



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

13. Dezember 2005

R U N D S C H R E I B E N N R . 2 8 / 2 0 0 5

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 4. Quartal 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

begleitet von bundesweiten Diskussionen über die Sinnhaftigkeit des neuen EBM, der Honorarverteilung und über Honorargerechtigkeit stehen Sie nunmehr kurz vor Abschluss des 4. Quartals 2005. Nach Versand der Honorarunterlagen für das 2. Quartal 2005 hat es intensive Gespräche mit sehr vielen Ärzten gegeben. Enttäuschungen, aber auch Zufriedenheit – die Palette war vielschichtig. Was in den Gesprächen und durch Prüfung der Honorarunterlagen allgemein festgestellt werden musste ist, dass eine Vielzahl von Ihnen die Möglichkeiten der Abrechnung der von Ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen aus dem EBM nicht genutzt haben.

Trotz vieler beratender Gespräche im Vorfeld müssen wir Ihnen nochmals ans Herz legen, die Leistungen, die Sie täglich an Ihren Patienten erbringen, auch in Ansatz zu bringen. Es ist auch unter Berücksichtigung von Regelleistungsvolumen oder anderen Begrenzungsregelungen wie Plausibilitätszeiten um so wichtiger, den tatsächlichen ärztlichen Behandlungsaufwand abzurechnen. Nur so ist es möglich, im Rahmen von weiteren Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen Argumente zu finden, um notwendige Vertragsnachbesserungen in der Honorierung der Leistungen zu vereinbaren.

Nutzen Sie also die gut gemeinten Hinweise unserer Mitarbeiterinnen der Abrechnungsabteilung für die kommenden Quartale.

Darüber hinaus bitten wir Sie, die mit dem Deutschen Ärzteblatt und dem Journal der KVMV oder die im Abrechnungsrundschreiben gegebenen Informationen für die Abrechnung zu berücksichtigen. Nur so ist sichergestellt, dass die vielfältigen neuen Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf Bundesebene, die unmittelbar auch Auswirkungen auf den EBM und somit auch auf die Abrechnung von Gebührenpositionen haben, von Ihnen umgesetzt werden können.

Spezielle Abrechnungshinweise im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen nach Kapitel 31 haben wir für Sie als Anlage zu diesem Rundschreiben zusammengefasst.

Zur Abrechnung des 4. Quartals 2005 ergeben sich folgende Hinweise:

Aus gegebener Veranlassung möchten wir die Gynäkologen darauf hinweisen, dass die **Mutterschaftsvorsorge nach Ziffer 01770** für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe des Quartals **nur von einem Vertragsarzt** abgerechnet werden kann. Ist es dennoch **im Vertretungsfall oder in anderen Fällen** notwendig, dass ein weiterer Vertragsarzt mit einbezogen wird, **können nur die kurativen Leistungsziffern abgerechnet werden.**

Da die werdende Mutter in der Regel ihren Mutterpass zur Behandlung vorlegt, ist für den anderen behandelnden Arzt ersichtlich, wer die Betreuung übernommen hat, so dass eine Abrechnung der Ziffer 01770 ausscheidet.

Mit Einführung des neuen EBM ist auch für Nervenärzte, Neurologen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, für ermächtigte Ärzte sowie für Institutsfachambulanzen die Möglichkeit gegeben, weitere Arzt-Patienten-Kontakte mit dem arzt-spezifischen Konsultationskomplex abzurechnen.

Auch **Notfallambulanzen** müssen wir daran erinnern, dass die im Kapitel 2.1 aufgeführte **Ziffer 01218 für die Notfallbehandlung im Quartal bei jedem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt**, ggf. auch zwei- oder dreimal, **abrechenbar** ist. Da Sie für die Abrechnung Ihrer Leistungen selber verantwortlich sind, verschenken Sie also an dieser Stelle keine entsprechenden Abrechnungspunkte.

Allgemeine Hausärzte und Kinderärzte haben in ihrem arzt-spezifischen Kapitel den **Betreuungskomplex nach Ziffer 03210 bzw. 04210** abgebildet, der **immer dann unter Angabe einer ICD-10-Codierung** zur Abrechnung gelangen kann, **wenn ein Patient mit einer internistischen Grunderkrankung behandelt und betreut wird und darüber hinaus ein zweimaliger Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.** Dabei reicht ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt entsprechend der Änderung der Allgemeinen Bestimmungen 4.5 im EBM aus, der zweite Arzt-Patienten-Kontakt kann persönlich oder telefonisch oder über die Bezugsperson erfolgen. Allerdings zählt der Kontakt zum angestellten Mitarbeiter, der nach Ziffer 01430 berechnungsfähig ist, nicht als Arzt-Patienten-Kontakt.

Wenn es beim Kinderarzt eher selten zu einer Abrechnung der Ziffer 04210 kommen kann, stellt doch die Ziffer 03210 eine der Hauptleistung des Allgemeinen Hausarztes dar. Vergessen Sie also nicht, diese Komplexleistung zu dokumentieren.

Im Rahmen des Vertrages ambulantes Operieren mit der IKK MV werden nach Umstellung der KV-internen Abrechnungsnummern ab dem 2. Quartal 2005 **arthroskopische Gelenkeingriffe nach den Ziffern 92445B, 92447B und 92449B** vergütet.

In Absprache mit unserer Vertragsabteilung können die notwendigen **Sachkosten aus dem EBM nach den Ziffern 40750 – 40754** je nach Eingriffsart wie folgt berechnet werden.

Ziffer 92445B -> 40750

Ziffer 92447B -> 40750 bzw. 40752

Ziffer 92449B -> 40752 bzw. 40754

Mit dieser neuen Sachkostenregelung entfällt ab dem 4. Quartal 2005 die Abrechnung der Pseudo-Nr. 99014 und das Einreichen der entsprechenden originalen Rechnungen.

Im Vertretungsfall keine Mutterschaftsvorsorge nach Ziffer 01770

Ziffer 01218 für jeden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in Notfallambulanzen

Betreuung eines Patienten mit internistischer Grunderkrankung

Abrechnung von Sachkosten im Rahmen des Vertrages ambulantes Operieren IKK

Aufgrund von Bitten mehrerer Ärzte möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass **die am Ende eines Quartals ausgestellten Überweisungsscheine für einen Facharzt zur weiteren Behandlung auch im Folgequartal gültig** sind. In diesen Fällen hat der in Anspruch genommene Vertragsarzt die Pflicht, bei Patienten über 18 Jahre die Praxisgebühr einzuziehen und den Überweisungsschein mit der Pseudoziffer 80030 zu kennzeichnen. Bei Kindern entfällt dieses Prozedere.

Bitte schicken Sie die Patienten in diesen Fällen nicht zum Veranlasser zurück, nur um eine für das laufende Quartal ausgestellte Überweisung vorzulegen. Damit ersparen Sie sich, dem Patienten und dem Veranlasser einen enorm bürokratischen Aufwand. Aufgrund von nur sehr weitläufig zu vereinbarenden Terminen für spezielle Untersuchungen (z.B. Koloskopie, CT, MRT) ist eine andere Verfahrensweise als hier dargestellt gar nicht möglich.

Mit der Einführung der Praxisgebühr seit dem 01.01.2004 haben wir Sie fortlaufend über die Verfahrensweise informiert. Da wir im Rahmen von Honorarwidersprüchen immer wieder mit der fehlerhaften Kennzeichnung der Praxisgebühr konfrontiert werden, hier nun Hinweise im Zusammenhang mit der Abrechnung von Vorsorgeleistungen:

Erfolgt im Behandlungsfall ausschließlich eine Früherkennungsuntersuchung oder eine Impfung, kann entsprechend dem EBM in diesen Fällen zusätzlich der arzt spezifische Konsultationskomplex als sogenannter anderer Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Fallen keine weiteren ärztlichen Leistungen an, ist dieser Behandlungsfall mit der Pseudo-Nr. 80040 zu kennzeichnen und befreit damit den Versicherten von der Zahlung der Praxisgebühr. Werden dagegen noch Rezepte oder Überweisungsscheine ausgestellt, zieht das unweigerlich die Zahlung der Praxisgebühr nach sich. Die Dokumentation der Ziffer 80040 ist nicht gerechtfertigt. Sollte in Fällen, in denen ausschließlich eine Vorsorgeleistung mit arzt spezifischem Konsultationskomplex abgerechnet wird, keine 80040 dokumentiert sein, müssen wir davon ausgehen, dass die Praxisgebühr eingezogen wurde. Also, hier ist eine ordnungsgemäße Dokumentation Ihrerseits unerlässlich, sonst wird die Praxisgebühr durch die KV abgezogen, obwohl der Patient sie nicht entrichtet hat.

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass eine **Beratung, Erörterung und/oder Abklärung als Gespräch neben Früherkennungsuntersuchungen** berechnungsfähig ist. An dieser Stelle müssen wir klarstellend darauf hinweisen, dass die Berechnung der Gesprächsleistung **erst dann** gegeben ist, **wenn Sie über die Früherkennungsuntersuchung hinaus unter kurativem Aspekt weitere 10 Minuten ein Gespräch** mit dem Patienten führen.

Neben der IKK, BKK und den Ersatzkassen hat nun **ab 01.10.2005 die AOK MV für sich und federführend auch für die Bundesknappschaft den Vertrag** zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) „**Diabetes mellitus Typ I**“ mit der **KVMV geschlossen**. Detaillierte Ausführungen zum Vertrag wurden bereits im letzten September-Rundschreiben gegeben.

Für Nachfragen vom Hausarzt, der Diabetiker mit dieser Erkrankung betreut, oder von Diabetologischen Schwerpunktpraxen steht Ihnen zuständigshalber Frau Hahn aus der Abteilung Qualitätssicherung unter 0385 / 7431385 gerne zur Verfügung.

quartalsübergreifende Überweisungen bei gesetzlich Krankenversicherten akzeptieren

Kennzeichnung von Behandlungsscheinen mit Früherkennungsuntersuchungen oder Impfleistungen

Beratungen neben Früherkennungsuntersuchungen

DMP Typ I auch für die AOK und Seekrankenkasse

Der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern hat am 15.06.2005 gemeinsam mit der KVMV ein Projekt gestartet, wonach Ärzte für ihre Kollegen, die älter als 61 Jahre sind, in bestimmten Landesregionen den organisierten Notfalldienst übernehmen. Die **teilnehmenden Ärzte erhalten innerhalb der Dienstzeiten der Notdienstordnung eine Stundenpauschale von 20,00 € zuzüglich 20 % der tatsächlich abgerechneten Leistungen. Darüber hinaus werden Kosten wie z.B. Wegepauschalen vollständig vergütet.** Diese Förderung des Kassenärztlichen Notfalldienstes für ältere Kollegen läuft vorerst für ein Jahr vom 01.07.2005 – 30.06.2006. Für detaillierte Auskünfte steht Ihnen in Ihrem Zuständigkeitsbereich die Kreisstelle und in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Frau Lange in der Zulassungsabteilung gerne unter 0385 / 7431366 zur Verfügung. Für Ärzte, die bereits eine gesonderte Abrechnungsnummer zur Abrechnung ihrer ärztlichen Leistungen erhalten haben, legen wir diesem Rundschreiben ein gesondertes Informationsschreiben bei und bitten, die Hinweise zu berücksichtigen. Auch auf unserer Homepage stellen wir zusätzlich das Infoschreiben unter www.kvmv.de -> Abrechnung -> Rundschreiben zur Verfügung.

Abrechnung von organisierten Notfalldiensten für Z-ND-Ärzte

Wir möchten Sie auf Bitten des Polizeiarztlichen Dienstes darauf hinweisen, dass **mit der Änderung der Heilfürsorgebestimmungen ab 01.10.2005 alle erbrachten ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einem Dienstunfall des Polizisten stehen, ausschließlich nach GOÄ gegenüber dem Beamten zu liquidieren sind.**

Dienstunfälle der Polizeivollzugsbeamten in Mecklenburg-Vorpommern ab 01.10.2005 nach GOÄ

Diese **Neuregelung schließt selbstverständlich auch notwendige Verordnungen bei Dienstunfällen mit ein.** Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel sind **im Verordnungsblatt als Dienstunfall/Arbeitsunfall zu kennzeichnen unter Angabe „Privat“ in der Spalte Krankenkasse bzw. Kostenträger.**

Der Polizeivollzugsbeamte reicht anschließend seine Rechnungen zur Erstattung beim Landesbesoldungsamt ein.

Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses, die mit Wirkung ab 01.01.2006 greifen:

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 108. Sitzung den Beschluss gefasst, dass **neben dem Mitbesuch nach Ziffer 01413 dann die Ziffer 01102 berechnungsfähig ist, wenn die Inanspruchnahme am Samstag in der Zeit von 7.00 – 14.00 Uhr in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen und Alten- und/oder Pflegeheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.** Für den Mitbesuch in der Häuslichkeit gilt diese Regelung nicht.

Ziffer 01102 neben Mitbesuchen in Pflegeheimen nach Ziffer 01413

Durch die Änderung der Krebsrichtlinie ist im Rahmen der Krebsvorsorge bei Frauen das Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervixkanal mit Hilfe von Spatel und Bürste zu entnehmen. Für die daraus entstehenden Zusatzkosten durch die Bürstenabstriche im Bereich des Praxisbedarfs, wird die Bewertung der Leistung nach Ziffer 01730 von derzeit 370 Punkte auf 375 Punkte angehoben.

Anpassung der Bewertung der Leistungsziffer 01730

Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses hat in seiner 276. Sitzung den Beschluss gefasst, dass mit Wirkung **ab 1. Januar 2006 die Anästhesisten und Dermatologen für die Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im organisierten Notfalldienst die Ziffer 13220** berechnen können. Diese Regelung war notwendig, da die arzt-spezifischen Beratungsleistungen nach den Ziffern 05220 und 10220 an die Voraussetzung einer schmerztherapeutischen oder dermatologischen Indikation geknüpft sind.

Ziffer 13220 für Anästhesisten und Dermatologen im org. Notfalldienst

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit Wirkung ab 1. April 2005 eine ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM 2000plus) getroffen. **Die Antragsfrist für fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt, unter bestimmten Bedingungen unbefristet die Genehmigung zur Berechnung von schwerpunktspezifischen Leistungen zu erhalten, ist auf den 30.06.2006** abermals verlängert worden (unbeschadet der Allgemeinen Bestimmungen sowie der arztgruppenbezogenen Abrechnungsbestimmungen des neu gefassten EBM).

Antragstellung von Internisten, im Schwerpunkt tätig zu sein, bis 30.06.2006 verlängert

Die Krankenkassen haben allerdings deutlich gemacht, dass eine weitere Verlängerung über diesen Termin hinaus von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen nicht beabsichtigt ist.

Für die Beobachtung und Betreuung einer Patientin nach einem Schwangerschaftsabbruch ist für die Dauer von mehr als zwei Stunden die Leistung nach Ziffer 01910 berechnungsfähig. **In der Präambel des arzt-spezifischen Kapitels der Anästhesisten wurde die Ziffer 01910 in die fortlaufende Aufzählung der Gebührenpositionen mit aufgenommen**, so dass diese Ziffer bei Leistungserbringung berechnungsfähig ist. Haben mehrere Vertragsärzte an der Leistungserbringung mitgewirkt, ist allerdings nur ein Arzt berechtigt, die Betreuungsleistung abzurechnen. Die grüne Erklärung haben wir für notwendige Angaben diesbezüglich erweitert.

postoperative Betreuung nach Ziffer 01910

Allgemeine Hinweise mit Wirkung ab 01.01.2006:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns mitgeteilt, dass die Honorarvereinbarung der Anlage B zu den Verträgen zwischen der KBV und der Unfallkasse Post und Telekom sowie dem Bundeseisenbahnvermögen in der Gestalt weiterentwickelt wurde, dass der Faktor von zur Zeit 1,65 auf das 1,75fache angehoben wird. Ferner werden die im Abschnitt III unter den Nrn. 1 – 8 aufgeführten Gebühren für Berichte und Gutachten um ca. 6 % angehoben. Die Neuregelungen treten ab 01.01.2006 in Kraft und wurden im Deutschen Ärzteblatt Heft 48 vom 2. Dezember 2005 veröffentlicht.

neue Honorarvereinbarung für Dienstunfälle bei Post- und Bahnbeamten

Zur Optimierung des Verfahrens zur Früherfassung berufsbedingter Hauterkrankungen hat die Ständige Gebührenkommission als Ersatz für den bisherigen Vordruck F 6050 (Hautarztbericht) für die Erstvorstellung des Versicherten den Hautarztbericht entwickelt (Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention F6050NEU) und für weitere notwendige Vorstellungen den Hautarztbericht-Behandlungsverlauf (F6052) neu eingeführt. Diese neuen Berichte kommen ab 01.01.2006 zum Einsatz und sind wie bisher über die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften oder unter www.hvbg aus dem Internet zu beziehen.

neuer Beschluss über Hautarztverfahren im Rahmen des Vertrages mit den Unfallversicherungsträgern

Die Veröffentlichung der schriftlichen Beschlussfassung erfolgte im Deutschen Ärzteblatt Heft 44 vom 4. November 2005.

Bedingt durch die medizinische Entwicklung hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die gleichermaßen für die Leistungsdokumentation und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen verbindliche **ICD-10-GM 2006-Version aktualisiert und erweitert.** **Neue ICD-10-GM ab 01.01.2006**

Die neue Version wird durch das BMGS mit **Wirkung ab 01.01.2006** in Kraft gesetzt und löst die derzeit gültigen Versionen ICD-10-GM 2005 als alphabetisches und systematisches Verzeichnis ab.

Da diese Versionen den computerabrechnenden Praxen von der KBV über die Softwarefirmen zur Verfügung gestellt werden, erhalten, wie im vergangenen Jahr auch, nur **die niedergelassenen Ärzte, die noch manuell abrechnen, die Buchversion der ICD-10-GM 2006 als alphabetisches Verzeichnis des Deutschen Ärzteverlages.**

Es wurde von Seiten des Verlages zugesichert, dass die Unterlagen bis zum Jahresende an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeliefert werden und somit noch rechtzeitig in den Praxen sind.

Wir weisen abschließend noch darauf hin, dass für folgende Vordruckmuster eine Modifikation im Zusammenhang mit der 17. Änderungsvereinbarung der Vordruckvereinbarung erfolgen musste.

- Muster 20: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Muster 22: Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie
- Muster 41: Arztanfrage
- Muster 50: Anfrage zur Zuständigkeit einer anderen Krankenkasse
- Muster 51: Anfrage auf Zuständigkeit eines sonstigen Kostenträgers
- Muster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit
- Muster 53: Anfrage zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport
- Muster 57: Antrag auf Kostenübernahme für Funktionstraining
- Muster 58: Bescheinigung zur ärztlichen Folgeverordnung von Rehabilitationssport/ Rehabilitationstraining

Es wurde durch die Vertragspartner die Regelung getroffen, dass Sie die alten Formulare uneingeschränkt aufbrauchen können. Bei Neubestellung in der KVMV gehen Ihnen dann die überarbeiteten Vordruckmuster zu.

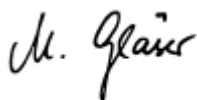
Ihre Abrechnung des 4. Quartals 2005 geben Sie bitte bis zum **10.01.2006** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

02.01.2006 – 05.01.2006	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.01.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
07.01.2006	08.00 Uhr – 16.00 Uhr
09.01.2006 – 10.01.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr

Das Jahr 2005 hatte es mit seinen vielfältigen Neuerungen bedingt durch die Umsetzung der Gesetzesvorgaben in sich. Für die gute Zusammenarbeit in der Zeit der Umstellung auf den neuen EBM sowie bei der Klärung vieler Abrechnungsfragen und Probleme möchte ich Ihnen danken.

Ich wünsche Ihnen ein frohes Fest im Kreise Ihrer Familie und Freunde. Schöpfen Sie Kraft für das kommende Jahr 2006!

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser

Besondere Hinweise, die im Zusammenhang mit der Erbringung von ambulanten Operationen zu berücksichtigen sind

1. Haupteingriff und Simultaneingriff

In der Präambel zum Anhang 2 des EBM ist ausgeführt, dass zusätzliche operative Eingriffe zum Haupteingriff einer Kategorie nur als Simultaneingriffe berechnet werden können. Das bedeutet grundsätzlich, dass neben einem Haupteingriff einer bestimmten Kategorie ein Simultaneingriff nur mit einer Zuschlagsposition entsprechend der Dauer des Eingriffs berechnet werden kann. Der zweimalige Ansatz eines Haupteingriffes nach den Kategorien 1 – 7 ist nicht möglich.

2. Richtige Angabe der OPS-Codierung mit Strich und Punktzeichen

Im Anhang 2 zum EBM sind die OPS-Codierungen aufsteigend aufgeführt. Es ist unbedingt notwendig, dass diese OPS-Codierungen zur Abrechnung einer Operationsleistung in der Feldkennung 5035 ordnungsgemäß übernommen werden (z.B. 5-491.12).

Eine unkorrekte Angabe führt dazu, dass die von Ihnen abgerechneten OPS-Codierungen nicht zur Operationsleistung aus dem EBM zugeordnet werden können.

Die Erfahrungen mit der Abrechnung des 2. und 3. Quartals 2005 zwingen uns dazu, an dieser Stelle nochmals eindeutig auf die Regelungen der ordnungsgemäßen Angaben hinzuweisen. Eine unkorrekte Abrechnung der OPS-Codierung zieht unweigerlich ohne sachlich-rechnerische Richtigstellung eine Streichung der Operationsleistung nach sich.

3. Angabe der Schnitt-Naht-Zeit

Um eine sachlich-rechnerische Abrechnungsprüfung vornehmen zu können, ist es notwendig, zur Abrechnung eines Simultaneingriffes neben einem Haupteingriff unter der Feldkennung 5037 die Schnitt-Naht-Zeit zu dokumentieren. Ggf. werden wir Sie auffordern, die Operationsberichte einzureichen, um die Angabe der Zuschläge für den Simultaneingriff zu prüfen.

4. Abrechnung der postoperativen Behandlungskomplexe bei belegärztlicher Operation

Entsprechend der Präambel 31.4 Abs. 2 ist festgelegt worden, dass in den Fällen, in denen eine Operation belegärztlich durchgeführt wurde, der postoperative Behandlungskomplex mit einem Abschlag von 45 % vergütet wird. Aufgrund dessen muss bei der ambulanten Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes durch den Belegarzt hinter der Gebührenziffer ein S als Kennzeichnung, dass eine belegärztliche Operation durchgeführt wurde, erfolgen.

Bei Überweisung des Patienten an einen anderen Vertragsarzt zur Erbringung des postoperativen Behandlungskomplexes ist eindeutig der Auftrag mit dem zusätzlichen Buchstaben S zu versehen. Nur so ist sichergestellt, dass die Abrechnung nach den Vorgaben im EBM unter Berücksichtigung eines Abschlages erfolgt.

5. Angabe des OP-Datums bei Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes auf Überweisung vom Operateur

Entsprechend der Präambel im Abschnitt 31.4 Abs. 3 des EBM sind innerhalb von 21 Tagen neben den postoperativen Behandlungen bestimmte Leistungen nicht berechnungsfähig. Demzufolge ist es notwendig, dass das OP-Datum in der entsprechenden Feldkennung 5034 korrekt dokumentiert wird.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung des 2. und 3. Quartals 2005 haben wir festgestellt, dass in den Abrechnungen diese Angaben des OP-Datums fehlen. In vielen Fällen haben wir Sie telefonisch und auch schriftlich auf die notwendigen Angaben hingewiesen.

Die Angabe des OP-Datums entfällt nur dann, wenn der Operateur selber die postoperativen Behandlungskomplexe zur Abrechnung bringt, ausgenommen, die Operation erfolgte im Vorquartal, so dass nicht auf diese zurückgegriffen werden kann.

6. Postoperative Behandlungskomplexe differenziert für Operateur und weiteren behandelnden Vertragsarzt

Entsprechend der Regelung im EBM Abschnitt 31.4 Abs. 4 ist nach einer Operation der postoperative Behandlungskomplex nur insgesamt einmal abrechnungsfähig, auch wenn an der Erbringung mehrere Ärzte mitgewirkt haben. Dementsprechend haben wir die „grüne Erklärung“ um diverse Ankreuzfelder auf der Rückseite erweitert.

Wir weisen eindeutig darauf hin, dass eine Berechnung durch den Operateur und zusätzlich durch den auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt unzulässig ist. Berücksichtigen Sie dringend diesen Hinweis und ersparen Sie sich unnötige Nachfragen und weitreichende Prüfungen.

Dieser Hinweis gilt auch für die Erbringung des postoperativen Überwachungskomplexes aus dem Abschnitt 31.3 sowie der Nachbetreuung nach dem Abschnitt 1.5 der Ziffer 01857, 01910 und 01911 aus dem EBM.

An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass für dieselbe Operationsleistung nach Kapitel 31.2 differenzierte postoperative Behandlungskomplexe für den Operateur oder für den auf Überweisung zur postoperativen Behandlung weiter behandelnden Vertragsarzt im EBM festgelegt wurden.

Betreut der Operateur selber den Patienten postoperativ nach einer Operation nach Ziffer 31101, kann er nur den dafür gültigen postoperativen Behandlungskomplex nach Ziffer 31602 abrechnen. Wird der Patient zur postoperativen Behandlung an einen anderen Vertragsarzt überwiesen, rechnet dieser die Ziffer 31601 ab.

7. Anlegen des Überweisungsscheines bei Abrechnung der postoperativen Behandlungen

Erhalten Sie für Ihre eigenen Patienten nach erfolgter Operation durch einen anderen Vertragsarzt eine Überweisung zur postoperativen Behandlung, ist es notwendig, diesen Überweisungsschein in Ihr Computersystem zusätzlich zum bereits angelegten Behandlungsfall zu erfassen. Auf diesem Überweisungsfall erfolgt ausschließlich nur die Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes sowie des Konsultationskomplexes und weitere Leistungen dieses Behandlungstages.

Alle weiteren Behandlungen an Folgetagen rechnen Sie bitte auf dem ambulanten Behandlungsfall ab.

Wird Ihnen ein Überweisungsschein zur postoperativen Behandlung aus dem Vorquartal vorgelegt (z.B. Ausstellung 28.12.2005), ist notwendigerweise dieser Überweisungsschein im System zu erfassen unter Angabe der Pseudo-Nr. 80030 unter Einziehen der Praxisgebühr von 10 €

Erfolgt darüber hinaus eine weitere Behandlung über die postoperative Betreuung hinaus, kann der Hausarzt oder Facharzt einen ambulanten Behandlungsfall anlegen unter Kennzeichnung des Behandlungsfalles mit der Pseudo-Nr. 80040.

Damit ist in diesen Ausnahmefällen gewährleistet, dass der Patient nicht nochmals die 10,00 € Praxisgebühr zahlt.

Um Ihnen und auch uns die Arbeit und den bürokratischen Aufwand in der Umsetzung des EBM, besonders bei der Abrechnung der ambulanten Operation, zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, die in den vorgenannten Punkten aufgeführten Hinweise umzusetzen.