



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,
psychologischen 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

19. September 2006

RUNDSCHREIBEN NR. 19 / 2006

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 3. Quartal 2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

wer derzeit von Ihnen die Diskussionen um die bevorstehende Gesundheitsreform verfolgt, stellt fest, dass vieles unausgegoren und eher bürokratischer wird, als im Vorfeld angedacht.

Unbeirrt von diesen zu erwartenden Neuregelungen, die nun nach Aussage der Politik wieder verschoben und vielleicht sogar nicht vor der nächsten Legislaturperiode eingeführt werden, haben Sie auf Basis der gültigen vertraglichen Regelungen des Sozialgesetzbuches, der Bundesmantelverträge, des EBM und der vielen zusätzlichen landesinternen Verträge Ihre Abrechnung der ärztlichen Leistungen entsprechend vorzunehmen.

Das ist aufgrund umfangreicher Änderungen des EBM teilweise mit großem Aufwand verbunden. Dennoch bitten wir Sie, die Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses zu verfolgen und umzusetzen.

Wir bemühen uns sehr, Ihnen die wichtigsten Informationen mit unseren Rundschreiben zu geben.

Zur Abrechnung des 3. Quartals 2006 berücksichtigen Sie folgende Hinweise:

Für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen sind nach dem **ärztlicher Brief nach EBM** die Leistungsziffern 01600 bzw. 01601 berechnungsfähig. **Ziffer 01601 nur bei** Während ein Kurzbericht über eine Patientenuntersuchung mit der **Erfüllung des Leistungs-** Ziffer 01600 abgerechnet werden kann, ist hingegen **der ärztliche Brief inhaltes berechnungsfähig nach Ziffer 01601 erst dann berechnungsfähig, wenn eine individuelle schriftliche Information zu:**

- **Anamnese,**
- **Befund(en),**
- **Epikritische Bewertung**
- **Therapieempfehlung**

für den Patienten erfolgt.

Unter Berücksichtigung des geforderten obligaten Leistungsinhalts ist es nicht gerechtfertigt, hierfür vorgefertigte Vordrucke mit Ankreuzfeldern zu verwenden. Darüber hinaus scheidet bei einem Zielauftrag die Abrechnung der Ziffer 01601 aus.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung mussten wir feststellen, dass die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Zeitabstände zwischen den Krebsfrüherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen nicht immer eingehalten werden.

Bitte berücksichtigen Sie, dass ein **Anspruch auf eine Krebsuntersuchung nach der Ziffer 01730 für die Frau ab dem Alter von 20 Jahren und nach der Ziffer 01731 für den Mann ab dem Alter von 45 Jahren einmal jährlich besteht. Für die Gesundheitsuntersuchung nach der Ziffer 01732 für die Frau und den Mann ab dem Alter von 35 Jahren besteht hingegen Anspruch nur jedes zweite Jahr.** Eine mehrmalige Abrechnung innerhalb der vorgeschriebenen Zeitabstände ist nicht nachvollziehbar und wird zukünftig unter Prüfung mehrerer Quartale ersatzlos gestrichen.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf verweisen, dass die Dokumentationsbögen zur Gesundheitsuntersuchung nach dem Muster 30 und zur Krebsfrüherkennung nach Muster 39 und 40 sowie das Dokumentationsblatt für das Hüftsonographiescreening im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U3 entsprechend den Richtlinien auszufüllen sind.

Da die Auswertung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen von Seiten der KBV ausschließlich über die abgerechneten Leistungspositionen erfolgt, ist das **Einreichen der Dokumentationsbögen bei der KV nicht mehr notwendig. Sowohl das Original (Teil a) als auch der Durchschlag (Teil b) verbleiben zukünftig in der Arztpraxis und sind 5 Jahre aufzubewahren.**

Zwischen der IKK Nord und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wurde im Rahmen einer Ergänzungsvereinbarung festgelegt, dass ab dem 3. Quartal 2006 **parallel zu einem DMP-Fall Diabetes Typ II quartalsweise die Komplexeleistung nach der Ziffer 03210 bzw. 13250 außerhalb des Regelleistungsvolumens mit einem festen Punktwert von 4,3 Cent vergütet wird. Um eine gesonderte Berücksichtigung bei der Bewertung zu gewährleisten, ist es notwendig, dass die vorgenannte Komplexeleistung von Ihnen mit einem D (03210D, 13250D) gekennzeichnet wird.**

Diese Regelung gilt ausschließlich für den koordinierenden Arzt, der als Hausarzt oder Facharzt neben seiner Einschreibung des jeweiligen Patienten und der darauf folgenden Erst- und Folgedokumentation gleichzeitig vorgenannte Ziffer 03210D bzw. 13250D aus seinem arzt spezifischen Kapitel abrechnen kann.

Für Fragen steht Ihnen als Ansprechpartner in der Abteilung Qualitätssicherung Frau Hahn unter der Tel.-Nr. 0385 /7431-385 gerne zur Verfügung.

Entsprechend den geschlossenen Verträgen kann ein Arzt in der Schwerpunktpraxis auch der koordinierende Vertragsarzt sein, der den Patienten einschreibt und die Erst- und Folgedokumentationen vornimmt. Eine entsprechende Qualitätssicherungspauschale wird 1 x jährlich bei ordnungsgemäßer Dokumentation berücksichtigt.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung stellen wir fest, dass **neben der Vergütung der Erst- und Folgedokumentation und Qualitätssicherungspauschale auch die Mitbehandlungspauschale nach der Ziffer 99307 (Diabetes Typ II mit und ohne Insulin) abgerechnet wird.**

Hier möchten wir die Ärzte in den Schwerpunktpraxen bitten, die vertraglichen Regelungen zu beachten, da eine Abrechnung der Ziffer 99307 in diesen Fällen **ausscheidet.**

Zeitabstände zwischen Früherkennungsuntersuchungen nach den Ziffern 01730, 01731 und 01732 einhalten

Dokumentationsbögen Muster 30, 39, 40 und Hüftscreening nicht mehr einreichen

DMP-Diabetes Typ II – für IKK und LKK MOD neue Ziffern 03210D bzw. 13250D für koordinierenden Arzt

sorgfältige Abrechnung von DMP-Patienten in Schwerpunktpraxen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns darüber informiert, dass der Vertrag zwischen der KBV und des Bundesministeriums der Verteidigung zum 1. Juli 2006 geändert wurde.

Vertragsärzte, die von Ärzten der Bundeswehr per Auftragsleistung gebeten werden, Untersuchungen und/oder Begutachtungen im Zusammenhang mit Leistungen nach § 1 Abs. 2 des Vertrages (z.B. Feststellung der Wehrdienstfähigkeit, Musterungs- oder Tauglichkeitsuntersuchung) durchzuführen, sind berechtigt, in diesen Fällen den fachspezifischen Ordinationskomplex abzurechnen.

Diese Anpassung war notwendig, da ausschließlich auftragnehmende Ärzte (z.B. Radiologen, Nuklearmediziner) in diesen Fällen den Konsiliarkomplex abrechnen können und somit den übrigen Haus- und Fachärzten in der Vergangenheit bessergestellt waren.

Wir möchten die operierenden Ärzte darüber informieren, dass **seit dem 1. Juli 2006 bei Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen neben der Angabe des OPS-Codes die Angabe der Seitenlokalisation (R = Rechts, L = Links, B = Beidseits) verpflichtend ist.**

Hierfür ist lt. KVDT-Satzbeschreibung für ADT-Ärzte die Feldkennung 5041 vorgesehen. Manuell abrechnende Ärzte dokumentieren hinter der OPS-Codierung den entsprechenden Buchstaben ohne Leerzeile.

Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu **einer erforderlichen stationären Behandlung** Rücksprache nehmen muss, sind nach der **Ziffer 80230** abzurechnen. Dabei ist bei einem Vergütungswert von 0,06 € je Telefoneinheit Ihrerseits ein Multiplikator entsprechend der tatsächlichen Telefoneinheiten zu berücksichtigen. Versäumen Sie bitte nicht, diesen Aufwand an Telefonkosten in Ansatz zu bringen. **Nicht berechnungsfähig sind Telefonkosten für Telefonate zwischen den Ärzten, mit Ämtern oder Krankenkassen.**

In Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) sind leistungsberechtigte **Asylbewerber nur auf originalem Behandlungsschein oder auf Überweisung mit Zustimmungsvermerk des zuständigen Sozialamtes zu behandeln.** Überweisungen an Gynäkologen und Kinderärzte sind von dieser Regelung ausgenommen und unterliegen nicht der Zustimmungspflicht des Sozialamtes. Ebenfalls ausgenommen von dieser Regelung sind Notfälle und Überweisungen zur Labordiagnostik sowie der konventionellen Röntgendiagnostik entsprechend Kapitel 34.2.1 – 34.2.8, soweit diese im Zusammenhang mit der Erkrankung der Primärinanspruchnahme stehen.

Vermeehrt erhalten wir Berichtigungsanträge von Sozialämtern, weil Untersuchungen der Gefäße, MRT- und CT-Untersuchungen aus den Abschnitten 34.2.9 bzw. 34.3 bis 34.6 des EBM ohne Zustimmung durch das Sozialamt durchgeführt und abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass für diese vorgenannten speziellen Untersuchungen entweder ein originaler Behandlungsschein oder der Überweisungsschein des primär in Anspruch genommenen Arztes mit Zustimmungsvermerk des zuständigen Sozialamtes vorgelegt werden muss.

Ordinationskomplex bei besonderen Auftragsleistungen der Bundeswehr berechnungsfähig

Angabe der Seitenlokalisation bei Eingriffen an paarigen Organen oder Körperteilen

Telefonate zur stationären Einweisung mit Ziffer 80230 abrechnen

MRT- und CT-Untersuchungen für Asylbewerber nur mit Zustimmung des Sozialamtes

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns die mit Wirkung ab 01.06.2006 gültige „Leistungsbeschreibung Physiotherapie“ als Anlage 1a zu den Rahmenempfehlungen nach § 125 SGB V zur Kenntnis gereicht. Bei dieser Leistungsbeschreibung handelt es sich um ein Regelwerk zur Erbringung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie. Es bietet dem zugelassenen Vertragsarzt einen Überblick über Inhalte der von ihm verordneten Leistungen. Wir stellen Ihnen diese Leistungsbeschreibung auf unserer Homepage unter www.kvmv.de zur Verfügung.

Rahmenempfehlung zur Leistungsbeschreibung Physiotherapie

Mit Wirkung **ab 01.07.2006 wurde zwischen den Primärkassen der AOK MV, dem BKK-LV Nord, IKK LV-Nord und LKK eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung abgeschlossen.**

ab 01.07.2006 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Primärkassen unter Ziffer 88895

Diese Vereinbarung dient in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. In Analogie zur Ersatzkassenregelung (Anlage 11 des Ersatzkassenvertrages) erfolgt **für die Behandlung die Abrechnung der Kostenpauschale nach Ziffer 88895.**

Aufgrund dieser vertraglichen Regelung können Patienten aller Krankenkassen in den Praxen, die über eine Sozialpsychiatriegenehmigung der KV verfügen, behandelt und die Ziffer 88895 ohne Antragsverfahren an die jeweilige Krankenkasse gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

Für diesbezügliche Fragen steht Ihnen in der Abt. Qualitätssicherung Frau Voglau unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-377 gerne zur Verfügung.

Aufgrund der Neuregelung zur Verordnung von FSME-Impfstoffen ab 01.08.2006 sind nunmehr **alle Impfstoffe für prophylaktische, Indikations- und Standardimpfungen der STIKO-Empfehlung lt. Impfvereinbarungen in MV als Sprechstundenbedarf gegenüber der AOK Mecklenburg-Vorpommern auf dem Vordruck Muster 16 unter Dokumentation der Nummern 8 und 9** zu beziehen. Zunehmend gehen Beschwerden der unterschiedlichen Krankenkassen bei uns ein, dass eine Verordnung von Impfstoffen immer wieder auf den Namen des Patienten zu Lasten der Krankenkasse erfolgt. Eine solche Regelung ist nicht in den Verträgen vereinbart, so dass wir Sie bitten, ausschließlich die Impfstoffe als Sprechstundenbedarf gegenüber der AOK MV zu verordnen.

Verordnung aller Impfstoffe aus dem Sprechstundenbedarf für Impfungen der GKV

Das Bundesamt für den Zivildienst bittet uns, Ihnen nochmals mitzuteilen, dass alle Schutzimpfungen der STIKO-Empfehlungen, auch über die Impfvereinbarung in MV hinaus, für Zivildienstleistende übernommen werden.

Bundesamt für Zivildienst übernimmt Reiseimpfungen für Zivildienstleistende

Die Abrechnung der jeweiligen Schutzimpfungen erfolgt nach den Ziffern 89001 – 89041 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Verordnung der Impfstoffe erfolgt:

- für prophylaktische, Indikations- und Standardimpfungen lt. Impfvereinbarungen in MV als Sprechstundenbedarf gegenüber der AOK Mecklenburg-Vorpommern,
- **für Berufs-, Reise- oder sonstige Wunschimpfungen ausschließlich zu Lasten des Zivildienstes auf dem Rezept unter Angabe des Kostenträgers „Bundesamt Zivildienst“ und den Namen des Zivildienstleistenden.** Diese Impfstoffe werden zwischen den Apotheken und dem Bundesamt für Zivildienst direkt abgerechnet.

Aus gegebener Veranlassung möchten wir Sie informieren, dass **alle notwendigen ärztlichen Behandlungen im Rahmen eines Dienstunfalls von Bundeswehrsoldaten, Zivildienstleistenden und Bundespolizeibeamten (ehemals Bundesgrenzschutz) nach den Leistungsziffern des EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung** abgerechnet werden müssen. Grundlage bilden die gültigen Verträge, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den entsprechenden Bundesministerien geschlossen hat.

Demgegenüber erfolgt die Abrechnung der Arbeitsunfälle für Patienten der Gesetzlichen Krankenkassen mit der jeweils zuständigen Berufsgenossenschaft auf Basis der UV-GOÄ.

Bei einem Dienstunfall eines Feuerwehr- oder Polizeivollzugsbeamten des Landes Mecklenburg-Vorpommern erfolgt die Privatliquidation nach der GOÄ direkt an den verunfallten Patienten.

Auch Ärzte, die ausschließlich nur im Rahmen des Kassenärztlichen Notdienstes tätig werden und eine diesbezügliche Ermächtigung erhalten haben, sind entsprechend der Abrechnungsrichtlinie in § 7 Abs. 2 verpflichtet, im Notfall zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen eine Diagnoseverschlüsselung nach der gültigen ICD-10-Codierung vorzunehmen, um Honoraransprüche gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung geltend zu machen.

Bei fehlender ICD-10-Codierung werden wir zukünftig die Notdienstscheine nicht mehr bearbeiten, sondern zur Ergänzung an diese Ärzte zurückschicken.

Mit Änderung der Heilfürsorgebestimmungen zum 01.10.2005 müssen Polizeivollzugsbeamte der Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern Zuzahlungen, u.a. die Praxisgebühr, wie gesetzlich Krankenversicherte leisten. Diese Regelung gilt für Polizeivollzugsbeamte nur in Mecklenburg-Vorpommern. Gleichlautende Regelungen gibt es noch für Polizeivollzugsbeamte in Sachsen-Anhalt.

Für Polizeivollzugsbeamte anderer Bundesländer sind keine Neuregelungen in den jeweiligen Heilfürsorgebestimmungen des Landes vereinbart worden, so dass hier die Zuzahlungsregelungen nicht greifen. In diesem Zusammenhang möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass auch die **Polizeivollzugsbeamten der Bundespolizei (ehemals Bundesgrenzschutz) gleich den Bundeswehrsoldaten und Zivildienstangestellten keine Zuzahlungen** zu leisten haben.

Für Patienten, bei denen ausschließlich Präventionsleistungen wie Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen oder Impfungen im Quartal durchgeführt werden, entfällt nach § 28 Abs. 4 SGB V die Zahlung der Praxisgebühr.

Nach nochmaliger Klärung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat die **alleinige Feststellung des Impfstatus eines Patienten im Quartal unter Vorlage des Impfpasses ohne Durchführung einer Impfung präventiven Charakter**, so dass mit der Abrechnung des Konsultationskomplexes die **Praxisgebühr nicht relevant** wird.

Mit dieser Regelung soll der Motivation, aufgrund von Aufforderungen durch Krankenkassen und Apotheken den Impfstatus prüfen zu lassen, nicht entgegengewirkt werden.

Denken Sie aber in diesen Fällen an die Angabe der **Pseudo-Ziffer 80040**, wenn nur ausschließlich präventive Leistungen erbracht und darüber hinaus im weiteren Quartal keine Überweisungen an andere Leistungserbringer oder Rezepte für den Patienten ausgegeben wurden.

Dienstunfälle für Bundeswehr, Zivildienst und Bundespolizei nach dem EBM

Angabe der ICD-10-Codierung auch in Notfällen unerlässlich

Praxisgebühr für Landespolizei M/V, nicht aber für Bundespolizei (Bundesgrenzschutz)

bei ausschließlicher Feststellung des Impfstatus im Quartal entfällt die Praxisgebühr

Im letzten Rundschreiben haben wir darüber informiert, dass bei Inanspruchnahme von sowohl ärztlicher als auch psychotherapeutischer Behandlung in einem Quartal durch denselben Versicherten derzeit nur einmal die Praxisgebühr von 10,00 € zu entrichten ist; je nach Erstinanspruchnahme entweder ambulant beim behandelnden Arzt oder beim psychologischen Psychotherapeuten. **Während der Arzt eine Überweisung für den psychologischen Psychotherapeuten ausstellen darf, ist dies umgekehrt dem psychologischen Psychotherapeuten nicht gestattet.** In diesen Fällen ist der Vertragsarzt verpflichtet, die **vom psychologischen Psychotherapeuten ausgestellte Quittung über die gezahlte Praxisgebühr unter Abrechnung der Pseudo-Ziffer 80033 anzuerkennen.** Diese Ausnahmeregelung ist in den bundesmantelvertraglichen Regelungen verankert und lässt nicht zu, dass zusätzlich zur Zahlung der Praxisgebühr beim psychologischen Psychotherapeuten im Quartal eine nochmalige Praxisgebühr vom Arzt erhoben wird.

Praxisgebühr für ambulante und psychotherapeutische Behandlung nur einmal

Bereits mehrmals haben wir in der Vergangenheit über die Neuregelungen im Rahmen des Auslandsabkommens (EG-Recht) informiert, so dass in den Praxen im Umgang mit der Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) oder der provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) und der notwendigen Ausstellung der Mustervordrucke 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten) und Mustervordruck 81 (Erklärung) kaum noch Probleme auftreten.

Behandlung im Rahmen des Auslandsabkommens für 7 Abkommensstaaten

Wir müssen allerdings unter Berücksichtigung des Auslandsabkommens auf die Besonderheit verweisen, dass über das EG-Recht hinaus für sieben weitere Staaten ein Anspruch nach dem Abkommensrecht besteht. **Das Abkommensrecht sieht vor, dass**

Personen aus

- | | |
|--------------------------|--------------|
| ? Bosnien-Herzegowina | ? Israel |
| ? Kroatien | ? Mazedonien |
| ? Serbien und Montenegro | ? Türkei |
| ?Tunesien | |

während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland auch **ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können. Allerdings müssen sich diese Personen** wie bereits in der Vergangenheit, an eine aushelfende Krankenkasse wenden und zur Behandlung **einen gültigen Krankenschein einer deutschen Krankenkasse vorlegen.**

In diesen Fällen sind die Mustervordrucke 80 und 81 nicht relevant.

Zur Abrechnung des 3. Quartals 2006 übergeben wir Ihnen eine überarbeitete Fassung der grünen Erklärung und bitten Sie, die notwendigen Angaben ordnungsgemäß vorzunehmen.

grüne Erklärung überarbeitet

Auf der Vorderseite wurde die Angabe der Teilnahme an Verträgen zur integrierten Versorgung aufgenommen, die nach Satzungsrecht der KVMV verpflichtend ist. Bitte informieren Sie sich anhand Ihrer Verträge, ob es sich um solche nach §§ 140 a ff SGB V handelt.

Für diesbezügliche Fragen steht Ihnen in der Abteilung Neue Versorgungsformen Herr Sträßler unter der Tel.-Nr. 0385 / 7431-211 zur Verfügung.

Auf der Rückseite haben wir die Angaben übersichtlicher gestaltet. Sollten Sie im Einzelfall während Ihres Urlaubes dennoch Patienten behandelt haben, teilen Sie uns das bitte gesondert mit Ihrer Abrechnung mit. Auf die Angabe in der grünen Erklärung haben wir verzichtet.

Wichtiger Hinweis zur Abrechnung von Impfungen ab 4. Quartal 2006

Wir möchten Sie darüber informieren, dass mit allen Krankenkassen auf Landesebene eine neue Abrechnungsziffer für die Masern-Mumps-Röteln-Varizellen Impfung ab dem 01.10.2006 festgelegt wurde. Für diese **Vierfachimpfung MMR-V** (Impfstoff Priorix-Tetra) ist die **Ziffer 89042 unter Angabe der ICD-10-Codierung Z27.8** auch für Primärkassen berechnungsfähig.

neuer MMR-V Impfstoff mit Ziffer 89042 berechnungsfähig Ziffer 89040 und 89041 auch für Primärkassen

Desweiteren haben die **Primärkassen** in Analogie zu den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der STIKO-Empfehlung ihre Zustimmung zur **Abrechnung der Hepatitis A/B nach Ziffer 89040 und Tetanus-Diphtherie-Pertussis (Td-ap) nach Ziffer 89041** ab dem 01.10.2006 erteilt. Damit entfällt zukünftig die Abrechnung dieser Impfungen nach den Ziffern 89002 bzw. 89003 als sonstige Zweifach- bzw. Dreifachimpfung.

Bitte beachten Sie darüber hinaus, dass die Abrechnung von Impfungen unter „Sonstige Einfach- bis Sechsfachimpfungen“ nur unter Angabe des Impfstoffes möglich ist **und** wenn es hierfür keine eigene Imp fziffer gibt.

Wichtige Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 115. Sitzung, die mit Wirkung ab 01.10.2006 greifen:

Die Veröffentlichung *aller* Beschlüsse der 115. Sitzung des Bewertungsausschusses erfolgte im Deutschen Ärzteblatt Heft 33 am 18. August 2006.

Wir weisen darauf hin, dass die Bekanntmachung unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung der Vertragspartner sowie der Nichtbeanstandung durch das BMG steht.

Die Leistungsziffern 01774, 01775, 33060 und 33063 sind auch berechnungsfähig, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit einer Frequenzspektrumanalyse verfügt. **Anmerkung zu den Ziffern 01774, 01775, 33060, 33063**

Die Leistungsziffer 04334 ist nur für Kinderärzte berechnungsfähig, die eine Genehmigung über die Leistungen aus dem Abschnitt 13.3.7 (pulmologische Leistungen) vorweisen können. **Ziffer 04334 nur mit Genehmigung**

Gemäß dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Indikationen für die Photodynamische Therapie nach Ziffer 06332 erweitert worden. **Photodynamische Therapie Ziffer 06332**

Für die Leistungsziffern 14313, 14314, 16230, 16231, 21230 und 21231 wurde im obligaten Leistungsinhalt der Bericht an den Hausarzt gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen gestrichen. Somit sind diese nach den Ziffern 01600 bzw. 01601 zusätzlich berechnungsfähig. **Streichung der Hausarztberichte in den Ziffern 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231 und Erweiterung der ICD-10-Codierung**

Darüber hinaus wurde bei vorgenannten Ziffern eine Erweiterung diverser ICD-10-Codierungen vorgenommen. Mit den Änderungen wurden gleichzeitig die Bewertungen sowie die Prüfzeiten nach Anlage 3 des EBM angepasst.

Für die Mitbetreuung eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung in der häuslichen und/oder familiären Umgebung wurde die Ziffer 21233 neu aufgenommen. Sie ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und unterliegt entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 der Berichtspflicht. **Neuaufnahme der Ziffer 21233**

Die Hypnose nach Ziffer 35120 ist erst dann berechnungsfähig, wenn diese mit Dauer von mindestens 15 Minuten durchgeführt wurde. **Behandlungsdauer für Hypnose Ziffer 35120**

Für die antragspflichtigen zeitgebundenen Psychotherapien nach den Ziffern 35200 – 35225 sind auf Grundlage der Psychotherapie-Richtlinie und § 11 Abs. 14 der Psychotherapie-Vereinbarungen die obligaten und fakultativen Leistungsinhalte neu angepasst worden. **Änderung der obligaten und fakultativen Inhalte bei Psychotherapien Ziffern 35200 – 35225**

Die wichtigsten Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 114. Sitzung, die mit Wirkung ab 01.10.2006 Gültigkeit finden, haben wir im August-Journal 2006 auf den Seiten 8 und 9 veröffentlicht.

Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass der Beschluss aus der 114. Sitzung in Bezug auf die Einschränkung der Berechnungsfähigkeit von Vollnarkosen im Zusammenhang mit zahnmedizinischen und mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen sowie endoskopischen Eingriffen für das 4. Quartal 2006 ausgesetzt und unter Berücksichtigung begründender Vorschläge zur notwendigen Indikationserweiterung neu überprüft wird. Damit gelten bis zur neuen Beschlussfassung die bisherigen Regelungen zur Berechnung von Vollnarkosen im Zusammenhang mit Leistungen außerhalb des Kapitels 31 fort, soweit die Vollnarkose zu Lasten der GKV medizinisch erforderlich ist. Die Anästhesisten in unserem Land sind bereits über diese Beschlussrücknahme mit Schreiben vom 06.09.2006 informiert worden.

Ihre Abrechnung des 3. Quartals 2006 geben Sie bitte bis zum **10.10.2006** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

02.10.2006	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
04.10.2006 – 05.10.2006	07.00 Uhr – 16.00 Uhr
06.10.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr
07.10.2006	08.00 Uhr – 16.00 Uhr
09.10.2006 – 10.10.2006	07.00 Uhr – 18.00 Uhr

Die Kassenärztliche Vereinigung führt unter dem Thema KV – eine runde Sache am Freitag dem 06.10.2006 ab 14.00 Uhr zum zweiten Mal einen „Tag der offenen Tür“ durch.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie bei Abgabe Ihrer Abrechnung mal vorbeischauen und die Möglichkeit eines persönlichen Gesprächs mit Mitarbeitern unseres Hauses nutzen.

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser