



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

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

Abrechnungsabteilung

Frau Gläser
--
Telefon: 0385.7431.299
Fax: 0385.7431.461
eMail: aschaarschmidt@kvmv.de
www.kvmv.de

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: GI/Schaa

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 15. September 2008

R U N D S C H R E I B E N N R . 1 3 / 2 0 0 8

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 3. Quartal 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 nach zähem Ringen zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene die Honorarreform 2009 gemäß den Vorgaben des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes beschlossen. Nun ist es amtlich, dass das vertragsärztliche Honorarvolumen auch in Mecklenburg-Vorpommern angehoben wird.

Ein wesentlicher Teil des Beschlusses ist, dass mit Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die Trennung der Vergütung in einen haus- und fachärztlichen Teil beibehalten wird.

Darüber hinaus werden z.B. innovative Leistungen, Leistungen der Prävention, belegärztliche Leistungen, ambulante Operationen, Leistungen der künstlichen Befruchtung, Leistungen der Strahlentherapie und die auf Landesebene zusätzlich geschlossenen Verträge weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berücksichtigt.

Besondere Leistungen wie Schmerztherapie, Akupunktur, Polysomnographie, MRT-Angiographie und die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie werden innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berücksichtigt, aber aufgewertet.

Neu ist, dass mit wenigen Ausnahmen nach festgelegten Arztgruppen für jeden Vertragsarzt ein Regelleistungsvolumen (RLV) in Euro ermittelt und praxisbezogen je Quartal zugewiesen wird.

Der erstmalige Orientierungspunkt wurde bundesweit für das Jahr 2009 in Höhe von 3,5058 Cent festgelegt. Die Vergütung der Ärzte erfolgt ab 1. Januar 2009 mit dem zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro EBM.

Die Vorgaben zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 sind in den umfangreichen Beschlüssen Teil A bis H des Erweiterten Bewertungsausschusses verankert. Derzeit laufen die Gespräche mit den Vertragspartnern auf Landesebene auf Hochtouren, um nach den gesetzlichen Vorgaben aus dem SGB V Gesamtverträge bis zum 15. November 2008 regional zu beschließen. Die Umsetzungsergebnisse und daraus folgende Neuregelungen zum regionalen Euro EBM werden Ihnen bis zum 30. November 2008 bekannt gegeben.

Über anstehende Änderungen von Gebührenordnungspositionen im EBM 2009 wird voraussichtlich erst der Erweiterte Bewertungsausschuss am 17. Oktober 2008 einen Beschluss fassen. Wir werden Sie in gewohnter Form umgehend über die detaillierten Ergebnisse informieren.

Neumühler Straße 22 | 19057 Schwerin
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Schwerin | Kto 0 003 053 393 | BLZ 120 906 40 | IK 200 201 957

Seite 1 von 8

RS_3_08

Zur Abrechnung der Leistungen aus dem 3. Quartal 2008 beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Im letzten Rundschreiben haben wir unter Erläuterung des Begriffes „soziale Gemeinschaft“ dargestellt, wann ein Besuch nach den Ziffern 01410 bis 01412 bzw. 01415 und wie im zeitlichen Zusammenhang ein Mitbesuch nach Ziffer 01413 abgerechnet wird. Im Zuge der Probleme in der Versorgung von Pflegeheimpatienten müssen wir unsere Darstellung insoweit revidieren, dass **bei Aufsuchen von mehreren Patienten in verschiedenen Gebäuden desselben Pflege- oder Altenheimkomplexes die Abrechnung des Erstbesuches in jedem weiteren Gebäude als Einzelbesuch gerechtfertigt ist.** Hier ist es allerdings notwendig, als Begründung für die Abrechnung des Einzelbesuches die Gebäude- oder Hausnummer bzw. die Hausbezeichnung zu vermerken.

Mit Einführung der **U7a nach Ziffer 01723 zum 1.7.2008 wurden entsprechend der Kinder-Richtlinie die Untersuchungsstufen der U3 und U8 und die Toleranzgrenze der U6 angepasst.** Aufgrund der Kurzfristigkeit der Veröffentlichung werden wir im 3. Quartal 2008 auch Untersuchungen der U3, U6 und U8 akzeptieren, die unter Berücksichtigung der alten Regelungen vorgenommen wurden. Wir verweisen an dieser Stelle auf die im Juli-Journal 2008 veröffentlichte Übersicht für die U2 bis U9.

Alle Hausärzte in Mecklenburg-Vorpommern haben mit Rundschreiben vom 2.7.2008 eine Mitteilung über die auf Bundesebene geschlossenen Verträge mit der BIG-Gesundheit zur Hausarztzentrierten Versorgung und zusätzlichen Kinderfrüherkennungsuntersuchungen erhalten. Zwischenzeitlich ist die U7a in den EBM aufgenommen worden und entsprechend der Verträge anstelle der Ziffer 81101 mit der Ziffer 01723P abzurechnen. **Die BIG-Gesundheit vergütet die Ziffer 01723P auf Basis von 5,11 Cent in Höhe von 40,37 Euro.**

Mit Wirkung zum 1.7.2008 ist das Hautkrebs-Screening in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen worden. Wir haben aufgrund der rückwirkenden Beschlüsse alle Ärzte, die das Screening durchführen können, über die inhaltlichen Regelungen informiert. Zwischenzeitlich sind viele Schulungen zum Erwerb der Genehmigung durchgeführt worden. Aufgrund der vielen Rückfragen von Ärzten bezüglich der Dokumentationsanforderungen gemäß Richtlinie weisen wir darauf hin, dass **bis zum 31.12.2008 die Befunddokumentation im üblichen Rahmen in der Arztpraxis erfolgt.** Ein Formular des G-BA zur Dokumentation gibt es nicht. Erst **ab 1.1.2009 erfolgt die Dokumentation ausschließlich in elektronischer Form.** Zur Datenerfassung ist eine von der KBV zertifizierte Software zu verwenden. Den Praxisverwaltungssystemen sind bereits die Up-dates von der KBV übermittelt worden, so dass entsprechende Module zeitgerecht in den Praxen zur Verfügung stehen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an unsere EDV-Abteilung, Herrn Groth, Tel.-Nr. 0385 7431.268.

Abrechnung von Mitbesuchen nach Ziffer 01413

Zeitraumen für Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern ab 1.7.2008 angepasst

Vertrag mit der BIG-Gesundheit neue Ziffer 01723P – U7a

Hautkrebs-Screening Ziffern 01745 und 01746 Befunddokumentation

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 163. Sitzung den Beschluss gefasst, unter den **Ziffern 01745 und 01746** eine Anmerkung aufzunehmen. Diese besagt, dass **die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen, mit Ausnahme der Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie, Bestandteil** der vorgenannten Leistungsziffern ist. Diese Anmerkung wurde rückwirkend zum 1.7.2008 wirksam und klärt die Frage der Privatliquidation für die visuelle Untersuchung.

Aktueller Hinweis:

Zu Anfragen bzgl. der **ICD-10-Codierung** für die Vornahme des **Hautkrebs-Screenings** ist zu sagen, dass derzeit die ICD-Klassifikation nur die **Z12.9** als mögliche Diagnose vorsieht.

Es ist davon auszugehen, dass in einer der nächsten Änderungen der ICD-10-GM diese neue Vorsorgeleistung berücksichtigt wird.

Die KBV hat uns darüber informiert, dass in Analogie zu den Vorsorgeleistungen zum Darmkrebs auch die Leistungen des Hautkrebs-Screenings nach Geschlecht zu kennzeichnen sind. Vorgesehen sind die **Ziffern 01745M und 01746M für das Hautkrebs-Screening des Mannes.**

Wir bitten Sie, für die Abrechnung bei männlichen Patienten zukünftig den Buchstaben M anzugeben.

Die Ziffern 02300 – 02302 sind unter anderem für die Versorgung einer primären Wunde berechnungsfähig.

Zunehmend stellen wir fest, dass vorrangig die Ziffern 02300 und 02301 je nach Alter des Patienten bis zu fünfmal im Quartal im Rahmen einer fortlaufenden Behandlung einer sekundär heilenden Wunde abgerechnet werden.

Hier liegt offensichtlich ein Irrtum vor, denn **sekundär heilende Wunden sind nach dem Leistungsinhalt nur mit der Komplexeleistung nach Ziffer 02310 oder ggf. für Chirurgen oder Orthopäden aus dem arzt spezifischen Kapitel bei mindestens fünf Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal berechnungsfähig.**

Bitte berücksichtigen Sie den kleinen Unterschied zwischen einer primären und sekundären Wunde und rechnen Sie korrekt ab.

Im letzten Rundschreiben haben wir Sie darüber informiert, dass nur bei den Indikationen

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

die Ziffern 30790 und 30791 berechnungsfähig sind und eine spezifische ICD-10-Codierung zu erfolgen hat.

Die Tiefenprüfung im 2. Quartal 2008 ergab, dass die Abrechnungen teilweise unzureichend codiert waren und umfangreiche Korrekturen nach Absprache mit Ihnen erfolgen mussten.

Speziell für die ICD-10-Codierung M54.- (Rückenschmerzen) ist es lt. Vorgaben notwendig, in vorgegebenen Kategorien eine fünfte Stelle zur Lokalisation zu definieren (z.B. M54.86 **Sonstige Rückenschmerzen-Lumbalbereich**). Erst durch die zusätzliche Angabe der Nr. 6 wird die Indikation für chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule definiert.

Hautkrebs-Screening nach Ziffern 01745 und 01746

Hautkrebs-Screening für den Mann nach Ziffer 01745M bzw. Ziffer 01746M

Ziffern 02300 – 02302 nur für primäre Wundversorgung

Akupunkturbehandlung Ziffern 30790/30791 nur unter Angabe der differenzierten Diagnose

Die **Akupunkturbehandlung beider Kniegelenke** rechtfertigt im **Krankheitsfall** die Abrechnung mit Begründung nur **bis zu 15-mal**. Erfolgt zusätzlich die **Akupunkturbehandlung der Lendenwirbelsäule**, ist im **Krankheitsfall die Ziffer 30791 ebenfalls mit Begründung bis zu 15-mal berechnungsfähig**. Endet die Akupunkturbehandlung der Lendenwirbelsäule z.B. im 3. Quartal 2008, ist nach Richtlinie und nach Krankheitsfallregelung im EBM frühestens nach 12 Monaten, also im 3. Quartal 2009, eine neue Behandlung in dieser Körperregion unter Abrechnung der Ziffer 30791 möglich. Bezüglich der **Ziffer 30790** weisen wir nochmals auf die **nur einmalige Abrechnung im Krankheitsfall** hin, auch wenn unter beiden o.g. Indikationen behandelt wurde.

In der Abrechnung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie nach den Ziffern 35200 bis 35225 stellen wir zunehmend fest, dass der Anerkennungsbescheid (Formblatt PTV 7) der entsprechenden Krankenkasse nicht beigelegt wird. Rücksprachen in den Praxen ergaben, dass diese teilweise von den zustimmenden Krankenkassen noch nicht vorliegen. **Die Durchführung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie setzt voraus, dass eine Antragstellung für den Patienten an seine Krankenkasse erfolgt ist. Die Abrechnung der Leistungen der genehmigten Psychotherapie ist erst dann gegeben, wenn ein Anerkennungsbescheid (Formblatt PTV 7) von der zuständigen Krankenkasse vorliegt.**

Gleiche Regelung gilt bei einem Kassenwechsel des Patienten. Wir bitten Sie, die Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie erst bei Vorlage des Anerkennungsbescheides (Formblatt PTV 7) einzureichen. Behandlungsfälle ohne einen entsprechenden Anerkennungsbescheid werden ab dem 3. Quartal 2008 nicht vergütet.

Versicherte der GEK-Gmünder Ersatzkasse, die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, zahlen keine Praxisgebühr. Durch die Rücknahme der Praxisgebührenbefreiung durch die Barmer EK zum 1.7.2008 kam es zu Irritationen. Danach wurden auch GEK-Versicherte, die am Hausarzt-Vertrag teilnehmen, oftmals zur Entrichtung der Praxisgebühr aufgefordert. Der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der GEK steht in keinem Zusammenhang mit dem BARMER-Hausarztvertrag, so dass die **Befreiung von der Praxisgebühr für GEK-Versicherte nach wie vor gültig ist.**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit der Knappschaft einen Gesamtvertrag geschlossen. Im Zuge der vertraglichen Regelung zum 1.1.2008 erfolgte eine **Fusion der Knappschaft unter Aufnahme der See-Krankenkasse**. Für den Rechtskreis Ost gilt die Kassennummer 99701, für den Rechtskreis West die Kassennummer 18701.

Neu ist die Vergütung von differenzierten Wegepauschalen, die im Vergleich zur Vereinbarung der Krankenkassen auf Landesebene unterschiedliche Entfernungen über 5 km hinaus regelt. Zuschläge zu den Wegepauschalen wurden nicht verhandelt.

Wir legen als Anlage 1 zu diesem Rundschreiben eine Übersicht der ab 1.7.2008 gültigen Wegepauschalen und Zuschläge bei.

Häufigkeit der Akupunktur nach Ziffer 30790/30791 beachten

antragspflichtige Psychotherapieleistungen Ziffern 35200 bis 35225 nur mit Anerkennungsbescheid der Krankenkasse

für GEK-Versicherte im Hausarzttarif keine Praxisgebühr

Neuer Vertrag mit der Knappschaft – bundesweit – bringt neue Wegepauschalen nach Ziffern 99270 – 99287

Mit Wirkung zum 1.7.2008 sind entsprechend Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie (SiR) die bundeseinheitlichen Impfcifern eingeführt worden.

Zwischenzeitlich erreichen uns zahlreiche Anrufe, dass nicht jede Impfung unter den neuen Ziffern darstellbar ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat uns mitgeteilt, dass die Gremien erst Anfang des nächsten Jahres neu beraten und mit einer Korrektur der Anlage 2 frühestens im laufenden Jahr 2009 zu rechnen ist. Demzufolge muss auf Landesebene geregelt werden.

Wichtig ist, dass Impflücken vermieden werden müssen, so dass Nachholungsimpfungen, unabhängig vom verabreichten Impfstoff, mit einer in der Übersicht aufgeführten Ziffer abzurechnen sind.

Nur in Fällen, in denen Mehrfachimpfungen von Patienten abgelehnt werden, sind mögliche Einfach- oder alternative Mehrfachimpfungen, wenn in Anlage 2 nicht aufgeführt, im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens gegenüber der zuständigen Krankenkasse durchzuführen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir diesen Zustand auf Landesebene derzeit nicht heilen können.

Mit Wirkung zum **1.8.2008** haben die **BIG-Gesundheit und die KVMV** einen Vertrag über die Durchführung von Impfungen über die SiR hinaus beschlossen.

Eine Kurzübersicht wurde mit dem Rundschreiben NR. 10/2008 zur Honorarabrechnung des 1. Quartals 2008 übergeben.

Neben Schutzimpfungen bei Auslandsreisen und HPV über 18 Jahre wird auch die Schutzimpfung für Kinder gegen Rotaviren gemäß der Zulassung der Impfstoffe übernommen.

Leider wurde in der Kurzübersicht der Hinweis für die Schutzimpfung gegen Rotaviren irrtümlich vergessen. Wir möchten an dieser Stelle auf diese wichtige Schutzimpfung für Kinder, die unter der Ziffer 89048F mit einer Vergütung von 7,00 Euro möglich ist, hinweisen.

Die Kurzübersicht wurde um Rotavirus ergänzt und steht auf unserer Homepage unter www.kvmv.de - Grundlagen der Abrechnung - Impfungen zur Verfügung.

Für Fragen steht Ihnen in unserer Vertragsabteilung Frau Kuhn unter 0385 7431.215 gerne zur Verfügung.

Seit dem 1.7.2008 wurden die neuen Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstätten- (BSNR/NBSNR) und die lebenslangen Arztnummern (LANR) bundesweit eingeführt.

Auch wenn es anfänglich Verwirrungen im Praxisalltag gab, sind doch die Anfangsprobleme in der Umsetzung behoben.

Anfragen gibt es allerdings immer noch bei **Überweisungsscheinen, die z.B. vom polizeiärztlichen Dienst, von Stabsärzten der Bundeswehr oder von Krankenhäusern im Rahmen der postoperativen Behandlung** ausgestellt werden, die keine Vertragsärzte sind und somit auch keine Betriebsstätten- und lebenslange Arztnummern erhalten haben.

In diesen Fällen ist es notwendig, dass Sie **bei Eingabe des Überweisungsscheines** entsprechend der KVDT-Satzbeschreibung die Feldkennung

4219 Überweisung ohne LANR/ohne BSNR

wählen. Die Erfassung einer Überweisung z.B. von der Bundeswehr ist dann ohne Probleme möglich.

neue SiR und deren Umsetzung

BIG-Gesundheit schließt Vertrag zur Abrechnung von Schutzimpfungen über die SiR hinaus

bei Überweisungen der Bundeswehr oder Polizei keine LANR/BSNR

Es kommt immer wieder vor, dass durch Unachtsamkeit des Truppenarztes ein Überweisungsschein für den Soldaten ausgestellt wird für Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind (z.B. IGEL). Eine Abrechnung dieser Leistungen wäre nur im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens gegenüber der Bundeswehr oder nach GOÄ gegenüber dem Soldaten möglich. Die KBV schlägt vor, **auf einen privatärztlichen Behandlungsvertrag mit dem Bundeswehrangehörigen zu verzichten.**

Im Gegenzug hat sie das Bundesministerium aufgefordert, gegenüber den Truppenärzten auf die vertraglichen Regelungen zum Überweisungsverfahren (§ 3 des Vertrages) und zur Erbringung von Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung hinzuweisen und dafür Sorge zu tragen, dass derartige Leistungen nicht auf dem Überweisungsschein für ambulante ärztliche Untersuchung/Behandlung (Vordruck SAN/BW/0217) erbeten werden.

Wir möchten 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.**

Vorrangig bitten uns die Kinderärzte darum, die Patienten in diesen Fällen nicht zurückzuschicken, nur um eine für das laufende Quartal ausgestellte Überweisung vorzulegen. Die Kinder zahlen keine Praxisgebühr, so dass die nochmalige Ausstellung einer Überweisung nur einen enormen bürokratischen Aufwand für die Patienten und den Veranlasser bedeutet.

Darüber hinaus ist bei weitläufig zu vereinbarenden Terminen für spezielle Untersuchungen (z.B. Koloskopie, CT, MRT) eine andere Verfahrensweise als hier dargestellt gar nicht möglich.

Da seit 1.7.2008 die eingeführte Angabe der LANR und BSNR umgesetzt ist, können Überweisungsscheine, die vom Veranlasser im Vorquartal unter Verwendung dieser Daten ausgestellt wurden, auch zukünftig für das aktuelle Quartal akzeptiert werden.

Vermehrt erhalten wir von Betriebskrankenkassen Berichtigungsanträge, weil für diverse Patienten keine Versicherungspflicht besteht. Die Prüfung ergab zum einen, dass ungültige Chipkarten zur Behandlung eingelesen wurden und zum anderen, dass die auf den Überweisungsscheinen angegebenen Kostenträger falsch übernommen wurden.

Wird eine Chipkarte mit abgelaufenem Gültigkeitsdatum vorgelegt, muss im Rahmen eines Ersatzverfahrens der Patient mit seiner Unterschrift bestätigen, dass er noch Mitglied dieser Krankenkasse ist. Damit haftet der Patient.

Da beim Einlesen der Chipkarte erkannt wird, ob eine gültige Kassenzugehörigkeit besteht, achten Sie bitte zukünftig darauf und informieren Sie Ihr Praxispersonal.

Darüber hinaus bitten wir, bei Vorlage einer Überweisung den angegebenen Namen der Krankenkasse korrekt ins System zu übernehmen.

Überweisungsaufträge der Bundeswehr bei offensichtlichen IGEL-Leistungen prüfen

quartalsübergreifende Überweisungsscheine bei gesetzlich Krankenversicherten akzeptieren

auf Gültigkeitsdatum der Chipkarte und auf korrekte Übernahme der Kostenträgerdaten vom Überweisungsschein achten

Die AOK MV hat dem Bezug von **FSME-Impfstoff über den Sprechstundenbedarf für weitere 12 Monate bis zum 31.8.2009** zugestimmt.

Bitte berücksichtigen Sie, dass die Indikation zur FSME-Immunsierung und Abrechnung der Ziffern 89102A, 89102B oder als Wiederholungsimpfung 89102R entsprechend der SiR ausschließlich auf bestimmte Risikogebiete innerhalb Deutschlands beschränkt ist.

Bezug von FSME-Impfstoff über Sprechstundenbedarf für weitere 12 Monate geregelt

Zur Abrechnung des 3. Quartals 2008 übergeben wir Ihnen eine überarbeitete Fassung der grünen Erklärung.

Neu ist, dass diese grüne Erklärung auf A4 für Sie persönlich erstellt und bereits Angaben zur Abrechnung nach Betriebsstätten und gegebenenfalls Nebenbetriebsstätten enthält. Da die Abgabe Ihrer Abrechnung für bestimmte Leistungsorte online, per Diskette/CD-ROM oder manuell erfolgen kann, ist es notwendig, eine **korrekte Angabe zur Abrechnungsform** vorzunehmen.

Neu ist die **zusätzliche Angabe zur Beschäftigung eines Assistenten oder eines angestellten Arztes.**

Bitte denken Sie daran, diese grüne Erklärung mit Datum, Stempel und Unterschrift zu versehen.

Neue grüne Erklärung zur Honorarabrechnung auf A4

Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 160. Sitzung zur Einführung der Direktabrechnung für Laborgemeinschaften mit Wirkung zum 1.10.2008:

Über den Beschluss des Bewertungsausschusses, die Direktabrechnung für Laborgemeinschaften ab 1.10.2008 einzuführen, haben wir im September-Journal 2008 berichtet. Für Anforderungen von Basislaborleistungen aus dem Kapitel 32.2 innerhalb einer Laborgemeinschaft muss ab 1. Oktober 2008 ausschließlich das neue Muster 10A verwendet werden. Die Überweisung von Laborleistungen des Kapitels 32.2 an den Laborarzt ist nach wie vor über das Muster 10 möglich.

Direktabrechnung der Laborgemeinschaften ab 1.10.2008

Mit Einführung der Direktabrechnung wird der Wirtschaftlichkeitsbonus für Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, hausärztliche Internisten von 40 **auf 48 Punkte** und für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin von 15 **auf 17 Punkte** erhöht.

Änderungen im Kapitel 32.2 Allgemeine Laboruntersuchungen ab 1.10.2008

Neuaufnahme: Quantitative Bestimmung **(nicht mittels trägergebundener Reagenzien)** von

- Ziffer 32025 – Glukosebestimmung = 1,60 Euro
- Ziffer 32026 – der Quickwert (TPZ) = 4,70 Euro
- Ziffer 32027 – das D-Dimere = 15,30 Euro,

die bei Erbringung in der eigenen Praxis berechnungsfähig sind.

Ob diese Leistungen ringversuchspflichtig sind, ist zur Zeit noch nicht geklärt.

Wenn die **Bestimmung der Glukose mittels trägergebundener Reagenzien in der eigenen Praxis erfolgt**, ist weiterhin die **Ziffer 32057 abrechnungsfähig**, es entfällt allerdings ab 1.10.2008 der Zuschlag nach der Ziffer 32089.

Hier ist bezüglich der Nichtgewährung des Zuschlages dringend Klärungsbedarf angezeigt.

Abrechnung von selbsterbrachten Laborleistungen in der Arztpraxis ab 1.10.2008

Mit diesem Rundschreiben übergeben wir Ihnen ein Formblatt zur aktuellen **Meldung Ihrer Mitgliedschaft in Laborgemeinschaften** und bitten Sie, diese umgehend an die KVMV zurückzusenden. Für Fragen steht Ihnen im Bereich der Qualitätssicherung Frau Seemann unter der Tel. Nr. 0385 7431.387 gerne zur Verfügung.

**Meldung der
Mitgliedschaft in
Laborgemeinschaften**

Ihre Abrechnung des 3. Quartals 2008 geben Sie bitte bis zum **10.10.2008** zu folgenden Zeiten bei uns ab:

01.10.2008 – 02.10.2008	7.00 bis 16.00 Uhr
04.10.2008	8.00 bis 16.00 Uhr
06.10.2008 – 07.10.2008	7.00 bis 16.00 Uhr
08.10.2008 – 10.10.2008	7.00 bis 18.00 Uhr

Ich hoffe sehr, dass mit der Umsetzung der neuen Honorarreform 2009 Ihre Hoffnungen auf mehr Gerechtigkeit im System der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser

Übersicht über gültige Wegepauschalen und Zuschläge in MV

alle Krankenkassen - ausgenommen Knappschaft - sowie Sonstige Kostenträger			
	GO-Nr.	Bezeichnung	Vergütung in €
WEGEPAUSCHALEN	40220	Besuche bis 2 km Radius bei Tag (08 – 20 Uhr)	4,20
	40222	Besuche von 2 km bis 5 km Radius bei Tag (08 – 20 Uhr)	8,20
	40224	Besuche von mehr als 5 km Radius bei Tag (08 – 20 Uhr)	12,00
	40226	Besuche bis 2 km Radius bei Nacht (20 – 08 Uhr)	8,20
	40228	Besuche von 2 km bis 5 km Radius bei Nacht (20 – 08 Uhr)	12,70
	40230	Besuche von mehr als 5 km Radius bei Nacht (20 – 08 Uhr)	17,20
	40190	nur nach ambulanter Operation für ersten Besuch jenseits 10 km bei Tag (08 – 20 Uhr)	13,90
	40192	nur nach ambulanter Operation für ersten Besuch jenseits 10 km bei Nacht (20 – 08 Uhr)	19,20
ZUSCHLÄGE	99136	Fahrzeit länger als 30 min bei Tag (08 – 20 Uhr)	10,23
	99139	Fahrzeit länger als 30 min bei Nacht (20 – 08 Uhr)	20,45
	99240	Entfernung weiter als 10 km Radius bei Tag (08 – 20 Uhr) – nur im organisierten Notdienst -	3,00
	99241	Entfernung weiter als 10 km Radius bei Nacht (20 – 08 Uhr) – nur im organisierten Notdienst -	3,45
	99242	Entfernung weiter als 10 km Radius bei Tag (08 – 20 Uhr)	3,00
	99243	Entfernung weiter als 10 km Radius bei Nacht (20 – 08 Uhr)	3,45

Bitte tragen Sie unabhängig von der Krankenkasse/Kostenträger die Wegepauschalen ein. Die KVMV setzt entsprechend der Verträge die höher honorierten Wegepauschalen in KV-interne Ziffern um.

Knappschaft						
WEGEPAUSCHALEN	Zone	Bezeichnung	Tag 8.00 – 20.00 Uhr GO-Nr.	Vergütung in €	Nacht 20.00 – 8.00 Uhr GO-Nr.	Vergütung in €
	1	Entfernung bis 2 km	99270	3,90	99271	9,40
	2	Entfernung 2 bis 5 km	99272	7,50	99273	13,00
	3	Entfernung 5 bis 10 km	99274	10,80	99275	16,30
	4	Entfernung 10 bis 15 km	99276	12,30	99277	17,80
	5	Entfernung 15 bis 20 km	99278	13,80	99279	19,30
	6	Entfernung 20 bis 25 km	99280	15,30	99281	20,80
	7	Entfernung 25 bis 30 km	99282	16,80	99283	22,30
	8	Entfernung 30 bis 35 km	99284	18,30	99285	23,80
	9	Entfernung ab 35 km	99286	19,80	99287	25,30

Antwort-Fax

Termin 01.10.2008

an die KVMV

Fax-Nr. 0385 – 7431/453

7	8							0	0
---	---	--	--	--	--	--	--	---	---

Betriebsstättennummer

Praxisstempel

Anzeige der Mitgliedschaft in einer Laborgemeinschaft

Hinweis:

Mit Wirkung vom 01.10.2008 wird die Direktabrechnung für Laborgemeinschaften eingeführt. Das bedeutet, dass Laborleistungen grundsätzlich nur noch von denjenigen Ärzten abgerechnet werden können, die selbst Laborleistungen in der eigenen Praxis/Labor erbringen.

Ich bin Mitglied in folgender/den Laborgemeinschaft/en:
(Muster 10 A Überweisungsschein Laborgemeinschaft)

.....

.....

.....

Ich beziehe die Basislaborleistungen des Kapitel 32.2. über einen Laborarzt.
(Muster 10 Überweisungsschein Labor)

Datum

Unterschrift Arzt