung von Heilmitteln keine Zuzahlung gemäß § 32 SGB V zu leisten haben.

Damit entfällt auch das Einziehen der Zuzahlbeträge bei Abgabe des Heilmittels in der vertragsärztlichen Praxis.

Wir werden mit der Abrechnung des 3. Quartals 2004 und zukünftig die physikalisch-medizinischen Leistungen, wenn sie gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse zur Abrechnung gelangt sind, automatisch mit einem A kennzeichnen.

Entsprechend der STIKO-Empfehlung ist nur bei bestimmten Indikationen die Berechnungsfähigkeit der Hepatitis A und Hepatitis B Impfung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen gegeben.

Es herrschte zwischenzeitlich Unsicherheit dahingehend, wie die Impfstoffe in diesen Fällen zu verordnen sind.

Die AOK MV hat nach Anfrage eindeutig bestätigt, dass die Verordnung sowohl für den Einfach- als auch für den Kombinationsimpfstoff als Sprechstundenbedarf zu Lasten der AOK MV vorzunehmen ist.

Um Nachfragen zu vermeiden, kennzeichnen Sie bitte für den anspruchsberechtigten eingeschränkten Personenkreis in der Abrechnung hinter der Impfziffer, ob es sich um einen Risiko-Patienten (RP) oder um eine Kontaktperson (KP) handelt.

Impfungen mit Indikationen, die über die STIKO-Empfehlung hinausgehen, sind unter Bezug der Impfstoffe über ein Privatrezept auch nur privat zu liquidieren.

Einsicht in die aktuelle STIKO-Empfehlung können Sie über unsere Homepage kvmv.de ? Abrechnung ? Abrechnungsgrundlagen nehmen.

Wir haben Sie bereits darüber informiert, dass gemäß EBM A I Teil A Abs. 4 besondere Sachkosten, die nicht Bestandteil der Leistungsziffer sind, keine Praxiskosten darstellen und die nicht über den Namen des Patienten oder als Sprechstundenbedarf zu verordnen sind, über die KV abgerechnet werden können. Wir stellen vermehrt unplausible Sachkostenabrechnungen fest und müssen bei der Abrechnung der Sachkosten um mehr Sorgfalt bitten.

Die Sachkosten sind mit der Pseudo-Nr. 9014 bei Einzelrechnung für den entsprechenden Patienten unter Angabe des konkreten Betrages abzurechnen.

Bei Sammelrechnungen, z.B. suprapubische Katheter und Zubehör oder Einmalinstrumentarien, sind die Kosten für den einzelnen Patienten zu ermitteln und abzurechnen.

In jedem Falle sind die originalen Rechnungen der Abrechnung beizufügen. Bei Sammelrechnungen fügen Sie bitte eine Patientenliste hinzu.

Achten Sie darauf, dass sowohl die Pseudo-Nr. 9014 dokumentiert, der korrekte Eurobetrag eingetragen ist und die insgesamt eingereichten Rechnungen den tatsächlichen Beträgen entsprechen.

Keine Zuzahlung für Heilmittel für Postbeamte der Gruppe A

Impfstoff Twinrix bei Indikation einer Hepatitis A/B Impfung als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig

Abrechnung von besonderen Sachkosten unter Pseudo-Nr. 9014

Nach der AOK, IKK und dem BKK Landesverband Nord hat nunmehr auch die Barmer EK dem DMP-Diabetes ab 01.07.2004 zugestimmt. In einem Schreiben sind Sie über die Abrechnungsmodalitäten informiert worden.

In Abstimmung mit der Barmer EK können im Rahmen der Übergangsregelung Mitbehandlungen in Schwerpunktpraxen, die nachweislich vor dem 30.06.2004 begonnen wurden, bis zum 30.09.2004 nach der Ziffer 9021 abgerechnet werden.

Regelmäßig werden Sie über den DMP-Dialog über aktuelle Neuigkeiten zum DMP-Diabetes informiert.

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2004 wurde mit dem IKK Landesverband Nord (mit Wirkung für die Innungskrankenkassen Mecklenburg-Vorpommern), dem BKK-Landesverband Nord und der AOK Mecklenburg-Vorpommern das zweite Disease-Management-Programm für Mecklenburg-Vorpommern vereinbart. Es betrifft Patienten mit Koronaren Herzkrankheiten und erfolgt nach den bereits im DMP Diabetes Typ 2 bekannten Regeln der Einschreibung von Arzt und Patient sowie der Dokumentation von Diagnose- und Behandlungsdaten. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern versendet in der ersten Oktoberwoche ein sogenanntes Starter-Set an alle teilnahmeberechtigten Ärzte sowie die Termine für die regionalen Informationsveranstaltungen. Für diesbezügliche Fragen steht Ihnen die Abteilung Qualitätssicherung, Frau Holländer, Tel. 0385 / 7431383 gerne zur Verfügung.

Bitte denken Sie daran, dass bei Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen oder anderen patientenbezogenen Unterlagen, die Sie als behandelnder Arzt gelegentlich von Fachkollegen abfordern, sich mit der Bitte der Übermittlung auch die Ausstellung eines Überweisungsscheines verbindet. Nur so hat der mitteilende Arzt die Möglichkeit, seine Aufwendungen durch die Abrechnung der Pauschalerstattungen, z.B. 7140 und Porto, geltend zu machen.

Mit Einführung der Praxisgebühr hat sich die Anzahl der ausgestellten Überweisungsscheine ca. verdoppelt. Trotz des gestiegenen Aufwandes müssen wir nach Prüfung der ersten beiden Quartale des Jahres 2004 nochmals auf die ordnungsgemäße Ausstellung der Überweisungsscheine hinweisen.

Zusätzlich zum Ankreuzen des Auftrages Auftragsleistung, Konsiliarauftrag oder Mit-/Weiterbehandlung sind unbedingt die Diagnose oder die Verdachtsdiagnose, ggf. Befunde mitzuteilen. Es ist unumgänglich, eine eindeutige Indikation für die Überweisung zu stellen.

Um das innerärztliche Verhältnis nicht zunehmend zu strapazieren, ist jeder Arzt, ob Haus- oder Facharzt, verpflichtet, die Überweisungsscheine entsprechend den Regelungen in den Bundesmantelverträgen auszufüllen. Fehlende Indikationen, fehlende Diagnosen oder fehlende Verdachtsdiagnosen oder unzureichende Angaben sind auf der Überweisung nicht akzeptabel. Rein prophylaktisch ausgestellte Überweisungen ohne notwendige Angaben sind unzulässig und führen dazu, dass die Patienten

**Diabetikerbetreuung
Typ II nach neuem
DMP-Vertrag auch für
die Barmer EK**

**DMP Koronare
Herzkrankheiten
startet ab Oktober**

**Anforderung von
Befundmitteilungen
nicht ohne Überwei-
sungsschein**

**Ausstellung der
Überweisungsscheine**

erneut die Praxisgebühr zu entrichten haben.

Seit 01.07.2004 ist im Rahmen der Dokumentation der Diagnosen zwischen Behandlungsdiagnosen (Akutdiagnosen) und Dauerdiagnosen zu unterscheiden.

Entsprechend der ICD-10-GM 2004 sind nur die Diagnosen anzugeben, unter der die Behandlung im Quartal stattgefunden hat. Demzufolge ist gemäß der KVDT-Satzbeschreibung in der Feldkennung 6001 die ICD-10-Codierung zu dokumentieren. Dauerdiagnosen können angegeben werden, allerdings unter der Feldkennung 3673.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat im Juli von den Unfallversicherungsträgern eine Übersicht der besonderen Kosten bezogen auf die jeweiligen Gebührenordnungsnummern der UV-GOÄ, die ab 01.07.2004 gültig ist, erhalten.

Wir stellen diese Übersicht auf unserer Homepage kvmv.de ? Abrechnung ? Abrechnungsgrundlagen für Sie zur Verfügung.

Medizinische Gutachten für Rentenversicherungsträger, Arbeitsämter, Gesundheitsämter und Versorgungsämter sind neu ab dem 01.07.2004 nach dem Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetz (JVEG) zu honorieren.

Vermehrt werden Ärzte von Arbeits- und Sozialämtern um Gutachten und Bescheinigungen gebeten zur Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes. Entsprechend des JVEG sind diese Befundberichte oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachterliche Äußerung nach Ziffer 200 des JVEG mit 21,00 € zu honorieren.

Bedingt durch erste Erfahrungen mit der optionalen G-DRG Einführung wurden die ICD-10 Ausgaben für den ambulanten und stationären Bereich aktualisiert und erweitert. Die in ihrer Grundstruktur gleiche, jedoch völlig überarbeitete ICD-10-GM 2005 gilt ab 1.1.2005. Die neue Version enthält rund 200 verschlüsselungsrelevante Änderungen, die die gesamte Systematik betreffen.

Für Praxen, die mit EDV-System abrechnen, wird die ICD-10-GM-Stammdatei 2005 der KBV im Rahmen des Regelupdates am 15. November 2004 bereitgestellt (spezielle Informationen über www.zi-berlin.de).

Die Auslieferung der ICD-10-GM 2005 als alphabetisches Verzeichnis erfolgt voraussichtlich Ende November erst einmal nur an manuell abrechnende Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen. Für mit Computer abrechnende Praxen wird der Versand auf Anforderung über das Sekretariat der Inneren Verwaltung, Frau Schmidt, Tel.Nr. 0385 / 7431348 vorgenommen.

Die EDV-Abteilung bittet uns Ihnen mitzuteilen, dass Praxen, die mittels EDV-System abrechnen, ab sofort die Abrechnung für das Quartal auch per CD-ROM einreichen können. Für umfangreiche Abrechnungen entfällt damit die Erstellung von mehreren Disketten.

Trennung zwischen Behandlungsdiagnosen und Dauerdiagnosen bei ADT-Ärzten

Abrechnung der besonderen Kosten mit den Unfallversicherungsträgern ab 01.07.2004

Honorar für Gutachten im Auftrag anderer Stellen

Neuaufgabe der ICD-10 Codierung ab 1.1.2005

Quartalsabrechnung auch mittels CD-ROM

Bereits im August-Journal wurden Sie von der EDV-Abteilung darüber informiert, dass von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Pflege des KVDT-Prüfmoduls unter MS-DOS zum 31.12.2004, also mit Abschluss des 4. Abrechnungsquartals 2004, eingestellt wird. Fragen, die im Zusammenhang mit notwendigen Umstellungen der Software in Ihrem Praxiscomputersystem zum o.g. Termin auftreten, beantwortet Ihnen gerne die EDV-Abteilung (Sekretariat Frau Rutz, Tel.-Nr. 0385 / 7431257). Wichtig: Warten Sie mit der Umstellung nicht bis zum letzten Tag des Jahres.

Einstellung der Pflege des KVDT-Prüfmoduls unter MS-DOS

Allgemeiner Hinweis:

Alle Unterlagen, die wir Ihnen auf unserer Homepage zur Verfügung stellen, können Sie selbstverständlich auch telefonisch über unser Sekretariat, Frau Schaarschmidt, Tel.-Nr. 0385 / 7431299 anfordern.

Ihre Abrechnung des 3. Quartals 2004 geben Sie bitte bis zum 09. Oktober 2004 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.10.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
04.10.2004 – 05.10.2004	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.10.2004 – 08.10.2004	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
09.10.2004	08.00 Uhr – 16.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen



Ihre
Maren Gläser