



**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

Ansprechpartner(in):
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. Juni 2010

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

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im 2. Quartal 2010

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Bewertungsausschuss hat in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 umfangreiche Änderungen zur Berechnung und zur Anpassung des Regelleistungsvolumens (RLV) mit Wirkung zum 1. Juli 2010 beschlossen. Mit diesen neuen Verteilungsregelungen soll das RLV stabilisiert werden.

Demzufolge werden zur Berechnung des RLV qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Eine weitere sehr wichtige Regelung ermöglicht den Vertragspartnern auf Landesebene, regionale Vereinbarungen zur Honorarverteilung zu treffen. Das bedeutet für die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern, dass es QZV für Leistungen gibt, die bereits in den Ihnen bekannten Fallwertzuschlägen (FWZ) berechnet wurden. Für bestimmte Leistungen, die in der Vergangenheit außerhalb des RLV mit dem Orientierungspunktwert vergütet wurden, wird es neue QZV geben, andere bleiben weiterhin freie Leistungen.

In jedem Falle wird der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung alles daran setzen, das bereits Erreichte in der Umsetzung der gerechten Honorarvergütung in den Fachbereichen, auch unter Einbindung der Berufsverbände, zu bewahren.

In den nächsten Tagen werden Sie die vorläufige Zuweisung des Regelleistungsvolumens für das 3. Quartal 2010 und wichtige Informationen zu den Neuregelungen in Mecklenburg-Vorpommern erhalten.

Über die weiteren inhaltlichen Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die der Bewertungsausschuss in mehreren Sitzungen zum 1. Juli 2010 beschlossen hatte, haben wir Sie bereits im Mai-Journal 2010 auf den Seiten 10 und 11 informiert. Zwischenzeitlich sind alle relevanten Änderungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht worden.

Aufgrund der vielfältigen Beschlüsse seit dem 1. Januar 2010 wird es zum Ende des Jahres eine Neuauflage des EBM mit Stand 1. Januar 2011 geben, der Ihnen voraussichtlich Mitte Dezember 2010 direkt vom Deutschen Ärzteverlag zugeschickt wird.

Neumühler Straße 22 | 19057 Schwerin
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Schwerin | Kto 0 003 053 393 | BLZ 300 606 01 | BIC DAAEEDDD | IBAN DE45 3006 0601 0003 0533 93 | IK 200 201 957

Seite 1 von 7

RS 2010_2.doc

Zur Abrechnung der Leistungen aus dem 2. Quartal 2010 beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Für bestimmte Vorsorgeleistungen im EBM ist in der Vergangenheit festgelegt worden, durch den zusätzlichen Buchstaben M hinter der Gebührenordnungsposition zu kennzeichnen, dass diese bei einem Mann erbracht worden ist. Das trifft für

- die Stuhluntersuchung nach GOP 01734
- die Beratung zum Kolonkarzinom nach GOP 01740
- die Vorsorgekoloskopie nach GOP 01741 sowie deren Zuschläge

zu, da nur so im Rahmen der bundesweiten Analysen durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) eine Differenzierung zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zwischen den Geschlechtern vorgenommen werden kann.

Häufige Anfragen wegen des bürokratischen Aufwandes haben jetzt dazu geführt, die Abrechnung für Sie zu erleichtern.

Mit Unterstützung Ihrer Praxissoftware wird die Angabe des Geschlechts des Patienten hinterlegt und mit der Abrechnung an die KVMV übermittelt.

Dieses Datenfeld können wir nunmehr nutzen, um automatisch über unser Regelwerk den Buchstaben M hinter die Vorsorgeleistung zu stellen.

Unter korrekter Angabe des Geschlechts des Patienten in Ihrer Abrechnung sind wir gerne bereit, auf die zusätzliche Dokumentation des Buchstabens zu verzichten.

Unter der Fragestellung, ob ein sogenannter Geisha-Schuh als Gipsverband den Leistungsinhalt der GOP 02350 erfüllt, kann dies nach Klärung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eindeutig bejaht werden.

Der Geisha-Schuh ist ein sehr aufwendiger Gipsverband, der in der Regel nur das untere Sprunggelenk umfasst. Das untere Sprunggelenk ist wie auch das obere Sprunggelenk ein Teil des Fußgelenkes, das insgesamt aber als ein großes Gelenk anzusehen ist.

Demzufolge handelt es sich bei dem **Geisha-Schuh** um einen **fixierenden Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien, der nach GOP 02350 berechnet werden kann.**

Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ist nach den Allgemeinen Bestimmungen im EBM einmal im Behandlungs- oder Arztfall berechnungsfähig. Dabei wird der **Behandlungsfall/Arztfall klar definiert als: Quartal, Patient, Krankenkasse, Praxis/Arzt.**

Aufgrund der Erhebung von Zusatzbeiträgen durch einige Krankenkassen wechseln vermehrt die Patienten die Krankenkasse. **Erfolgt dieser Kassenwechsel im laufenden Quartal, wird hier ein neuer Behandlungsfall/Arztfall generiert, der den nochmaligen Ansatz der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale rechtfertigt.**

Hinweis:

Die Praxisgebühr wird bei Wechsel der Krankenkasse nicht erneut fällig, so dass hier unbedingt die Pseudonummer 80040 auf dem Behandlungsfall der neuen Krankenkasse zu dokumentieren ist. Eine Kennzeichnung entfällt selbstverständlich bei einem zweiten Überweisungsschein.

Angabe des Geschlechts bei der Abrechnung von bestimmten Vorsorgeleistungen

Geisha-Schuh als besonderer Gipsverband nach GOP 02350 berechnungsfähig

Versicherten- oder Grundpauschale bei Wechsel der Krankenkasse im Quartal nochmals berechnungsfähig

Mit dem 1. Januar 2004 wurde die Zahlung einer Praxisgebühr in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt.

Auch wenn sich in den letzten zwei Jahren keine wesentlichen Änderungen in der Umsetzung ergeben haben, gibt es dennoch zunehmend in der sachlich-rechnerischen Abrechnungsprüfung und in der Widerspruchsbearbeitung nach Erhalt der Honorarabrechnungsbescheide Klärungsbedarf, da gerade die Befreiungsnummern nicht korrekt dokumentiert wurden.

Das gilt z.B. bei **der GOP 80032, die nur bei Vorlage einer Zuzahlungsbefreiung, oder der GOP 80033, die nur bei besonderen Ausnahmetatbeständen** in Ansatz zu bringen ist.

Krankenkassen wenden sich im Rahmen von sachlich-rechnerischen Berichtigungsanträgen an uns, da offensichtlich ungerechtfertigterweise Quittungen über die gezahlte Praxisgebühr akzeptiert und keine Praxisgebühr erhoben wurde. Teilweise müssen wir den Anträgen der Krankenkassen stattgeben, da die im Bundesmantelvertrag geltenden Regelungen beim Einzug der Praxisgebühr nicht eingehalten wurden.

Mit diesem Rundschreiben übergeben wir Ihnen nochmals eine Übersicht der Pseudonummern zur Kennzeichnung der Praxisgebühr.

Die Befreiungsnummern 80032, 80033, 80034 und 80040 können nur dann gesetzt werden, wenn eine Praxisgebühr entsprechend der Aufzählung nicht erhoben wird.

Die Verwendung von Befreiungsnummern bei Behandlung von Verwandten, Bekannten oder angestelltem Personal ist nicht zulässig.

Die KKH-Allianz hat aufgrund einer Satzungsänderung die Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen zum 30. Juni 2010 gekündigt.

Ab dem 1. Juli 2010 können demzufolge Schutzimpfungen für Auslandsreisen KKH-Allianz-Versicherter nach den GOP 89011F, 89020F bis 89040F, 89044F bis 89047F nicht mehr über die Versichertenkarte abgerechnet werden.

Die KKH-Allianz hat sich aber bereit erklärt, Schutzimpfungen für Auslandsreisen, die vor dem 30.06.2010 begonnen wurden, bis zur Vervollständigung der Impfserie zu übernehmen.

Eine aktuelle Übersicht über die KV-internen Abrechnungsnummern für Schutzimpfungen finden Sie auf unserer Homepage unter www.kvmv.de → KVMV-spezifische Informationen.

Mit dem letzten Rundschreiben hatten wir Sie ausführlich darüber informiert, wie die Abrechnung der Einmal-Abdecksets zusätzlich zum operativen Eingriff auf dem Behandlungsschein des jeweiligen Patienten unter der GOP 99014 zu erfolgen hat.

An dieser Stelle weisen wir ausdrücklich auf einen neuen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 222. Sitzung vom 30. April 2010 hin, dass **mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 Einmal-Abdecksets nicht mehr gesondert berechnet werden können.**

Mit Anpassung der Allgemeinen Bestimmungen 7.1 des EBM wurden die **Einmal-Abdecksets** in die Aufzählung im dritten Spiegelstrich aufgenommen und gelten somit **als in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten.**

Aufgrund der rechtzeitigen Kenntnis zum neuen Beschluss sollte es Ihnen möglich sein, mit den Produktherstellern neue Absprachen bezüglich der Inhalte der Einmal-Abdecksets zu treffen.

**Praxisgebühr und eine ordnungsgemäße Dokumentation der Befreiungsnummern
GOP 80032
GOP 80033
GOP 80034
GOP 80040**

KKH-Allianz kündigt Vereinbarung über Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen

Einmal-Abdecksets unter GOP 99014 nur noch bis zum 3. Quartal 2010 berechnungsfähig

Wir möchten an dieser Stelle darüber informieren, dass **zum 1. April 2010 im Rahmen eines Strukturvertrages nach § 73 a SGB V mit der AOK MV und der IKK-Nord eine Vereinbarung zur ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen Sucht geschlossen** wurde. Die aus dem alten Modellvorhaben bekannten **Gebührenordnungspositionen 99051 und 99052 sowie zusätzlich die GOP 99052T** (Therapieverlängerung) sind weiterführend berechnungsfähig.

Alle Suchtpraxen in Mecklenburg-Vorpommern wurden zwischenzeitlich vom Geschäftsbereich Qualitätssicherung über den neuen Vertragsrahmen informiert. Betroffene Patienten können somit in diesen Schwerpunktpraxen Sucht wieder betreut bzw. dorthin überwiesen werden.

Mit Wirkung **zum 1. April 2010 haben die KVMV und die IKK-Nord einen Vertrag über die ambulante Hautkrebs-Vorsorge für Versicherte vor Vollendung des 35. Lebensjahres abgeschlossen.**

Dieser neue Vorsorgevertrag entsprechend § 73 c SGB V umfasst:

- die Beratung und Information zum Versorgungsangebot
- die Anamnese
- eine körperliche Gesamthautuntersuchung, einschließlich Auflichtmikroskopie, soweit medizinisch indiziert
- die erstmalige Hauttypbestimmung und
- die Befundmitteilung sowie die vollständige Dokumentation

und **kann ausschließlich von Dermatologen mit anerkannter Fortbildung für das Hautkrebscreening** durchgeführt und abgerechnet werden.

Versicherte der IKK-Nord haben vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre Anspruch auf die Hautkrebsvorsorge, die nach GOP 99070 in Höhe von 25,00 € vergütet wird.

Bei der Inanspruchnahme ist der Versicherte, soweit er nur ausschließlich zur Vorsorgeuntersuchung vorstellig wird und keinen gültigen Überweisungsschein vorlegt, von der Praxisgebühr befreit.

Hinweis:

Die zusätzlichen Hautvorsorgeverträge der verschiedenen Krankenkassen, teilweise mit unterschiedlicher Altersbeschränkung, können auf unserer Homepage unter www.kvmv.de → Recht und Verträge → Verträge und Vereinbarungen der KVMV eingesehen werden.

Wir haben Sie im letzten Rundschreiben darüber informiert, dass auf Bundesebene Verträge geschlossen worden sind, die eine papierlose Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern der Bundeswehr, der Bundespolizei und dem Zivildienst regelt.

Neben der Angabe der Kostenträgernummer, des Institutionskennzeichens und des Gültigkeitszeitraumes ist **zwingend die Personenkennziffer des anspruchsberechtigten Bundeswehrsoldaten, Zivildienstleistenden oder Bundespolizeibeamten (Feldkennung 4124) in Ihr Praxisverwaltungssystem zu übernehmen.**

Nur so ist es dem zuständigen Kostenträger möglich, eine genaue Zuordnung des Anspruchsberechtigten auch ohne Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines vorzunehmen.

**Modellvertrag SUCHT
ab 1. April 2010 in
Strukturverträge
überführt**

**Vertrag Hautkrebs-
Vorsorge für IKK Nord
ab 1. April 2010 vom
vollendeten 16. bis 35.
Lebensjahr an**

**Übernahme der
Personenkennziffer für
Bundeswehrsoldaten,
Bundespolizeibeamte,
Zivildienstleistende**

Mit Wirkung zum 1. Februar 2010 ist das Gendiagnostikgesetz – GenDG in Kraft getreten.

Die für die Umsetzung in der Patientenversorgung wichtigen Regelungen zur genetischen Beratung (§ 7 Abs. 3) treten aber erst zum 1. Februar 2012 in Kraft.

Notwendige Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission werden somit erst zu einem späteren Zeitpunkt beschlossen.

Vor diesem Hintergrund haben die **Vertragspartner auf Bundesebene eine gemeinsame Feststellung** in der Form getroffen, dass **derzeit keine über den bisherigen Umfang hinausgehenden Leistungen im Zusammenhang mit der Einwilligung, Aufklärung und genetischen Beratung verlangt, veranlasst, erbracht und vergütet werden.**

Darüber hinaus sind im EBM durch die Vertragspartner auf Bundesebene keine Leistungsbereiche geschaffen worden, um dieses Spektrum abzubilden.

Den D- und H-Ärzten teilen wir mit, dass sich **ab 1. Mai 2010 das Leistungs- und Gebührenverzeichnis zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (UV/GOÄ) in einigen Punkten geändert** hat. Das betrifft im Besonderen

- die Berichtsgebühr nach Nr. 131,
- Zuschläge für die DKG-reihenorientierten Testreihen nach Nr. 380, 381 und 382,
- die Testung mit körpereigenen Substanzen nach Nr. 379,
- die Neuaufnahme der Leitungswasser-Iontophorese nach der Nr. 552 A und
- die zusätzliche Abrechnung der Nr. 567 bei einer lokalen Photochemotherapie.

Die vollständigen Änderungen wurden im Deutschen Ärzteblatt, Heft 17, vom 30. April 2010 veröffentlicht.

Die KBV hat aufbauend auf die Festlegung, dass primär mindestens die vierstelligen endständigen (terminalen) Schlüsselnummern der ICD-10-GM zu verwenden sind, das KBV-Prüfmodul angepasst. **Bezug nehmend auf die aktuelle Abrechnung des 2. Quartals 2010 muss darauf hingewiesen werden, dass mit Ausnahme von ca. 250 dreistelligen ICD-Codes ohne Punkt/Strich (-) wie z.B. F03 oder N40 nur noch vier- oder fünfstelligen Verschlüsselungen akzeptiert werden können.**

Für die Abrechnung ist immer die aktuelle Behandlungsdiagnose von Bedeutung, nicht die Dauerdiagnose. Nur wenn eine Erkrankung einen diagnostischen oder therapeutischen Aufwand hatte, darf sie kodiert werden. Darüber hinaus sind bei bestimmten Erkrankungen zusätzliche optionale Schlüsselnummern (!, *) zu verwenden, um die Behandlungsdiagnosen zu spezifizieren.

Bereits heute wird darauf verwiesen, dass die Ambulante Kodierrichtlinie (AKR) nach Praxistest in Bayern erst zum 1. Januar 2011 flächendeckend eingeführt wird. Die KVMV wird dazu noch gesondert informieren. Der entstehende Mehraufwand soll hierbei weitgehend durch eine Softwareunterstützung eingegrenzt werden.

Die Ambulante Kodierrichtlinie in der Version 2010 ist noch nicht verbindlich, steht aber als Word- und PDF-Dokument zum Download unter www.kbv.de/kodieren zur Verfügung.

Änderung des Gendiagnostikgesetzes ab 1. Februar 2010 ohne Konsequenz im Rahmen der Beratung

Änderung der Leistungen und Gebühren für Unfallversicherungsträger ab 1. Mai 2010

korrekte Anwendung der ICD-Diagnoseschlüssel zur Codierung der aktuellen Behandlungsdiagnosen

Online-Abrechnung ab 1. Quartal 2011 Pflicht

Aufgrund von vielen Nachfragen möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass entsprechend der KBV-Richtlinie gemäß § 295 Abs. 4 SGB V **die Pflicht zur Online-Abrechnung ab dem 1. Quartal 2011 für alle Leistungserbringer** bindend ist.

Der dazu notwendige KV-SafeNet-Anschluss ist unbedingt rechtzeitig durch einen Provider einzurichten. Es wird nur in ganz besonderen Einzelfällen Ausnahmen von der Pflicht zur Online-Abrechnung geben, über die der Vorstand der KVMV nach Antragstellung zu entscheiden hat.

Bei Fragen rund um das KV-SafeNet wenden Sie sich in der EDV-Abteilung an Frau Rutz, Tel.-Nr. 0385 7431-257.

Wichtige Hinweise zu bevorstehenden Änderungen des EBM und zu neuen Verträgen auf Landesebene mit Wirkung zum 1. Juli 2010

Ärzte, die „Ähnliche Untersuchungen“ beauftragen, müssen künftig die medizinische Indikation der Laboruntersuchung angeben, um die Labore bei der Auswahl der anzuwendenden Verfahren zu unterstützen.

Demzufolge ist es für die Abrechnung der im Kapitel 32 aufgeführten „Ähnlichen Untersuchungen“ durch die Laborpraxen notwendig, neben der Art der Untersuchung (Feldkennung 5002) zusätzlich die vom Veranlasser anzugebene Behandlungsdiagnose als Zielauftrag (Feldkennung 4209) mit zu übernehmen.

Laborpraxen können die vorgenannten Laborparameter für „Ähnliche Untersuchungen“ nur bei entsprechender Begründung der Notwendigkeit abrechnen.

Ausnahmen von der Begründungspflicht sind in den neu aufgenommenen Anmerkungen zu den jeweiligen „Ähnlichen Untersuchungen“ aufgeführt.

Begründungspflicht für „Ähnliche Untersuchungen“ Kapitel 32

Die KBV hat mit der Krankenkasse BIG direkt gesund einen bundesweit geltenden Vertrag zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit dem Ziel einer Reduzierung der Frühgeburtenrate geschlossen.

Dieser neue Vorsorgevertrag entsprechend § 73 c SGB V umfasst:

- die Beratung, Durchführung Infektionsscreening, einschließlich Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle
- erforderliche Sachkosten
- Dokumentation, ggf. auch im Mutterpass

und kann **ausschließlich von Gynäkologen** abgerechnet werden. Es ist **keine zusätzliche Teilnahmeerklärung** des Arztes erforderlich.

Schwangere Versicherte, die die neue Screeningleistung in Anspruch nehmen wollen, erhalten die notwendigen Informationsblätter sowie den Anforderungsschein Labor zur Vorlage in der Arztpraxis von Ihrer Krankenkasse.

Die **Durchführung des Infektionsscreenings (K.I.S.S.) erfolgt zwischen der 16. und 24 SSW und wird nach GOP 81103 in Höhe von 26,- € vergütet.**

Für Fragen steht Ihnen in der Vertragsabteilung Frau Wegner unter der Tel.-Nr. 0385 7431-394 zur Verfügung.

Neuer Vertrag K.I.S.S. für BIG direkt gesund im Rahmen der Schwangerschaft GOP 81103

Wir möchten Sie aktuell darüber informieren, dass die **BKK Essanelle und die BKK 24 mit Wirkung ab 1. Juli 2010** dem zwischen der KBV und der BKK Securvita geschlossenen **Homöopathievertrag beigetreten** sind. Damit können für Versicherte dieser Kassen die GOP 81200 bis GOP 81206 gleichermaßen zur Abrechnung gebracht werden.

Hinweis:

Abgegebene Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ oder dem Homöopathie-Diplom des DZVUÄ für die BKK Securvita gelten für alle beigetretenen Krankenkassen.

Mit Wirkung zum **1. Juli 2010 tritt der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der ARGE-HzV (BKKn) in Kraft**, über deren Inhalt alle Hausärzte separat informiert werden. **Dieser HZV-Vertrag sieht neben den Hausärzten eine Beteiligung der Fachärzte/spezialisierten Ärzte** im Rahmen des Überweisungskonzeptes vor.

Orientierend an dem in MV praktizierten bisherigen Überweisungskonzept, soll bei entsprechender Dringlichkeit die gezielte Vorstellung des Patienten bei den Fachärzten/spezialisierten Ärzten verbessert werden.

Dem Hausarzt stehen hierzu zwei Dringlichkeitskategorien für die Terminvergabe zur Verfügung:

- **Kategorie A** (in dringenden Fällen innerhalb von 24 h)
- **Kategorie B** (innerhalb einer Woche)

Nach Kontaktaufnahme mit dem Facharzt/spezialisierten Arzt wird der Überweisungsschein vom Hausarzt entsprechend gekennzeichnet und mit Anamnese, Befundbericht und Fragestellung an diesen weitergeleitet.

Vergütung für die Übernahme des Patienten und die Information an den Hausarzt:

- spätestens am nächsten Werktag
Kategorie A nach der GOP 93010F in Höhe von 10,- €
- innerhalb einer Woche
Kategorie B nach der GOP 93011F in Höhe von 6,- €

Für Fragen rund um den HZV-Vertrag stehen Ihnen in der Vertragsabteilung Frau Wegner unter der Tel.-Nr. 0385 7431-394 und Herr Aeustergerling unter der Tel.-Nr. 0385 7431-211 zur Verfügung.

Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2010 geben Sie bitte bis zum **10. Juli 2010** zu folgenden Zeiten ab:

01.07.2010 – 02.07.2010	7.00 Uhr – 16.00 Uhr
05.07.2010 – 07.07.2010	7.00 Uhr – 16.00 Uhr
08.07.2010 – 09.07.2010	7.00 Uhr – 18.00 Uhr
10.07.2010	8.00 Uhr – 16.00 Uhr

„Es gibt Wichtigeres im Leben, als beständig dessen Geschwindigkeit zu erhöhen.....“

Mit diesen Worten von Mahatma Gandhi wünsche ich Ihnen für den bevorstehenden Sommer, dass Sie doch die Zeit auch für ein paar ruhige, erholsame Tage finden.

Mit freundlichen Grüßen



Maren Gläser

**Homöopathievertrag
gilt ab 1. Juli 2010 für
BKK Essanelle und
BKK 24
GOP 81200 bis 81206**

**Neuer HZV-Vertrag
BKKn regelt
Beteiligung von
Fachärzten im Rahmen
des Überweisungs-
konzeptes
GOP 93010F und
93011F**

Übersicht der Pseudonummern zur Kennzeichnung der Praxisgebühr in Mecklenburg-Vorpommern ab 2. Quartal 2009

80030	<ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung für Originalschein (setzt die KVMV ein) • Überweisungen aus dem Vorquartal, ausgenommen Laboruntersuchungen und Dokumentation von Untersuchungsergebnissen ohne Arzt-Patienten-Kontakt (setzt Arzt/Krankenhaus ein)
80031	<ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung für Überweisungsschein (setzt die KVMV ein)
80032	<ul style="list-style-type: none"> • keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Zuzahlungsbefreiung vorliegt ist bei Vorlage am 1. Behandlungstag zu dokumentieren (setzt Arzt/Krankenhaus ein)
80033	<ul style="list-style-type: none"> • keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr für die <u>Erstinanspruchnahme</u> <ul style="list-style-type: none"> - eines Psychotherapeuten - eines Krankenhauses vorgelegt wurde (setzt Arzt/Krankenhaus ein) • keine Erhebung der Praxisgebühr im Notfall oder organisierten Notfalldienst, da eine Quittung über die bereits gezahlte Praxisgebühr für die <u>Erstinanspruchnahme</u> eines Leistungserbringers <ul style="list-style-type: none"> - im Notfall - im organisierten Notfalldienst vorgelegt wurde (setzt Arzt/Krankenhaus ein) • gilt im Vertretungsfall bei Vorlage der Quittung (setzt Arzt ein) • keine Erhebung der Praxisgebühr wegen der wiederholten Inanspruchnahme desselben Leistungserbringers in der Regelversorgung und im organisierten Notfalldienst (setzt Arzt ein)
80034	<ul style="list-style-type: none"> • keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifende Behandlung durch denselben Arzt bzw. Psychotherapeuten (setzt Arzt/Psychotherapeut ein)
80040	<ul style="list-style-type: none"> • keine Erhebung der Praxisgebühr aus sonstigen Gründen <ul style="list-style-type: none"> - ausschließlich präventive Leistungen im Behandlungsfall - Kassenwechsel (Patient hat Praxisgebühr nur bei einer Kasse zu bezahlen) (setzt Arzt/Krankenhaus ein)
80044 80044N	<ul style="list-style-type: none"> • Patient hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung die Praxisgebühr im gesamten Quartal nicht gezahlt (setzt Arzt/Krankenhaus ein) <p>80044 - Kennzeichnung für Ärzte und Psychotherapeuten 80044N - Kennzeichnung für Notfallambulanzen an Krankenhäusern</p> <p>Die Kennzeichnung ersetzt die Übergabe der Zahlungsaufforderungen an die KVMV!</p>
80046	<ul style="list-style-type: none"> • Portokosten von 0,55 € für die Versendung einer Zahlungsaufforderung, da diese von den Krankenkassen erstattet wird (setzt Arzt/Krankenhaus ein)

Weitere Pseudonummern finden in Mecklenburg-Vorpommern keine Verwendung!