



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Abrechnungsabteilung -

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

Ihr Ansprechpartner:
Frau Gläser

--

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

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

14. September 2005

RUNDSCHREIBEN NR. 21/2005

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 3. Quartal 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Zeit der Abrechnung des zweiten Quartals nach dem neuen EBM ist herangekommen. In Vorbereitung dieser möchten wir Ihnen vorab die aktuellen Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 104. Sitzung sowie Interpretationsbeschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses übermitteln, die Ende August 2005 festgelegt wurden und noch rückwirkend zum 01.07.2005 Gültigkeit finden. Darüber hinaus geben wir Ihnen wichtige Abrechnungshinweise, die sich aus der Prüfung des 2. Quartals 2005 in der Umsetzung des EBM ergeben.

Die Tatsache, dass laufend rückwirkende Beschlüsse vom Bewertungsausschuss gefasst werden, müssen Sie und wir letztendlich akzeptieren. Dass der EBM immer noch umfangreicher Korrekturen bedarf, wird von den Experten des EBM als notwendig angesehen. Bitte verfolgen Sie fortlaufend die aktuellen Veröffentlichungen auf unserer Homepage oder im Deutschen Ärzteblatt.

Nach Aussagen der KBV können Sie Anfang des nächsten Jahres mit einer überarbeiteten Auflage des neuen EBM in Buchform rechnen. Es ist zu hoffen, dass dann alle Änderungen, die bis einschließlich 4. Quartal 2005 noch vorgenommen werden, inhaltlich erfasst sind.

Folgende Änderungen des EBM sind rückwirkend zum 01.07.2005 gültig. Da die Kassenärztliche Vereinigung datentechnisch nicht die Möglichkeit hat, in jedem Falle eine automatische Umsetzung vorzunehmen, sind die Änderungen ggf. in Ihrer Abrechnung noch einzuarbeiten.

Differenzierte Konsultationskomplexe im organisierten Notfalldienst 01215, 01216, 01217

Für den besonderen Aufwand bei Mehrfachkontakten im Rahmen des organisierten Notfalldienstes bei Leistungserbringung durch den selben Vertragsarzt werden anstelle eines einzigen Konsultationskomplexes nach Ziffer 01215 differenziert nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Konsultationskomplexe nach den Ziffern 01216 und 01217 aufgenommen.

- 01215 Konsultationskomplex im organisierten Notfalldienst bei Inanspruchnahme außerhalb der angegebenen Zeiten der Ziffern 01216 und 01217
- 01216 Konsultationskomplex im organisierten Notfalldienst
- zwischen 19.00 und 22.00 Uhr
 - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07.00 und 19.00 Uhr
- 01217 Konsultationskomplex im organisierten Notfalldienst
- zwischen 22.00 und 07.00 Uhr
 - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19.00 und 07.00 Uhr

Die gültigen Abrechnungsausschlüsse hinter der Ziffer 01215 im EBM gelten auch für die neuen Ziffern 01216 und 01217.

Aufsuchen eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- und/oder Altenheimen mit Pflegepersonal als Besuch oder Mitbesuch

Nach umfangreicher Diskussion ist nun eine Klarstellung zu den Visiten und Besuchen erfolgt. Visiten sind nur noch im Zusammenhang mit einer entsprechenden Leistungserbringung auf der Belegstation berechnungsfähig.

Für Patienten, die in Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- und Altenheimen aufgesucht werden, sind wie in altbekannter Form Besuche entsprechend der Leistungslegenden nach den Ziffern 01410, 01411, 01412 bzw. Mitbesuche nach Ziffer 01413 abzurechnen.

Für die Abrechnung des 3. Quartals 2005 werden wir für Sie rechentechnisch eine Umsetzung der ersten Visite mit Wegepauschale in die Besuchsgebühr nach Ziffer 01410 und die folgenden Visiten ohne Wegepauschale in den Mitbesuch nach Ziffer 01413 vornehmen.

Begleitung eines Patienten zur stationären Behandlung nach Ziffer 01416 mit Zeittaktung

Für die Begleitung eines Patienten zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung ist nicht die Ziffer 01410 als Besuch, sondern je vollendete 10 Minuten die neue Ziffer 01416 berechnungsfähig.

Damit wird dem besonderen Aufwand bei akuter stationärer Behandlungsbedürftigkeit unter Einsatz des Arztes Rechnung getragen.

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines operativen Schwangerschaftsabbruches auch für den Operateur

In Analogie zu Kapitel 31.3 ist nunmehr die Möglichkeit geschaffen worden durch Erweiterung der Leistungslegende nach der Ziffer 01910, auch Operateuren die Abrechnung der Aufwachphase nach einem operativen Schwangerschaftsabbruch zu ermöglichen. Mit Änderung der Präambel zu den Ziffern 01910 und 01911 wurde die Leistungsziffer 01914 gestrichen. Es ist zu berücksichtigen, dass bei Leistungserbringung durch mehrere Vertragsärzte nur ein Arzt berechtigt ist, diese Ziffern abzurechnen.

Diesbezüglich ist eine Vereinbarung zwischen den Leistungserbringern untereinander vorzunehmen.

Verordnung der häuslichen Krankenpflege gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Ziffer 01420 auch für andere Fachärzte

In den arzt-spezifischen Kapiteln wurde für Anästhesisten, Augenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, MKG-Chirurgen und Phoniater/Pädaudiologen die Ziffer 01420 aufgenommen, so dass die Fachärzte, die bereits früher unmittelbar in die Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege eingebunden waren, diese abrechnen können. Da die Kassenärztliche Vereinigung diese Leistungsziffer im 2. Quartal 2005 bereits für diese Fachärzte akzeptiert hat, ist ein umfangreiches Nacharbeiten Ihrer Abrechnung in diesen Fällen vielleicht nicht notwendig.

Neuaufnahme der Leistungen nach den Ziffern 01422 und 01424 für Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

Aufgrund der Neuaufnahme der Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege als Behandlungsmaßnahme nach Punkt 27 a der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sind die arzt-spezifischen Kapitel für Hausärzte, Kinder-Psychiater, FÄ für Psychotherapeutische Medizin, Nervenärzte und Neurologen um die Ziffern 01422 und 01424 erweitert worden.

Wie bereits im September-Journal dargestellt, können Hausärzte nur dann die Verordnung vornehmen, wenn die geforderte Diagnose zur Berechtigung einer Verordnung in Abstimmung mit den genannten Fachärzten gesichert wurde.

Die Krankenkassen haben wir darüber in Kenntnis gesetzt, dass bis zur Einführung eines neuen Vordruckmusters übergangsweise die Verordnung der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege auf dem Mustervordruck 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege) vorzunehmen ist. Die Abrechnung der Ziffern 01422 und 01424 ist erst dann möglich, wenn die Genehmigung der zuständigen Krankenkasse erfolgt ist.

Abrechnung von Leistungskomplexen bei geforderten Mehrkontakten bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt Interpretationsbeschluss Nr. 69

Die Allgemeinen Bestimmungen 4.5 wurden dahingehend konkretisiert, dass als Voraussetzung zur Abrechnung von Leistungskomplexen unter obligater Erfüllung von mehr als einem Arzt-Patienten-Kontakt die Abrechnung bereits an dem Tag vorgenommen werden kann, an dem der erste persönliche Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Entsprechend 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist dennoch ein Leistungskomplex erst dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist, auch wenn der Arzt bereits vorher diesen dokumentiert hat.

Zum Beispiel kann nun die Ziffer 03210 bereits beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zusammen mit dem Ordinationskomplex abgerechnet werden.

Erfolgt später ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt, ggf. auch telefonisch, ist der vollständige Leistungsinhalt in Bezug auf die mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte erfüllt.

Findet allerdings nur ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal statt, ist zum Ende des Quartals Ihrerseits die Komplexleistung nach Ziffer 03210 zu streichen und ggf. eine Einzelleistung abzurechnen.

Nebeneinanderberechnung von Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung durch Gemeinschaftspraxen, MVZ und Ärzten mit Tätigkeit unter mehreren Schwerpunkten

Interpretationsbeschluss Nr. 70 und 71

Mit den Interpretationsbeschlüssen 70 und 71 wurden die kritisierten Ausschlüsse im Kapitel 13.3 (Leistungen der Inneren Medizin) bei der Berechnung von schwerpunktübergreifender Behandlung von Ärzten, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren gelockert. Ist in vorgenannten Praxen eine schwerpunktübergreifende Behandlung notwendig, können diese nebeneinander abgerechnet werden. Allerdings werden die Leistungen des Abschnittes 13.3 der unterschiedlichen Schwerpunkte unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10 % der Punktzahl der abgerechneten ärztlichen Leistungen gekürzt. Unberührt von der Abschlagsregelung bleiben die im EBM genannten Komplexe 13300 „Angiologie“ und 13550 „Kardiologie“, die im EBM nicht nebeneinander ausgeschlossen sind.

Die Abschlagsregelung wird durch neue Codiernummern der KBV von der Kassenärztlichen Vereinigung umgesetzt.

Alle vorgenannten rückwirkenden Änderungen haben wir Ihnen detailliert als Vorabinformation mit Datum des 09.09.2005 zugeschickt. Darüber hinaus stehen sie auf unserer Homepage www.kvmv.de -> aktuell -> wichtige Abrechnungsinformationen für das 3. Quartal 2005 zur Verfügung. Die Veröffentlichung erfolgt in einem der nächsten Deutschen Ärzteblätter.

Wichtige Hinweise zum ambulanten Operieren:

Abrechnung von ambulanten Operationen und zwingende Kennzeichnung von OPS-Codes, OP-Datum und Schnitt-Naht-Zeit (SNZ)

Mit der Abrechnungsprüfung der ambulanten Operationsleistungen aus dem gesamten Kapitel 31 hatten wir erhebliche Schwierigkeiten. Der eine oder andere von Ihnen musste sogar die Diskettenabrechnung überarbeiten, da weder OPS-Codes, OP-Datum, SNZ, noch die Simultaneingriffe ordnungsgemäß dokumentiert waren. Sie haben von unseren Mitarbeiterinnen in den Fachbereichen viele Hinweise erhalten, die es nun gilt, für das 3. Quartal 2005 zu berücksichtigen.

1. OPS-Codierung

Entsprechend der Präambel in Abschnitt 31.2 Abs. 9 des EBM ist eine ambulante Operation erst dann berechnungsfähig, wenn hinter der Gebührenziffer in der entsprechenden Feldkennung 5035 die gültigen OPS 301 Prozeduren aus dem Anhang 2 des EBM dokumentiert wurden.

2. Abrechnung der Simultaneingriffe und Angabe der SNZ

Werden zwei operative Eingriffe mit unterschiedlicher Diagnose und separatem Zugangsweg vorgenommen, ist die Operation mit der höchsten Kategorie als Haupteingriff, die zweite Operation als Simultaneingriff mit der entsprechenden Zuschlagsziffer abzurechnen.

Im Falle der Abrechnung von Zuschlagsziffern für einen Simultaneingriff ist die gesamte SNZ in der Feldkennung 5037 hinter der Zuschlagsziffer zu dokumentieren.

3. Postoperative Behandlungskomplexe

Postoperative Behandlungskomplexe sind innerhalb von 21 Tagen nach Erbringung einer ambulanten Operation abzurechnen. Hinter dieser Komplexleistung ist in der Feldkennung 5034 das Operationsdatum mit anzugeben.

Diese Regelung gilt sowohl für den Operateur als auch für den auf Überweisung tätigen Vertragsarzt.

Detaillierte Informationen zum ambulanten Operieren finden Sie unter www.kvmv.de -> Abrechnungsgrundlagen.

Weitere Hinweise zur Abrechnung des 3. Quartals 2005, die sich aus der Abrechnungsprüfung des 2. Quartals 2005 ergeben:

Findet neben einer ambulanten Behandlung eines eigenen Patienten im Quartal gleichzeitig eine Behandlung im organisierten Notfalldienst statt, sind alle **Leistungen des organisierten Notfalldienstes immer auf Mustervordruck 19 (Abrechnungsschein ärztlicher Notfalldienst) bzw. für ADT-Ärzte mit der Scheinuntergruppe (SUG) 41 gesondert abzurechnen.**

Nur so ist gesichert, dass diese Leistungen außerhalb des RLV mit dem gültigen Punktwert für den organisierten Notfalldienst berücksichtigt werden.

Denken Sie bitte auch in diesen Fällen daran, dass ggf. die Praxisgebühr zu entrichten ist, wenn es sich um die erste Notfallbehandlung im Quartal handelt.

Wir stellen fest, dass Ärzte ihre eigene Dokumentation über die Behandlung in den Patientenakten mit der Leistungsziffer 01600 abrechnen. **kein Honorar für eigene Behandlungsdokumentation in der Praxis**

Hier liegt ein großer Irrtum vor, wenn Sie glauben, dass die eigene Dokumentation berechnungsfähig ist.

Denken Sie bitte daran, dass die Ziffer 01600 nur für den ärztlichen Bericht an einen anderen Leistungserbringer in Ansatz zu bringen ist.

Wir möchten Sie bitten, bei der Abrechnung der Ziffer 01602 zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die **Kopiegebühr eines Berichtes an den Hausarzt** handelt.

Kopiegebühr nach Ziffer 01602 nur unter Angabe des Hausarztes

Entsprechend der Anmerkung **zur Ziffer 01602 ist entweder der Name des Hausarztes oder seine Abrechnungsnummer anzugeben. ADT-Ärzte nutzen diesbezüglich die Feldkennung 5009.**

Kopien von Berichten an andere Fachärzte sind nur nach Ziffer 40144 aus dem Sachkostenkapitel abzurechnen. Ohne Angabe des Hausarztes werden wir ab dem 3. Quartal 2005 die Ziffer 01602 streichen.

Bereits nach altem EBM war es notwendig, dass neben Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom bei Männern der Buchstabe „M“ zu dokumentieren ist.

Krebsfrüherkennung bei männlichen Patienten mit einem „M“ kennzeichnen

Bitte denken Sie daran, dass auch **mit Einführung des neuen EBM die Ziffern 01734, 01740, 01741, 01742 und 01743 bei männlichen Patienten mit einem nachgestellten M zu kennzeichnen sind.**

Nach mehrmaliger Korrespondenz zwischen der KVMV und der KBV ist geklärt worden, dass eine **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung als Gespräch immer dann neben Früherkennungsuntersuchungen abgerechnet werden kann, wenn eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit stattgefunden hat.**

Beratungen neben Früherkennungsuntersuchungen berechnungsfähig

Die Streichungen der Beratungsleistungen im 2. Quartal 2005 neben Früherkennungsuntersuchungen, die wir Ihnen im Arztbrief angezeigt haben, sind nachträglich wieder aufgehoben worden.

Im Honorarabrechnungsbescheid werden entsprechende Leistungen somit korrekt ausgewiesen.

Im neuen EBM sind zahlreiche Leistungskomplexe sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich an bestimmte Voraussetzungen wie die ICD-10-Codierung geknüpft.

Ziffern 16230, 16231, 20230 und 21231 nur mit gültiger ICD-10-GM 2005

Nicht in jedem Fall ist eine abschließende Auflistung der Codiernummern erfolgt.

Bei den Ziffern 16230, 16231, 21230 und 21231 ist die Auflistung der Diagnosen, die nur eine Abrechnung der Leistungsziffern rechtfertigt, allerdings abschließend. Ab dem 3. Quartal 2005 werden wir sie ohne Angabe der notwendigen ICD-10-Codierung nicht mehr akzeptieren.

Also prüfen Sie vor Abgabe Ihre arzt-spezifischen Leistungskomplexe und vervollständigen Sie dementsprechend Ihre Abrechnungsunterlagen.

Im alten EBM war es sowohl dem **Nervenarzt, Neurologen, Psychiater und Arzt für Psychotherapeutische Medizin sowie psychologischen Psychotherapeuten und den ermächtigten Ärzten** nicht möglich, einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt mit der Konsultationsgebühr (alte Ziffer 2) abzurechnen.

Konsultationskomplexe für jeden weiteren Kontakt

Mit dem neuen EBM wurde für die o.g. Ärzte/Psychotherapeuten in den arzt-spezifischen Kapiteln der Konsultationskomplex aufgenommen. Verschenken Sie also nicht die entsprechende Leistungsziffer mit 50 Punkten, die **für jeden weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakt nun berechnungsfähig ist.**

Wir wurden von der KBV darüber in Kenntnis gesetzt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie in Bezug auf vorgesehene Kontingente für übende und suggestive Techniken beschlossen hat.

Im Abschnitt E in den Nummern 1.3.1 bis 1.3.3 wurde das Wort Behandlungsfall gestrichen und festgelegt, dass das **Autogene Training, die Jacobsonsche Relaxationstherapie und die Hypnose einzeln und in Gruppen bis zu 12 Sitzungen umfasst**. Die jeweiligen **Kontingente** von bis zu 12 Sitzungen **stellen damit einen Behandlungsumfang dar, in dem unabhängig vom Zeitrahmen in der Regel die Zielsetzung erreicht wird**. In Ausnahmefällen sind grundsätzlich auch weitere Sitzungen möglich. Sie bedürfen allerdings der Begründung. Wir bitten Sie, diese Richtlinienänderung ab sofort zu berücksichtigen. Gegebenfalls werden wir im Rahmen der Abrechnungsprüfung den erhöhten Ansatz der Leistungsziffern 35111 – 35120 hinterfragen.

Änderung der Psychotherapie-Richtlinie übende und suggestive Techniken

Wir möchten hiermit nochmals auf die gültigen Wegepauschalen verweisen. Da derzeit die zu ändernden Wegepauschalen im EBM noch vor dem Bundesschiedsamt anhängig sind, finden weiterhin die **Wegepauschalen mit alter Bewertung**, allerdings **nach den Ziffern 40220 – 40230**, Anwendung. Im Juni-Journal wurden die Regelungen zu den Wegepauschalen veröffentlicht. Die **Wegepauschalen nach den Ziffern 40190 und 40192 sind nur für den ersten Besuch nach ambulanter OP jenseits eines Radius von 10 km berechnungsfähig**. Bitte berücksichtigen Sie dies unbedingt. Die Korrekturen, die für das 2. Quartal 2005 durch die KVMV durch den teilweise falschen Ansatz notwendig geworden sind, waren umfangreich und sehr zeitaufwändig.

Abrechnung der Wegepauschalen nach den Ziffern 40220 – 40230

Mit der Einführung des neuen EBM sind auch die KV-spezifischen Abrechnungsnummern umgestellt worden.

Für den **medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige** ist die vereinbarte **Fallpauschale nach Ziffer 91906 A** (alte 196 A) in Ansatz zu bringen.

Eine Übersicht über die gültigen Abrechnungsmodalitäten bei Schwangerschaftsabbrüchen für Bedürftige wird Ihnen zum Abschluss der Bearbeitung des 2. Quartals 2005 aus unserem zuständigen Fachbereich übergeben.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch für Bedürftige mit Ziffer 91906 A

Mit Wirkung zum 01.07.2005 sind Leistungsziffern für die MRT-Angiographien in den EBM aufgenommen worden. Diesbezüglich sind alle Ärzte, die diese Leistungen erbringen, informiert worden. Auf Anfrage von mehreren Ärzten müssen wir auf folgende innovative Leistungen verweisen, über die der Bewertungsausschuss **keine** Einigkeit zur **Abrechnung als GKV-Leistungen** erzielen konnte:

MRT-Angiographien Kassenleistung

MRCP

Perfusion- und Diffusionsmessung mittels MRT

Perfusions-CT zur Schlaganfalldiagnostik

MR-Myelographie

MR-Spektroskopie

CT-Angiographie

Vorgenannte Leistungen stellen also keine Kassenleistung dar. Demzufolge sind keine Aufträge mittels Überweisungsschein zu veranlassen. Hier muss ausschließlich eine Privatliquidation nach GOÄ erfolgen.

Gehäuft müssen wir feststellen, dass **ADT-Ärzte** die auf **Überweisungsschein geforderten Aufträge und Verdachtsdiagnosen** nicht ordnungsgemäß in ihr Computersystem übernehmen. **Aufträge sind in der Feldkennung 4233 und Verdachtsdiagnosen unter der Feldkennung 4209 zu erfassen.** Auch wenn mit der Einführung des EBM der Dokumentations- und Erfassungsaufwand gestiegen ist, können wir nicht auf notwendige Angaben zur sachlich-rechnerischen Prüfung verzichten. Es ist hier unerlässlich, dass Sie für die Abrechnung per Computer die Daten ordnungsgemäß übernehmen.

Die KBV bittet uns, Ihnen mitzuteilen, dass sich die Bestimmungen der **Beihilfavorschrift zur Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten** im Zusammenhang mit der Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln **geändert** haben. **Arzneimittel werden nur noch nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet.**

Darüber hinaus werden **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nur dann bezuschusst, wenn Ausnahmetatbestände** nach Abschnitt F Nr. 16 (161 – 169) der Arzneimittelrichtlinie im konkreten Behandlungsfall **vorliegen und auf diese aus Erstattungsgründen hingewiesen wird.**

Dies gilt nicht für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Die Krankenkassen bitten uns, Ihnen mitzuteilen, dass die **Verordnung von Hilfsmitteln auf dem Mustervordruck 16 (Arzneiverordnungsblatt)** nur erfolgen kann, wenn diese im **Hilfsmittel-Verzeichnis** aufgeführt sind.

Nicht verordnungsfähige Hilfsmittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung in der Praxis zur Anwendung kommen, **sind mit den rechnungsbegründenden Unterlagen (z.B. Originalrechnung für suprapubische Harnblasenkatheter) mit der Abrechnung der ärztlichen Leistung und unter Angabe des €Betrages unter der Pseudo-Nr. 99014 abzurechnen.**

Die Abrechnung von Sachkosten für derartige Hilfsmittel über den Behandlungsschein kann als noch nicht zufriedenstellend bewertet werden. Bereits mehrmals sind Sie von uns auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hingewiesen worden. Daran hat auch die Einführung des neuen EBM nichts geändert. Um auch bei den Krankenkassen einen unnötigen Verwaltungs- und Prüfaufwand in den Geschäftsstellen zu vermeiden, berücksichtigen Sie die geltenden Verordnungs- und Abrechnungsregelungen.

Sollte ein Patient aus dem europäischen Ausland bei Ihnen behandelt werden, sind nach den neuen Regelungen im Rahmen des Auslandsabkommens (EG) ab dem 01.07.2004 die Mustervordrucke 80 und 81 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten + Erklärung) auszustellen und sofort an die aushelfende Krankenkasse zu schicken. Bitte achten Sie immer darauf, dass **im Mustervordruck 80 die unter 6 genannte persönliche Kennnummer des Patienten und die unter 7 genannte Kennnummer des Trägers dokumentiert sind.**

Nur in diesen Fällen akzeptieren die aushelfenden Krankenkassen die Abrechnung. Eine **beigefügte Kopie der Europäischen Krankenversichertenkarte oder der Ersatzbescheinigung als Anlage zum Muster 80 ist ebenfalls ausreichend.**

richtige Erfassung der Aufträge und Verdachtsdiagnosen für ADT-Ärzte

Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Bundesbahnbeamte nur in Ausnahmefällen

Regelungen bei der Verordnung von Hilfsmitteln auf Mustervordruck 16 achten

Dokumentation der Kennnummern auf Mustervordruck 80

Seit Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 im September 2003 war die Möglichkeit der Teilnahme eines fachärztlich tätigen Internisten, der keine Diabetologische Schwerpunktpraxis führt, ausgeschlossen.

**Teilnahme am
DMP-Diabetes Typ II
auch für fachärztliche
Internisten**

Jetzt erfolgte mit der **Änderung der Rechtsverordnung (12. RSA-ÄndV)** eine Neuerung in dem Sinne, dass nach deren in Kraft treten **am 01.09.2005** die **Teilnahme fachärztlicher Internisten als koordinierende Ärzte im Sinne des § 3 des DMP-Diabetes-Typ 2-Vertrages zulässig** ist.

Da nach Angabe der AOK Mecklenburg-Vorpommern deren VPS-Mitarbeiter in der Vergangenheit häufig durch fachärztlich tätige Internisten wegen deren Teilnahme angesprochen wurden, hat ab 9. September nunmehr gezielt die Ausstattung der in Frage kommenden Praxen mit den notwendigen Unterlagen begonnen.

Falls Sie als fachärztlich tätiger Internist Interesse an der Teilnahme am DMP Diabetes Typ 2 haben und keine Ausstattung erhielten, können Sie sich gerne an Frau Hahn, KVMV, Tel. 0385-7431 385 wenden.

Weitere Änderungen der Vorgaben für das DMP Diabetes Typ 2 betreffen z.B. die Empfehlungen vorrangig zu berücksichtigender Wirkstoffe. Eine Information der KBV mit den wichtigsten Änderungen für alle Ärzte, die am DMP Diabetes Typ 2 teilnehmen können (Allgemeinmediziner und Internisten), ist diesem Rundschreiben beigelegt. Den Text der 12. RSAV und eine Synopse mit den wichtigsten Änderungen können Sie unter www.kvmv.de / Aktuell einsehen und abrufen.

Auf der grünen Erklärung sind unter anderem Fallzahlen anzugeben, die nach Mitglied, Familienversicherte und Rentner differenziert sind. Diese Angabe ist notwendig für die weitere Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen und Sonstigen Kostenträgern, unabhängig, dass ein altersgewichteter Ordinationskomplex berücksichtigt wird.

**auf vollständige Angaben
in der grünen Erklärung
achten**

Wenn Sie noch manuell abrechnen, tragen Sie bitte weiterhin die Fallzahlen entsprechend dem Status nach M F R in die Tabelle ein. Für die **sonstigen Kostenträger** ist **eine Fallzahl** ausreichend.

Von ADT-Ärzten benötigen wir nur die Gesamtfallzahl, die mit dem Inhalt der Diskette sofort nach dem Einlesen überprüft wird. Differenzen können somit umgehend geklärt werden.

Auf der Rückseite der grünen Erklärung ist anzugeben, ob man während des Quartals vertreten worden ist. Hier bitten wir ebenfalls um die notwendigen Angaben. Gegebenenfalls ist ein formloses Beiblatt zu verwenden, wenn die vorgegebenen Beschriftungsfelder nicht ausreichen. Dass eine Vertretung in jedem Falle bei Urlaub, Krankheit oder Weiterbildung abgestimmt werden muss, ist selbstredend.

Mit Stempel und Unterschrift haben Sie die Angaben auf der grünen Erklärung zu bestätigen. Ca. 10 % der grünen Erklärungen müssen wir quartalsweise an die Ärzte zurückschicken, weil diese notwendigen Angaben fehlen. Bis zur Vorlage einer grünen Erklärung mit allen notwendigen Angaben kann Ihre Abrechnung als Diskette weder eingelesen noch per Belegerfassung verarbeitet werden. Hier muss also unbedingt mehr Sorgfalt sein.

Zum 01.10.2005 werden die neuen Heilfürsorgebestimmungen für Polizeivollzugsbeamte in unserem Land in Kraft gesetzt.

Diese Bestimmungen sehen eine angemessene Beteiligung der Polizeivollzugsbeamten an den Kosten der Heilfürsorge vor, so dass ab dem o.g. Zeitpunkt Zuzahlungen wie die Praxisgebühr, stationäre Behandlung, häusliche Krankenpflege, Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel, Fahrkosten und medizinische Rehabilitation (§§ 31 bis 33, 39 bis 41 und 60 SGB V) zu leisten sind.

Ausnahmen von der Verpflichtung zur Leistung von Zuzahlungen sind grundsätzlich nur bei Vorlage einer gültigen Zuzahlungsbefreiung gegeben.

Ebenfalls neu geregelt sind Leistungen der Dienstunfallfürsorge, die nicht mehr über den Kostenträger Polizei MV abgerechnet werden.

Für Dienstunfälle erfolgt die Abrechnung der ärztlichen Leistung nach der GOÄ unter Berücksichtigung eines Abschlages von 10 % gegenüber den Polizeivollzugsbeamten.

Im Zusammenhang mit der Änderung der Heilfürsorgebestimmungen werden in Abstimmung mit dem polizeiärztlichen Dienst die speziell entwickelten Überweisungsscheine ab dem 01.10.2005 nicht mehr verwendet. Notwendige Behandlungen aus dem polizeiärztlichen Dienst heraus werden mit dem Mustervordruck 6 (Überweisungsschein), die für die vertragsärztliche Versorgung Gültigkeit finden, veranlasst.

Die neuen Heilfürsorgebestimmungen für Polizeivollzugsbeamte führen dazu, dass auch **Feuerwehrbeamte in unserem Land ab 01.10.2005 Zuzahlungen wie gesetzlich Krankenversicherte zu leisten** haben.

Für Dienstunfälle gelten keine neuen Regelungen, da sie bereits in der Vergangenheit nach GOÄ gegenüber den Feuerwehrbeamten abgerechnet wurden.

Neufassung der Heilfürsorgebestimmungen für Polizeivollzugsbeamte in M/V ab 01.10.2005 Zuzahlungsregelungen wie gesetzliche KK

Feuerwehrbeamte in MV leisten Zuzahlungen ab 01.10.2005

Abschließend möchten wir Informationen zum DMP Diabetes Typ I aus der Abteilung Qualitätssicherung an Sie weitergeben:

Ab 01.08.2005 trat der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) "Diabetes mellitus Typ 1" in Kraft.

Der Vertrag wurde abgeschlossen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Mecklenburg Vorpommern und folgenden Kassen:

IKK Landesverband Nord, BKK-Landesverband NORD und VdAK/AEV (Ersatzkassen).

Als koordinierende DMP-Ärzte können sich "diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte" per Teilnahmeerklärung einschreiben. In Mecklenburg-Vorpommern betrifft dies im wesentlichen die regional vergleichsweise gut verteilten diabetologischen Schwerpunktpraxen. Parallel dazu werden die Krankenkassen neben dem ambulanten Versorgungssektor der koordinierenden DMP-Ärzte auch noch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen mit nachgewiesener Strukturqualität vertraglich in eine Mitbehandlungsebene einbinden.

Neben den DMPspezifischen Abrechnungspauschalen für Erst- und Folgedokumentationen sowie für Typ 1-Diabetikerschulungen konnten zusätzlich eine Betreuungspauschale sowie die auch im Typ 2-DMP enthaltene Augenarztspauschale vereinbart werden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass somit für die Typ-1-Diabetiker in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis die Möglichkeit der Einschreibung in das DMP besteht. Für Ihre Patienten wird diesbezüglich die Möglichkeit der diversen Bonus-Regelungen der Krankenkassen von Interesse sein.

Die Patienten sollten in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf quartalsweise oder halbjährlich in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis vorgestellt werden, wobei als Richtschnur gelten kann, dass eine halbjährliche Kontrolle ausreichend ist, wenn keine Begleit- oder Folgeerkrankungen vorliegen und Blutzucker und Blutdruck stabil eingestellt sind.

Wenn Sie als Hausarzt Typ 1-Diabetiker betreuen, die Sie künftig zur Mitbehandlung an eine Schwerpunktpraxis überweisen möchten, können Sie bei Bedarf nähere Informationen von der KV erhalten, indem Sie den Typ-1-Vertrag anfordern (Frau Hahn, Tel. 0385/7431 385).

Ihre Abrechnung des 3. Quartals 2005 geben Sie bitte bis zum **10.10.2005** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

04.10.2005 – 05.10.2005	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.10.2005 – 07.10.2005	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
08.10.2005	08.00 Uhr – 16.00 Uhr
10.10.2005	07.00 Uhr – 18.00 Uhr

Mit der Gewissheit, dass wir gemeinsam mit Ihnen die anstehenden Probleme in der Umsetzung mit dem neuen EBM meistern, wünsche ich Ihnen nach dem recht kühlen Sommer einen sonnigen Herbst.

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser