



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Abrechnungsabteilung

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

An alle niedergelassenen und
ermächtigten Ärztinnen und Ärzte,
psychologischen Psychotherapeuten
sowie 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

16. Dezember 2004

RUNDSCHREIBEN NR. 18/2004

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im IV. Quartal 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 29. Oktober 2004 hat der Bewertungsausschuss den Beschluss gefasst, den neuen EBM unter gleichzeitiger Einführung der Regelleistungsvolumen um ein Quartal verzögert, erst zum 01.04.2005 einzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat am 25. November 2004 diese Beschlüsse genehmigt, so dass nunmehr endgültig von der Einführung des neuen EBM auszugehen ist.

Die Gesamtversion des EBM wird, wie bereits angekündigt, in zwei Bänden vom Deutschen Ärzteverlag aufgelegt und Ende Januar von der Kassenärztlichen Vereinigung an jeden einzelnen Arzt, Psychotherapeuten und die Einrichtungen verschickt. Band 1 enthält die Allgemeinen Bestimmungen und die Kapitel 1 – 40, Band 2 die Anhänge 1 – 3.

Mit der ausgelieferten Version stehen Ihnen dann die mit Wirkung zum 01.04.2005 gültigen abrechnungsrelevanten Unterlagen, einschließlich der Sachkostenleistungen, vollständig zur Verfügung.

Bereits in den regionalen Einführungsveranstaltungen zur Struktur und Anwendung des neuen EBM haben wir darüber informiert, dass noch vor dem 01.04.2005 an jede Praxis ein Positivkatalog aller berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen bezogen auf das jeweilige Fachgebiet und unter Berücksichtigung der gültigen Genehmigungen übergeben wird. Auch ermächtigte Ärzte, Einrichtungen und Institute werden entsprechende Unterlagen erhalten. Ebenfalls zeitgleich erhalten Sie einen Umstellungskatalog für alle KV-spezifischen Abrechnungsziffern, die für Leistungen aus den regional vereinbarten Verträgen außerhalb des EBM festgelegt wurden. Die Softwarefirmen werden rechtzeitig über die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert, so dass mit Startbeginn zum 01.04.2005 alle berechnungsfähigen KV-spezifischen Ziffern in Ihrem System implementiert sind.

In diesem Zusammenhang werden derzeit alle Ermächtigungsbeschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte an Krankenhäusern oder Einrichtungen auf den neuen EBM umgestellt.

Da zum jetzigen Stand das Sachkostenkapitel 40 noch nicht abschließend zwischen den Vertragspartnern beschlossen wurde, werden die gültigen Leistungen aus dem Sachkostenkapitel für o.g. Leistungserbringer erst mit dem Positivkatalog veröffentlicht.

Für die Abrechnung des 4. Quartals 2004 ergeben sich folgende Hinweise:

Dokumentation der Pseudonummern zur Praxisgebühr

In den vergangenen Quartalen waren umfangreiche Anfragen telefonisch bzw. per Fax notwendig, um Ihre Abrechnung im Zusammenhang mit der Praxisgebühr richtigzustellen. Als Anlage sind nochmals die für die Praxisgebühr relevanten Pseudonummern in Mecklenburg-Vorpommern mit der Bitte beigefügt worden, auf eine ordnungsgemäße Umsetzung in der Praxis zu achten. Sie ersparen sich somit ständige Nachfragen in der Praxis.

Achtung zu Beginn des neuen Jahres: Nur Zuzahlungsbefreiungen, die zum **01.01.2005** ausgestellt wurden, befreien die Patienten von der Zahlung der Praxisgebühr.

Hinweise an die Notfallambulanzen in Mecklenburg-Vorpommern

Im Zusammenhang mit dem Einziehen der Praxisgebühr, dem Abrechnen der Zahlungsaufforderungen und der Abrechnung und Dokumentation der Pseudo-Nr. 8032, 8033, 8040 müssen wir um mehr Sorgfalt bitten. **Der Patient hat seit dem 01.07.2004 im Rahmen notwendiger Behandlungen im Notfall oder im organisierten Notfalldienst einmal die Praxisgebühr zu zahlen** (siehe Rundschreiben Nr. 15/2004).

Diesbezüglich wird eine Quittung mit dem Zusatz Notfallbehandlung ausgestellt. Für **weitere Notfallbehandlungen** hat der Patient **keine erneute Praxisgebühr** zu zahlen. Bei Vorlage der Quittung Notfallbehandlung in der Notfallambulanz ist somit die **Pseudonummer 8033** zu dokumentieren.

Wird vor der Notfallbehandlung eine **gültige Zuzahlungsbefreiung** vorgelegt, ist die **Pseudonummer 8032** zu dokumentieren.

Findet die Erstinanspruchnahme im Notfall in einer Notfallambulanz statt, hat der Patient hier die Praxisgebühr zu entrichten. Auch die Notfallambulanzen sind entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 28 Abs. 4 SGB V verpflichtet, die Praxisgebühr einzuziehen. Die Notfallambulanz ist nicht berechtigt, aus organisatorischen Gründen die Annahme der Praxisgebühr zu verweigern und anstelle dessen, eine Zahlungsaufforderung auszugeben.

Nur in den Fällen, in denen der Patient die Praxisgebühr nicht vor der Behandlung entrichten kann, wird eine Zahlungsaufforderung ausgestellt. Nicht erfüllte Zahlungsaufforderungen werden nach Abschluss des Quartals mit der Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht. Zusätzliche Patientenlisten sind nicht notwendig.

Erfolgt nach Abgabe der Abrechnung und der Zahlungsaufforderungen doch noch die Begleichung der Praxisgebühr im nachhinein, sind die Patienten namentlich umgehend der KVMV zu benennen.

Bereits mit Wirkung **zum 01.01.2004** sind in den Früherkennungsrichtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Altersangaben im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene vereinheitlicht und konkretisiert worden. Wir möchten nochmals darauf hinweisen, dass ein Anspruch auf eine **Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen erst ab dem Alter von 20 Jahren** und darüber hinaus nur einmal jährlich besteht.

Ein Anspruch auf eine **Gesundheitsuntersuchung** besteht **für Frauen erst ab dem Alter von 35 Jahren** und **für Männer erst ab dem Alter von 45 Jahren**. Eine Zusammenfassung der **Ansprüche für weitere Früherkennungsuntersuchungen unter Berücksichtigung der Altersangaben** finden Sie in unserem Journal 07/2004 und auf unserer Homepage unter Abrechnung ? Grundlagen der Abrechnung.

Früherkennungsuntersuchungen für Erwachsene

Aus gegebener Veranlassung möchten wir darüber informieren, dass **Cystatin C als Marker zur Beurteilung der glomerularen Filtrationsrate (GFR)** besonders bei Verdacht der Einschränkung der GFR bei Kindern und älteren Personen **noch keine Kassenleistung** darstellt. Derzeit ist eine Beurteilung der GFR nur unter den Untersuchungen des Serum-Creatinin und der Kreatininen-Clearance als Kassenleistung möglich.

Mit Einführung des DMP-Diabetes sind Augenärzte berechtigt, einmal jährlich die Augenuntersuchung entsprechend dem DMP-Vertrag mit der **Behandlungspauschale 9305** für die teilnehmenden DMP-Patienten abzurechnen. Allerdings ist es unerlässlich, dass **auf dem Überweisungsschein für diese jährliche augenärztliche Untersuchung** dokumentiert ist, dass es sich um einen eingeschriebenen Patienten im DMP-Diabetes handelt. Bitte **kennzeichnen** Sie als Veranlasser **die Patienten mit Diabetes mellitus Typ II im DMP**, damit eine Abrechnung für die Augenärzte möglich ist.

Durch DMP-Vertragskassen werden eingeschriebenen Versicherten Befreiungen von Zuzahlungs- bzw. Praxisgebühren in unterschiedlichem Umfang gewährt. Die Patienten erhalten in diesem Zusammenhang sogenannte Befreiungsausweise. **Patienten, die sich in Facharztpraxen (z.B. Augenarzt, Kardiologe u.a.) im Zusammenhang mit einer spezialisierten Mitbehandlung gemäß §§ 3 und 4 der DMP-Verträge Diabetes Typ 2 und KHK melden, müssen neben o.g. Befreiungsausweis auch eine entsprechende Überweisung des verantwortlichen DMP-Arztes vorweisen.**

An dieser Stelle möchten wir nochmals auf **die aktuelle STIKO-Empfehlung** hinweisen, die **seit dem 01.07.2004** gültig ist und von allen Krankenkassen anerkannt wird. **Die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung MV kann nur für Impfungen, welche von der STIKO empfohlen wurden, erfolgen.** Unabhängig von dem im Impfkalendar genannten Termin sollte, wann immer eine Arztkonsultation erfolgt, die Impfdokumentation überprüft und fehlende Impfungen nachgeholt werden. Einsicht in die aktuelle STIKO-Empfehlung können Sie über unsere Homepage kvmv.de -> Abrechnung -> Grundlagen der Abrechnung nehmen.

Immer wieder werden Polizeibeamte in den Arztpraxen vorstellig und verlangen Impfungen zu Lasten der Freien Heilfürsorge Polizei, die über die STIKO-Empfehlungen hinausgehen. Nach Anfrage beim Innenministerium wurde bestätigt, dass die Heilfürsorge die Kosten für Impfungen der STIKO-Empfehlungen übernimmt. Die Verordnung dieser Impfstoffe erfolgt ausschließlich als Sprechstundenbedarf. **Allerdings ist die Heilfürsorge nun bereit, die Impfungen für die Hepatitis A/B und Hepatitis B grundsätzlich für alle Polizeibeamten zu übernehmen. In diesen Fällen erfolgt die Verordnung des Impfstoffes zu Lasten der Freien Heilfürsorge auf den Namen des Patienten, ebenso wie bei der FSME-Impfung.** Alle weiteren Impfungen aus Berufs-, Reise- oder sonstigen Gründen dürfen, wenn notwendig, nur privatärztlich abgerechnet werden unter gleichzeitiger Verordnung des Impfstoffes auf ein Privatrezept.

Untersuchung auf Cystatin C noch keine Kassenleistung

bei Überweisung zum Augenarzt den DMP-Patienten kennzeichnen

Zuzahlungsbefreiung im Zusammenhang mit Überweisungen von DMP-Patienten an Fachärzte

Impfungen nach aktueller STIKO-Empfehlung ab 01.07.2004

Hepatitis A/B und B für Polizeibeamte in Mecklenburg-Vorpommern

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass Gutachten und Bescheinigungen zur Gewährung von Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts auf Anforderung von Arbeitsämtern nach dem JVEG unter Rechnungslegung der Pos. 200 mit 21,00 € zu liquidieren sind.

Zwischenzeitlich hat es erhebliche Nachfragen seitens der Ärzteschaft gegeben, da sich in den Regionen bei den zuständigen Arbeitsagenturen unterschiedliche Verfahrensweisen abgebildet haben. Darüber hinaus sind die Arbeitsagenturen fast vollständig dazu übergegangen, diese Bescheinigungen durch den Patienten als Nachweis für einen erhöhten Anspruch erbringen zu lassen. Demzufolge wird die **Anforderung** nicht mehr durch eine Behörde ausgelöst, sondern **durch den Patienten**, der Ihnen nun diesen Aufwand des Ausfüllens einer Bescheinigung **nach GOÄ** bezahlen muss. Dies wurde uns von einer den einzelnen Arbeitsämtern übergeordneten Behörde (Regionaldirektion Nord) auf Nachfrage ausdrücklich bestätigt. **Wir können Ihnen deshalb nur die Empfehlung geben, die angesprochene Bescheinigung für eine kostenaufwändige Ernährung nach GOÄ beim Patienten zu liquidieren und diesen ggf. darauf hinzuweisen, dass diese Vorgehensweise auf eine entsprechende Information der Arbeitsagenturen zurückgeht.**

Im übrigen verbleibt es aber bei der im letzten Rundschreiben dargelegten Verfahrensweise: Gutachten, Befundanforderungen u.ä., welche von den Rentenversicherungsträgern, Arbeitsämtern, Gesundheitsämtern und Versorgungsämtern in Auftrag gegeben werden, sind nach dem JVEG zu honorieren. Hier wird empfohlen, weiterhin auf einer entsprechenden Honorierung gegenüber dem jeweiligen Amt zu bestehen. Von Seiten der Bundesagentur für Arbeit liegen uns Informationen darüber vor, dass diese voraussichtlich im Januar des kommenden Jahres eine klarstellende Anweisung an die einzelnen Arbeitsämter erteilen wird, wonach Gutachten und Befundanforderungen gegenüber Ärzten nach dem JVEG zu vergüten sind.

Wir haben mehrfach darauf hingewiesen, dass **Asylbewerber** einen **eingeschränkten Leistungsanspruch** haben und dass diesbezüglich für notwendige ärztliche Leistungen ein Behandlungsausweis vom zuständigen Sozialamt ausgestellt werden muss. Eine **Weiterüberweisung an einen weiteren Arzt** darf **nur** vorgenommen werden, **wenn es sich um notwendige Labor- und Röntgenuntersuchungen handelt, die im Zusammenhang mit der Erkrankung der Primärinanspruchnahme stehen.** Darüber hinaus sind Überweisungen nur zum Gynäkologen und Kinderarzt ohne Zustimmung des Sozialamtes zulässig.

In allen anderen Fällen ist ein weiterer Behandlungsschein durch das Sozialamt auszustellen oder für die notwendige Überweisung ist die Bestätigung der Behörde einzuholen.

Wenn eine Überweisung ausgestellt werden darf, ist es zwingend notwendig, dass das Statusfeld vom originalen Behandlungsausweis auf den Überweisungsschein übernommen wird. Für Asylbewerber erfolgt die Kostenerstattung durch das Land, so dass **in der Regel im Statusfeld die 3** zu dokumentieren ist.

Auskünfte an die Bundesagentur für Arbeit und andere Behörden

Eingeschränkte Ausstellung von Überweisungen bei Asylbewerbern beachten

Im Zusammenhang mit dem Ausfüllen von Bonusheften von Versicherten erreichten uns viele Anfragen zur Vergütung des notwendigen Aufwandes.

Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 9 BMV-Ä umfasst die vertragsärztliche Versorgung auch die Ausstellung von Bescheinigungen, welche die Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen. Da die Krankenkassen die Möglichkeit haben, Bonusprogramme für ihre Mitglieder einzuführen, sind die notwendigen Dokumentationen als vertragsärztliche Leistungen anzusehen. Nach Rücksprache mit unseren Juristen finden hierfür die Regelungen in § 36 Abs. 2 des BMV-Ä Anwendung, so dass **bei Ausstellung der Bonushefte unter Zugrundelegung der Patientendokumentationen die Gebührenziffer 72 abzurechnen ist.** Eine Privatliquidation scheidet demgegenüber aus.

Dokumentation im Rahmen von Bonusprogrammen der KK mit Ziffer 72

Weitere aktuelle Informationen:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber informiert, dass **im Zusammenhang mit ambulanten Operationsleistungen ab 01.01.2005 neue Regelungen in den Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger aufgenommen wurden.** Um die Systematik der UV-GOÄ nicht zu verlassen, wurde ein eigenständiges Kapitel in Anlehnung an die GOÄ-Kataloge eingeführt. Entsprechende Neuregelungen, Änderungen und Ergänzungen in der UV-GOÄ sind im Deutschen Ärzteblatt Heft 49 vom 3. Dezember 2004 veröffentlicht.

Aufnahme von neuen Regelungen in der UV-GOÄ ab 01.01.2005

Auf Grundlage nach § 137 f SGB V wurde ein **Vertrag zum DMP-Brustkrebs** zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft MV und allen Kassenverbänden auf Landesebene **zum 01.01.2005 geschlossen.**

DMP-Brustkrebs ab 01.01.2005 wirksam

Nach Mitteilung aus der Abteilung Qualitätssicherung sind alle Ärzte, die berechtigt sind, an diesem Vertrag teilzunehmen, angeschrieben und mit einem sogenannten Starterpaket ausgestattet worden. Erst nach Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzung durch Teilnahmebestätigung und Einschreibung der Patienten sind entsprechende Gebührenziffern gegenüber der KV abzurechnen. Anfragen zum DMP-Brustkrebs beantwortet Ihnen gerne Frau Längrich unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-384.

Mit Wirkung **zum 1.1.2005** wurde mit dem IKK-Landesverband Nord **für die Versicherten der IKK Mecklenburg-Vorpommern eine landesweit gültige Homöopathievereinbarung abgeschlossen.**

Vertrag Klassische Homöopathie ab 01.01.2005 wirksam

Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“.

Der Vertrag, einschließlich der 16 Indikationsstellungen für die Abrechenbarkeit der homöopathischen Leistungen, ist auf der Webseite der KVMV unter der Rubrik Recht/Verträge - Verträge und Vereinbarungen der KVMV veröffentlicht.

Ärzte mit der entsprechenden Zusatzbezeichnung, die an einer Teilnahme an diesem Vertrag interessiert sind, stellen einen formlosen Antrag an die KVMV, Abteilung Qualitätssicherung, z. Hd. Frau Tesch. Sie erhalten dann eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die KVMV. Erst dann sind die 8 Pseudoziffern für die entsprechenden Teilleistungen abrechenbar.

Seit Juli 2003 sind für **Polizeibeamte** neue Behandlungsausweise eingeführt worden, die unter anderem **die Mitgliedsnummer** ausweisen. Bitte übernehmen Sie **im Falle einer Weiterüberweisung im Auftrag, Konsil oder zur Mit- und Weiterbehandlung** diese Mitgliedsnummer, um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten.

Mitgliedsnummer bei Überweisungen von Polizeibeamten übernehmen

Im Rundschreiben Nr. 11/2004 vom **15. Juni 2004** haben wir Sie darüber informiert, dass entsprechend den allgemeinen Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung Punkt 10 die Krankenkassen verpflichtet sind, dem Arzt für die Beantwortung von bestimmten Kassenanfragen grundsätzlich Freiumsschläge beizulegen. Aufgrund vieler Hinweise von Ihnen mussten wir feststellen, dass die AOK nicht in jedem Falle dieser Pflicht nachkommt. **Die AOK M/V hat uns nun schriftlich im Oktober mitgeteilt, dass für die Mustervordrucke 40, 50, 51, 52, 53 sowie zusätzlich bei Befundanforderungen und Arztanfragen nach Muster 11 Freiumsschläge beigefügt werden.** Hoffen wir, dass es nun klappt.

Freiumsschläge bei bestimmten Kassenanfragen

Und noch ein letzter Hinweis zu Vorquartalsfällen:

Das 1. Quartal 2005 wird die letzte Abrechnung nach dem alten EBM sein. Wir möchten Sie bereits heute darum bitten, alle Fälle des 1. Quartals 2005 und etwaige Vorquartalsfälle, die sich noch in Ihren Schubladen befinden, spätestens mit dieser Abrechnung einzureichen.

Aufgrund der Umstellung auf den neuen EBM sind wir aus edv-technischen Gründen nicht in der Lage, mit dem 2. Quartal 2005 nach neuem EBM gleichzeitig noch Vorquartalsfälle nach dem alten EBM zu bearbeiten.

Bitte haben Sie dafür Verständnis.

Ihre Abrechnung des 4. Quartals 2004 geben Sie bitte bis zum **10. Januar 2005** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

03.01.2005 – 05.01.2005	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.01.2005 – 07.01.2005	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
08.01.2005	08.00 Uhr – 16.00 Uhr
10.01.2005	07.00 Uhr – 18.00 Uhr

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien eine gemütliche Adventszeit, geruhsame Weihnachtstage und ein gesundes Neues Jahr 2005.

Mit freundlichen Grüßen



Ihre
Maren Gläser

Anlage 1 zum Rundschreiben Nr. 18/2004

Hier schon wichtige Hinweise und Erläuterungen zum neuen EBM ab 2. Quartal 2005:

Abrechnung Ordinationskomplexe

Für Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht der Leistungsbeschränkung unterliegen, wird der Ordinationskomplex als arithmetischer Mittelwert unter Berücksichtigung eines Aufschlages gebildet.

Die altersgewichteten Ordinationskomplexe, die für diese Praxen individuell festgelegt werden, sind ab **01.04.2005** mit den Ziffern

80110	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
80111	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
80112	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

abzurechnen.

Für Ärzte in Einzelpraxen gelten die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln aufgeführten altersgewichteten Ordinationskomplexe, die entsprechend abzurechnen sind.

Die Ordinationskomplexe können zukünftig nicht mehr von der KV hinzugefügt werden.

Automatisches Hinzufügen von Leistungspositionen durch die KV

03000 / 04000	Hausärztliche Grundvergütung Hausarzt / Kinderarzt
03005 / 04005	Pauschale für die versorgungsübergreifende Bereitschaft Hausarzt / Kinderarzt
01700 / 12220	Grundpauschale Labor, Laborärzte / Fachwissenschaftler
01701 / 12225	Grundpauschale für andere Vertragsärzte mit Genehmigung für Laboruntersuchungen
32000	Laborgrundgebühr
32001	Labor / Wirtschaftlichkeitsbonus

Leistungen im Notfall und im organisierten Notfalldienst

Entsprechend der Präambel im Abschnitt II arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen Punkt 1.2 sind neben dem Ordinations- und Konsultationskomplex im organisierten Notfalldienst nach den Ziffern 01210 und 01215 und der Notfallbehandlung für Notfallambulanzen nach Ziffer 01218 keine Leistungen aus den arztgruppenspezifischen Kapiteln 03 – 27 berechnungsfähig.

Nur Leistungen aus den Kapiteln 1 und 2 und 30 – 35 sowie Sachkostenpauschalen nach Kapitel 40 sind in Ansatz zu bringen.

Fakultative Leistungsinhalte

Die Einzelleistungen und Leistungskomplexe sind durch obligate und fakultative Leistungsinhalte beschrieben. Neben den obligaten Leistungsinhalten, die zwingend zu erbringen sind, gilt für die fakultativen Leistungen, dass die Erbringung vom Einzelfall abhängig ist. Dennoch müssen alle genannten fakultativen Leistungsinhalte gegebenenfalls in der Praxis erbringbar sein, um die Leistungen bzw. Leistungskomplexe abrechnen zu dürfen.

Anlage 2 zum Rundschreiben Nr. 18/2004

Übersicht der Pseudonummern zur Kennzeichnung der Praxisgebühr in Mecklenburg-Vorpommern

8030 ab 1.4.2005 80030	<ul style="list-style-type: none">• Kennzeichnung für Originalschein (setzt die KVMV ein)• Überweisungen aus dem Vorquartal, ausgenommen Laboruntersuchungen und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen ohne Arzt-Patienten-Kontakt (setzt Arzt/Krankenhaus ein)
8031 ab 1.4.2005 80031	<ul style="list-style-type: none">• Kennzeichnung für Überweisungsschein (setzt die KVMV ein)
8032 ab 1.4.2005 80032	<ul style="list-style-type: none">• keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt (setzt Arzt/Krankenhaus ein) ist bei Vorlage am 1. Behandlungstag zu dokumentieren
8033 ab 1.4.2005 80033	<ul style="list-style-type: none">• keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr für die <u>Erstinanspruchnahme</u><ul style="list-style-type: none">- eines Psychotherapeuten- eines Krankenhauses vorgelegt wurde. (setzt Arzt/Krankenhaus ein)• keine Erhebung der Praxisgebühr im Notfall oder organisierten Notfalldienst, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr für die <u>Erstinanspruchnahme</u> eines Leistungserbringers<ul style="list-style-type: none">- im Notfall- im organisierten Notfalldienst vorgelegt wurde (setzt Arzt/Krankenhaus ein)• gilt im Vertretungsfall bei Vorlage der Quittung (setzt Arzt ein)
8040 ab 1.4.2005 80040	<ul style="list-style-type: none">• keine Erhebung der Praxisgebühr aus sonstigen Gründen<ul style="list-style-type: none">- ausschließlich präventive Leistungen im Behandlungsfall- Kassenwechsel (Patient hat Praxisgebühr nur bei einer Kasse zu bezahlen) (setzt Arzt/Krankenhaus ein)

Bitte beachten Sie, dass in den Fällen, wo mehrere Scheine eines Patienten zur Abrechnung gelangen und nur einmal die Praxisgebühr eingezogen wurde, z.B.

- ein ambulanter Behandlungsschein und ein org. Notfallschein (wenn nicht Erstinanspruchnahme im Notfall)
- mehrere Notfallscheine einer Notfallambulanz,
die Pseudonummer 8033 auf jeden weiteren Schein zu dokumentieren ist.

Weitere Pseudonummern finden in Mecklenburg-Vorpommern keine Verwendung!