



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. Juni 2005

RUNDSCHREIBEN NR. 12/2005

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 2. Quartal 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit einem viertel Jahr hat der neue EBM nun Einzug in Ihren Praxisalltag gehalten. Nach Einführung der Praxisgebühr und teilweise problematischer Umsetzung galt es nun auch noch, den EBM in seiner ganzen Komplexität zu berücksichtigen. Neben EBM, DMP- und Struktur-Verträgen mit zunehmendem Dokumentationsaufwand stehen Sie täglich in Ihren Praxen vor großen Aufgaben, die es zu meistern gilt. Während wir nach so vielen Jahren der Erarbeitung hätten erwarten können, dass der neue EBM in sich stimmig wäre, mussten auch die Väter des EBM auf vielfältige Intervention nun feststellen, dass diverse Abrechnungsmodalitäten wieder zu verändern sind.

Derzeit gibt es umfangreiche Korrekturen durch Interpretationsbeschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses bzw. vom Bewertungsausschuss selber. Diese gilt es nun, teilweise rückwirkend zum 01.04.2005 umzusetzen.

Nichts ist wichtiger, als Ihrerseits regelmäßig die Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt zu verfolgen, um aktuell auf dem neuesten Stand zu sein. Einer Situation so umfangreicher Korrekturen waren Sie und auch wir in der Vergangenheit noch nicht ausgesetzt, weder zur Reform des EBM zum 01.01.1996 noch zur Einführung der Praxisbudgets zum 01.07.1997.

Auch wenn große Zweifel an der Sinnhaftigkeit dieses neuen EBM bestehen, er ist nun da und muss umgesetzt werden. Zur Einführung im April wurden täglich bis zu 500 Telefonate durch die verantwortlichen Mitarbeiter bei uns geführt. Probleme wurden aufgegriffen und werden derzeit von den Gremien der Vertragspartner geprüft und ggf. im laufenden Jahr im EBM korrigiert.

In der Umsetzung des EBM zum 01.04.2005 sind Sie uns in der Kassenärztlichen Vereinigung nun schon um ein viertel Jahr an Erfahrungen mit dem neuen EBM voraus.

Hauptaufgabe der Abrechnungsabteilung wird es sein, in den ersten Quartalen detaillierte Prüfungen vorzunehmen und Ihnen Hinweise zum korrekten Umsetzen des EBM zu geben.

Wichtig für Sie ist, die Leistungen, die Sie täglich an Ihren Patienten erbringen, auch abzurechnen.

Ihnen ist nicht damit geholfen, unter Bezug des Regelleistungsvolumens und im Hinblick auf die vorgegebenen Zeiten im Anhang 3 des EBM, auf die Abrechnung gewisser Leistungen zu verzichten. Das erste Quartal nach dem neuen EBM wird neue Fragen aufwerfen, die wir gemeinsam mit dem Vorstand der KVMV versuchen werden, zu lösen.

Zur Abrechnung des 2. Quartals 2005 ergeben sich folgende Hinweise:

In den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 im EBM sind für bestimmte Leistungen Berichtspflichten eingeführt worden.

Vorausgesetzt, der Patient willigt in die Weitergabe der Untersuchungsergebnisse ein, können die Leistungen 01600 und 01601 bzw. bei Weitergabe der Befundkopie an den Hausarzt die Ziffer 01602 abgerechnet werden.

Werden Leistungen des Absatzes 2 ohne Überweisung erbracht, können neben den Leistungen zwar nicht wie gefordert die Befundkopien an den Hausarzt nach Ziffer 01602, dennoch der Brief nach Ziffer 01600 bzw. 01601 abgerechnet werden. Da hier noch eine notwendige Klarstellung im EBM erfolgen muss, gilt die Berichtspflicht für Leistungen im Absatz 2 derzeit nur für Auftragsleistungen.

wichtiger Hinweis für die Abrechnung:

Die Abrechnung einer Leistung oder eines Leistungskomplexes mit Berichtspflicht ist auch dann gegeben, wenn die Berichterstattung bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag erfolgt.

In diesen Fällen ist **zur Abrechnung der Ziffern 01600 – 01602 im Folgequartal ein selbstaufgestellter Behandlungsschein anzulegen**, der nicht fallzahlrelevant ist.

Werden im laufenden Quartal **mehrere berichtspflichtige Leistungen an ein und demselben Patienten** erbracht, ist **ein Bericht bzw. Brief und eine Befundkopie zum Ende des Quartals völlig ausreichend**.

Aufträge zur zytologischen Untersuchung können im Rahmen der Krebsfrüherkennung, der Empfängnisregelung und unter kurativem Aspekt veranlasst werden.

Für die zytologische Untersuchung zur Krebsvorsorge wird das Muster 39 a verwendet und vom Leistungserbringer mit Ziffer 01733 abgerechnet, der Auftrag zur Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung und unter kurativem Aspekt erfolgt auf dem Mustervordruck 6.

Da hier das Ankreuzfeld „Sonstige Hilfen“ nicht mehr vorhanden ist, muss aus der Auftragserteilung deutlich hervorgehen, welche Untersuchung gewünscht ist.

Um Verwechslungen auszuschließen, kreuzen Sie bei Auftrag im Rahmen der Empfängnisregelung das Kästchen „präventiv“ an. Nur so ist es dem Pathologen möglich, die richtige Zuordnung zur Abrechnungsposition nach Ziffer 01826 vorzunehmen.

Das Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines IUP im Rahmen der Empfängnisregelung ist nur bei Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr eine Kassenleistung und nach Ziffer 01830 berechnungsfähig.

Die **Ultraschallkontrolle nach Ziffer 01831 nach Applikation eines IUP** ist im angegebenen Zeitraum hingegen **ohne Altersbegrenzung für alle Patientinnen berechnungsfähig**. Grundlage bildet die Richtlinie zur Empfängnisregelung in Verbindung mit § 24 b des SGB V.

Berichtspflicht gegenüber dem Hausarzt nach den Ziffern 01600 - 01602

Aufträge zur zytologischen Untersuchung nach Ziffer 01733, 01826 und 19311

Ultraschall nach Ziffer 01831 immer nach Applikation eines IUP

Entsprechend des Interpretationsbeschlusses Nr. 64 des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses ist rückwirkend zum 01.04.2005 festgelegt worden, dass die **Bereitschaftspauschale nach der Ziffer 03005 bzw. 04005 im Notfall und organisierten Notfalldienst nicht berechnungsfähig** ist. Da die o.g. Bereitschaftspauschalen automatisch von der KV gesetzt werden, erfolgt somit keine Berücksichtigung im Notfall und organisiertem Notfalldienst. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass **für Hausärzte im Notfall und im organisierten Notfalldienst anstelle der Beratungsleistung nach der Ziffer 03120 bzw. 04120 die höher bewertete Beratungsleistung nach der Ziffer 13220 zu berechnen** ist. Diese Regelung wurde notwendig, da die Bereitschaftspauschale nach Ziffer 03005 bzw. 04005 mit einem entsprechenden technischen Leistungsanteil für die Gesprächsleistungen im Notfall und organisierten Notfalldienst entfällt.

Bereitschaftspauschale 03005 und 04005 nicht für Notfall und org. Notfalldienst / anstelle der Ziffer 03120 / 04120 die Ziffer 13220

Im Mai-Journal 2005 haben wir Sie darüber informiert, dass die **Ziffer 03210 (Behandlungskomplex für die Behandlung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung) und die Ziffer 03120 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) beim selben Arzt-Patienten-Kontakt** nicht nebeneinander berechnungsfähig sind. Nach nochmaliger Klärung hat die KBV ihre ursprüngliche Aussage revidiert. Somit sind die Leistungen nach Ziffer 03210 und 03120 **nebeneinander berechnungsfähig**, allerdings ist bei der Nebeneinanderberechnung dieser Leistungen eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patientenkontaktzeit für die Berechnung der Leistung nach 03120 erforderlich. Eine Richtigstellung erfolgte bereits im Juni-Journal auf Seite 8.

Komplex für internistische Grundbetreuung 03210 und Beratung 03120 nebeneinander

Mit Wirkung zum 01.04.2005 sind im neuen EBM für die **schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** die Gebührensnummern **30700 und 30701** eingeführt worden. **Voraussetzung zur Abrechnung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung.** Entsprechende Leistungsbeschreibungen zu den Ziffern 30700 und 30701 entnehmen Sie bitte dem Dt. Ärzteblatt, Heft 9 vom 4. März 2005 sowie Heft 14 vom 8. April 2005. Fragen diesbezüglich beantwortet Ihnen gerne Frau Längrich in der Abteilung Qualitätssicherung, Tel. 0385 / 7431384.

Schmerztherapie nach Ziffer 30700 und 30701 genehmigungspflichtig

Die allgemeinen schmerztherapeutischen Leistungen des Kapitels 30.7 Schmerztherapie (Ziffern 30710 – 30760) unterliegen nicht der Genehmigungspflicht und können von Ärzten unterschiedlicher Fachgebiete bei Erbringung des Leistungsinhaltes abgerechnet werden. Die **therapeutische Anwendung von Lokalanästhetika** befindet sich hingegen nicht in dem vorgenannten Kapitel Schmerztherapie, sondern ist **unter der Ziffer 02360 für die Schmerzbehandlung und Behandlung von funktionellen Störungen** berechnungsfähig.

Die Kontraktionsmobilisierung eines Kiefer-, Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und/oder Kniegelenkes ist mit der Ziffer 31920 berechnungsfähig. Voraussetzung ist, dass dieser Eingriff in Narkose oder Regionalanästhesie als selbständige Leistung erfolgt.

Der EBM ist insoweit fehlerhaft, als dass Regionalanästhesien im Abschnitt 31.5.2 nur durch den Operateur für ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2. berechnungsfähig sind.

Der Vorstand der KVMV hat in seiner Sitzung am 26.04.2005 daher beschlossen, dass bis zur Korrektur im EBM die Regionalanästhesie zur Kontraktionsmobilisierung nach Ziffer 31800 abzurechnen ist. Erfolgt die Kontraktionsmobilisierung in Narkose, hat der Anästhesist seine Leistungen aus dem Kapitel 5 in Ansatz zu bringen.

Neben der Kontraktionsmobilisierung Ziffer 31800 berechnungsfähig

Die **Kennzeichnung von Drogensuchtests** hat durch den abrechnenden Arzt **im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger nach den Ziffern 32140S – 32148S** zu erfolgen. Nur so kann der Höchstwert in den vorgenannten ersten beiden Behandlungsquartalen berücksichtigt werden.

Kennzeichnung von Drogensuchtest nach den Ziffern 32140S – 32148S

Im neuen EBM sind im Kapitel 34 keine Untersuchungen zur **innovativen Gefäßdiagnostik mittels MRT** berücksichtigt worden. Demzufolge sind diese Untersuchungsleistungen **derzeit nur im Rahmen der Kostenerstattung zu erbringen**. Die KBV hat uns am 8. Juni 2005 schriftlich mitgeteilt, dass in Kürze mit einer Einigung zwischen den Vertragspartnern zu rechnen ist. Wir werden Sie dann umgehend über das Ergebnis informieren.

Gefäßuntersuchungen mittels MRT derzeit keine Kassenleistung

Die Postbeamtenkrankenkasse hat aufgrund der Verknüpfung mit dem Beihilferecht festgelegt, die Praxisgebühr von Ihren Mitgliedern einzufordern.

Das Einziehen der Praxisgebühr erfolgt aber ausschließlich durch die Postbeamtenkrankenkasse selber gegenüber den Postbeamten.

Um Missverständnisse zu vermeiden, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass **im Rahmen der Behandlung von Postbeamten der Mitgliedsgruppe A die Praxisgebühr durch Sie nicht einzuziehen ist.**

Praxisgebühr für Postbeamte – Mitgliedsgruppe A – nicht durch Arzt einfordern

Im Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr zum 1.1.2004 haben wir Sie darüber informiert, dass der Patient bei einer weiteren Inanspruchnahme des gleichen Leistungserbringers im Quartal dann die Praxisgebühr zu zahlen hat, wenn das 18. Lebensjahr vollendet wurde. Wir müssen feststellen, dass die Regelungen in § 28 Abs. 4 des SGB V i.V.m. § 18 BMV-Ä und § 21 EKV von den Vertragspartnern unterschiedlich ausgelegt werden. Aufgrund einer Bitte der AOK MV sind die Kassenverbände auf Landesebene angeschrieben worden, ihren Standpunkt darzulegen. Die Krankenkassen verzichten zukünftig dann auf die Praxisgebühr, wenn der Patient bei einer weiteren Inanspruchnahme des Arztes im Quartal das 18. Lebensjahr vollendet hat. Die KVMV schließt sich nunmehr dieser Auffassung an und wird ab dem 3. Quartal 2005 Behandlungsfälle dieser Patienten automatisch nicht mehr bei der Erhebung der Praxisgebühr berücksichtigen.

Keine Praxisgebühr für Patienten, die im laufenden Quartal 18 Jahre werden

Aufgrund von vielen Nachfragen möchten wir Sie nochmals darauf hinweisen, dass bei Vorlage einer gültigen **Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse** durch den Versicherten der **Behandlungsfall in Ihrer Abrechnung mit der Pseudonummer 80032** zu **kennzeichnen** ist. Hierbei ist es unerheblich, ob es sich bei der Zuzahlungsbefreiung um eine solche handelt, die aufgrund des Erreichens der Belastungsgrenze oder der Teilnahme am DMP oder Hausärztervertrag erteilt wurde. **Aus der Zuzahlungsbefreiung des Versicherten ist ersichtlich, für wen und für was sie gilt. Beim Barmer-Hausarztvertrag gilt sie nur bei Erstinanspruchnahme des Hausarztes, nicht aber für die Erstinanspruchnahme bei anderen Leistungserbringern im Notfall und nicht bei Verordnung von Arznei, Heil- und Hilfsmitteln.**

Bitte berücksichtigen Sie dies.

Mit Einführung des neuen EBM sind die KV-internen Abrechnungsziffern umgestellt worden. Für die **Narkoseverlängerung bei einem weiteren Eingriff nach dem Vertrag ambulantes Operieren IKK ist für jede weiteren 15 Minuten die Ziffer 90463C (alte Ziffer 463C) berechnungsfähig.**

Ist hingegen eine Narkoseverlängerung für einen weiteren Eingriff nach EBM notwendig, kann der Zuschlag für einen Simultaneingriff nur nach Ziffer 31828 für die Fortsetzung der Narkose für jede weiteren 15 Minuten berechnet werden.

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass eine **gesonderte Vergütung der Patienten mit apallischem Syndrom nur noch für bestimmte Krankenkassenverbände außerbudgetär** berücksichtigt wird. Aufgrund der Landesschiedsamsentscheidung zur Honorarvergütung zwischen KV und Ersatzkassen ist der Umfang der Betreuung der Apalliker innerhalb der Gesamtvergütung berücksichtigt worden, eine außerbudgetäre Vergütung konnte aber nicht erzielt werden. Aufgrund dessen ist **die gesonderte Abrechnung der Apalliker für die Ersatzkassen ab dem 2. Quartal 2005 ausgeschlossen.**

Für die BKK`n und IKK`n gilt die Kennzeichnung der Patienten mit apallischem Syndrom unter Ziffer 99000 A weiter.

Wir haben Sie bereits mehrmals über die Abrechnung der besonderen Sachkosten auf dem Behandlungsfall informiert. Leider müssen wir feststellen, dass immer noch unplausible Sachkostenabrechnungen die sachlich-rechnerische Prüfung erheblich erschweren.

Die Sachkosten sind unter der Pseudo-Nr. 99014 mit Angabe des konkreten Betrages in Euro nur dann für den einzelnen Patienten berechnungsfähig, wenn die originale Rechnung mit eingereicht wird. Bei Sammelrechnungen ist zusätzlich eine Patientenliste beizufügen.

Bitte achten Sie darauf, dass neben der Pseudo-Nr. 99014 der korrekte Eurobetrag eingetragen ist und die eingereichten Rechnungen den tatsächlichen Beträgen entsprechen. Unplausible Sachkostenabrechnungen unter der Ziffer 99014 werden zukünftig gestrichen.

Pseudonummer 80032 für die Zuzahlungsbefreiung

Position 90463C für Narkoseverlängerung im Vertrag ambulantes Operieren IKK

Kennzeichnung Apalliker 99000 A nur für BKK`n und IKK`n

Abrechnung von besonderen Sachkosten unter Pseudo-Nr. 99014

Krankenhäuser, die im Rahmen des AOP-Vertrages nach § 115 b SGB V ambulante Operationen nach Abschnitt 31.2 des EBM durchführen, müssen für die Nachsorgebehandlung durch niedergelassene Vertragsärzte Überweisungsscheine ausstellen und entsprechend den Regelungen im EBM, Abschnitt 31.4.1 mit den notwendigen Angaben versehen. **Der Überweisungsschein ist auszustellen zur „Nachbehandlung nach ambulanter OP am Krankenhaus“, unter Angabe des postoperativen Behandlungskomplexes z.B. 31659.**

Notwendige Vordrucke können von den Krankenhäusern bei der KVMV angefordert werden.

Alle Krankenhäuser sind durch die Krankenhausgesellschaft MV über ein Sonderrundschreiben (KGMV-Sonderinfo Nr. 024/05) über die Verfahrensweise der Regelungen in § 115 b SGB V zum ambulanten Operieren informiert worden. **Überweisungen zur Nachbehandlung nach stationärer OP sind unzulässig und dürfen weder durch das Krankenhaus ausgestellt noch durch Sie angefordert werden.**

Weitere Hinweise zur Abrechnung finden Sie auf unserer Homepage www.kvmv.de ? Abrechnung ? Abrechnungsinformation.

Mit Einführung des neuen EBM ist die **Abrechnung der Schulungen von Typ-2-Diabetikern** ohne oder mit Insulinbehandlung, einschließlich des Schulungsmaterials, **wenn keine Teilnahme am DMP Diabetes Typ 2 vorliegt, nicht mehr für Patienten der AOK, BKK und IKK möglich.**

Mit Inkrafttreten des **DMP-Vertrages Diabetes Typ 2 mit den Ersatzkassen** zum 01.06.2005 endet ebenfalls die Abrechenbarkeit der **Schulungen und des Schulungsmaterials nach den Ziffern 98013, 98014 und 98016** unabhängig, ob es sich um eingeschriebene DMP-Patienten handelt oder nicht. Bereits begonnene Schulungen sind **nur noch bis zum 30.6.2005 berechnungsfähig.**

Weitere Hinweise aus der Abteilung Qualitätssicherung zu den derzeit gültigen Verträgen in der Diabetikerbetreuung entnehmen Sie bitte dem Juli-Journal der KVMV.

Die **LKK** und der **VdAK** für seine Ersatzkassen haben den **Beitritt zum DMP KHK ab 01.04.2005 erklärt**. Somit sind für Sie auch diese Patienten einschreibefähig. Für bereits am DMP KHK teilnehmende Ärzte ergeben sich hinsichtlich des Beitrittes keine gesonderten Neuregelungen. Im Zusammenhang mit der Dokumentation wird analog dem DMP KHK der AOK, IKK, BKK verfahren, **einer gesonderten Teilnahmeerklärung zum DMP KHK der Ersatzkassen bedarf es nicht.**

Für Fragen zum DMP KHK steht Ihnen Frau Holländer aus der Abteilung Qualitätssicherung unter der Tel. Nr. 0385/7431-383 bzw. per E-Mail khollaender@kvmv.de gerne zur Verfügung.

Mit Einführung des EBM zum 1.4.2005 sind Kontrastmittel auf Bariumbasis nicht mehr Bestandteil der jeweiligen Gebührensätze des Kapitels 34.

In Abstimmung mit der AOK M/V ist die Verordnung von Kontrastmitteln auf Bariumbasis über die AOK M/V aus dem Sprechstundenbedarf zu beziehen. Diese Regelung steht unter dem Vorbehalt einer verbindlichen Regelung zur Bereinigung der Gesamtvergütung zwischen der KVMV und den Krankenkassenverbänden.

Überweisungsscheine zur postoperativen Behandlung nur nach ambulanter OP auch vom Krankenhaus auszustellen

Keine Berechnungsfähigkeit für Schulungen bei Nichtteilnahme am DMP-Diabetes Typ 2

DMP KHK ab 1.4.2005 für Ersatzkassen

Kontrastmittel auf Bariumbasis über Sprechstundenbedarf verordnen

Aufgrund von vielen Nachfragen möchten wir Sie nochmals über die Angabe von Akut- bzw. Dauerdiagnosen informieren. Seit dem 01.07.2004 ist zwischen vorgenannten Diagnosen zu unterscheiden.

Ihr EDV-System hat entsprechend der KVDT-Satzbeschreibung die Feldkennung 6001 für die Akutdiagnose und die Feldkennung 3673 für die Dauerdiagnose als sogenannte Muss-Felder vorgegeben. **Gemäß der ICD-10 GM 2005 sind Behandlungsdiagnosen im Quartal als Akutdiagnosen in der Feldkennung 6001 zu verschlüsseln. Wird ein Patient unter einer Dauerdiagnose behandelt, ist die Angabe in der Feldkennung 3673 ausreichend.**

Sie können beide Feldkennungen im Behandlungsfall verwenden. **Mindestens eine Akutdiagnose oder eine Dauerdiagnose muss aber vorhanden sein.**

Für Fragen steht Ihnen in der EDV-Abteilung Herr Groth unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431268 gerne zur Verfügung.

Akutdiagnose/Dauerdiagnose nach ICD 10 GM 2005 bei ADT-Ärzten

Wir wurden von Ärzten darüber informiert, dass nach Einführung des neuen Mustervordruckes 6 zum 01.04.2005 noch zum jetzigen Zeitpunkt Patienten ausgestellte Überweisungsscheine aus dem 2. Quartal 2005 nach altem Vordruck Muster 6 in den Praxen zur Behandlung vorlegen.

Wir haben Sie informiert, dass die Überweisungsscheine noch akzeptiert und abgerechnet werden können, müssen Sie aber nochmals bitten, alle alten Vordrucke Muster 6 in Ihrer Praxis zu vernichten. Alte Mustervordrucke sind längstens bis zum 30.09.2005 anzunehmen.

alte Überweisungsscheine Muster 6 vernichten

Mit den beigegeführten Abrechnungsunterlagen übergeben wir Ihnen wie gewohnt die grüne Erklärung. Aufgrund einzelner Neuregelungen im EBM mussten wir diese anpassen.

Auf der Rückseite sind, soweit Sie Leistungen aus dem Abschnitt 1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung/Nachsorge, Abschnitt 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe und Abschnitt 31.4 Postoperative Behandlungskomplexe abrechnen, zusätzliche Angaben notwendig, wenn mehrere Ärzte gemeinsam an einem Patienten Leistungen der vorgenannten Abschnitte erbracht haben.

In der grünen Erklärung bestätigen Sie uns formal durch Ankreuzen, dass in den Behandlungsfällen der gemeinsamen Leistungserbringung eine Vereinbarung mit den anderen Ärzten darüber getroffen wurde, dass nur Sie diese Leistung abrechnen.

Eine gesonderte Patientenliste ist derzeit nicht notwendig.

Zusätzliche Angaben auf der grünen Erklärung

Im Mai-Journal (Seite 16) haben wir Ihnen in einer Übersicht die Zuzahlungsbeträge bei Abgabe von Heilmitteln in den Arztpraxen nach den einzelnen Kassenverbänden benannt. **Die Elektrotherapie unter Verwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme nach Ziffer 02511 ist keine physikalisch-medizinische Leistung, die unter die Zuzahlungspflicht fällt. In der Anlage zum Rundschreiben übergeben wir Ihnen eine korrigierte Übersicht für Ihre Praxis.** Bitte denken Sie daran, dass bei Vorliegen einer Zuzahlungsbefreiung die Gebührenziffer mit einem A zu kennzeichnen ist.

Ziffer 02511 keine zuzahlungspflichtige Leistung

Auf folgende Beschlüsse, die mit Wirkung zum 01.04.2005 und 01.07.2005 gelten, müssen wir besonders hinweisen:

Mit Wirkung zum 1.4.2005

1. In der Präambel Kapitel 31, Abschnitt 31.4.1 wurde der zweite Satz in Absatz 1 gestrichen, so dass die postoperativen Behandlungskomplexe nach Abschnitt 31.4.2 **am Tag der tatsächlichen Leistungserbringung** mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abzurechnen sind. Zur Kontrolle der 21-Tage-Frist ist hinter der Leistungsziffer das OP-Datum zu dokumentieren. Sollte die Abrechnung der postoperativen Behandlungskomplexe im 2. Quartal 2005 nach alter Regelung erfolgen, wird dies von Seiten der Abrechnungsabteilung akzeptiert.
Ab dem 3. Quartal 2005 ist die Neuregelung zu beachten.
2. Neuaufnahme der speziellen Laboruntersuchung nach Ziffer 32318 Quantitative Bestimmung von Homocystein

Mit Wirkung zum 1.7.2005

3. Der Interpretationsbeschluss Nr. 65 legt fest, dass bei der Berechnung von Simultaneingriffen gemäß der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM, sofern diese anderen Kategorien des Abschnittes 31.2 als dem Haupteingriff zuzuordnen sind, immer die am höchsten bewertete Zuschlagsposition der für den Simultaneingriff relevanten Kategorien abzurechnen ist. Somit kann beispielsweise neben dem Haupteingriff nach der Kategorie M3 Ziffer 31223 zukünftig bei Simultaneingriff der Kategorie A ein Zuschlag nach Ziffer 31108 abgerechnet werden.
4. Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagsposition für Simultaneingriffe nach der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM ist nicht die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes. Somit können Zuschläge ab Beginn des Simultaneingriffes berechnet werden, auch wenn die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes unterschritten wurde.
5. Neuaufnahme des erweiterten Neugeborenen-Screenings nach Ziffer 01707 Aufklärung, Aushändigung des Infoblattes und Probenentnahme 01708 Laboruntersuchung TMS (nur mit Genehmigung)

Weitere Änderungsbeschlüsse entnehmen Sie bitte dem Dt. Ärzteblatt, Heft 22 vom 3. Juni 2005 und den folgenden Dt. Ärzteblättern sowie dem Juli-Journal der KVMV.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zugesichert, dass eine Ergänzungsblattlieferung mit den aktuellen Beschlüssen zum EBM Ende Juni vom Deutschen Ärzteverlag ausgeliefert wird. Die Unterlagen werden Ihnen dann umgehend von der KV zugesandt.

Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2005 geben Sie bitte bis zum **09.07.2005** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.07.2005	7.00 – 16.00 Uhr	07.07.2005 – 08.07.2005	7.00 – 18.00 Uhr
04.07.2005 – 06.07.2005	7.00 – 16.00 Uhr	09.07.2005	8.00 – 16.00 Uhr

Wichtige Information:

Das Sozialministerium hat den Schiedsspruch zum Honorarverteilungsvertrag (HVV) auf Intension der KVMV in letzter Sekunde, kurz vor Fristablauf, am 20. Mai 2005 beanstandet. Grund ist der katastrophale Punktwert von 1,5 Cent, der es den niedergelassenen Ärzten unmöglich macht, die künftige Entwicklung und den Betrieb der Praxis zu planen. Nachfolgende Verhandlungen mit den Krankenkassen verliefen ergebnislos. Auf Drängen der KV wurde für den 27. Juni 2005 ein erneuter Schiedsamttermin anberaumt. Über die aktuellen Ergebnisse aus dem Landesschiedsamt informiert die KVMV umgehend.

Mit freundlichen Grüßen

Maren Gläser

Zuzahlungen gemäß § 32 Abs. 2 SGB V bei Abgabe von Heilmitteln in Arztpraxen ab dem 01.04.2005

EBM 2000Plus	Leistungen	E-GO-Nr. ALT	Zuzahlung AOK	Zuzahlung IKK	Zuzahlung BKK	Zuzahlung EK
	Atemgymnastik, Krankengymnastik Übungsbehandlungen					
30410	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	503	1,04 €	1,03 €	1,04 €	1,20 €
30411	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	504	0,41 €	0,54 €	0,32 €	0,33 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung) ggf. Durchführung im Bewegungsbad	505 507 508	0,54 €	0,47 €	0,45 €	0,60 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) ggf. Durchführung im Bewegungsbad	509 510	0,44 €	0,27 €	0,32 €	0,26 €
30300	sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	511	1,43 €	1,03 €	1,04 €	1,20 €
30301	sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)	512	0,55 €	0,54 €	0,54 €	0,71 €
	Massagen, Druckverfahren					
30400	Massagetherapie	524	0,74 €	0,73 €	0,72 €	0,81 €
30402	Unterwasserdruckmassage	527	1,28 €	1,28 €	1,27 €	1,39 €