

Abrechnung

Wichtige Informationen zu Änderungen der Abrechnungsmodalitäten ab 01. Januar 2008

1. Von der KV Sachsen zugesetzte Gebührenordnungspositionen

Unabhängig von den Veränderungen, welche die Einführung des EBM 2008 mit sich bringt, **wird die KV Sachsen in bewährter Weise bestimmte Gebührenordnungspositionen (GO-Nrn.) maschinell Ihrer Abrechnung zusetzen.** Dies geschieht in all den Fällen, wo die Voraussetzungen für die Abrechnung dieser GO-Nrn. gegeben sind. Bezogen auf den EBM 2008 sind davon folgende GO-Nrn. betroffen:

1. **Qualitätszuschläge** (GO-Nrn. 03235 und 04235) im haus-/kinderärztlichen Bereich
Die Zusetzung erfolgt, bei Vorliegen der Genehmigung zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, in all den Behandlungsfällen, in denen eine Versichertenpauschale nach den GO-Nrn. 03110 bis 03112 oder 03120 bis 03122 bzw. 04110 bis 04112 oder 04120 bis 04122 abgerechnet wurde. Eine Ausnahme gilt für fachärztlich tätige Kinderärzte, welche Leistungen aus den Kapiteln 4.4 oder 4.5 EBM abrechnen können. Diese Ärzte erhalten keinen Qualitätszuschlag. Für diese Ärzte sind weiterhin die Leistungen nach den GO-Nrn. 35100 oder 35110 berechnungsfähig.
2. **Wirtschaftlichkeitsbonus Labor** (GO-Nr. 32001)
Die Zusetzung des Wirtschaftlichkeitsbonus erfolgt bis zur Einführung der neuen Nummernsystematik im Zuge des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zum 01. Juli 2008 gemäß der bisherigen Systematik.
3. **Laborgrundpauschalen** (GO-Nrn. 01700 und 01701 bzw. 12220 und 12225)
4. **Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft** (GO-Nrn. 01211, 01215, 01217 und 01219)
Die Zusetzung dieser Pauschalen erfolgt zu der Notfallpauschale (GO-Nr.

01210) bzw. zu den betreffenden Notfallkonsultationspauschalen (GO-Nrn. 01214, 01216 und 01218), wenn die KV Sachsen die jeweilige Besuchsbereitschaft für Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie im Rahmen des organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes feststellt hat.

2. Abrechnung der Versichertenpauschale bei Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung

Gemäß Punkt 4 der Präambel zu Kapitel 4 erhalten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung, in Fällen in denen sie im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig werden, einen Aufschlag in Höhe von 40% zur Versichertenpauschale. In diesen Fällen ist die abgerechnete Versichertenpauschale mit dem Buchstaben „F“ zu kennzeichnen. **Das bedeutet, dass in diesen Fällen die Versichertenpauschalen nach den GO-Nrn. 04110F, 04111F, 04112F, 04120F, 04121F, 04122F oder 04130F vom Arzt anzusetzen sind.** In allen anderen Fällen, wo der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung hausärztlich tätig wurde, sind die Versichertenpauschalen des Kapitels 4 ohne Buchstaben anzusetzen.

3. Einführung einer Pseudo-Gebührenordnungsposition zur Kennzeichnung von Arzt-Patienten-Kontakten

An die KV Sachsen wurde wiederholt die Frage herangetragen, wie nach Einführung der erweiterten Komplexierung im EBM 2008 und bedingt durch den Wegfall der Konsultationskomplexe die Arzt-Patienten-Kontakte in der Abrechnung kenntlich gemacht werden können,

wenn keine Leistungen abrechnungsfähig sind. Aus diesem Grund hat sich die KV Sachsen entschieden, die **Pseudo-GOP 99990** als Kennzeichnung für Arzt-Patienten-Kontakte ohne abrechenbare Leistungen einzuführen.

Durch den Ansatz dieser Pseudo-GOP kann ein erhöhter Aufwand bei der Behandlung bestimmter Patienten dokumentiert werden. Dies hilft der KV Sachsen bei der Verhandlung zur morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen. Im Falle von Plausibilitätsprüfungen kann durch den Ansatz dieser Pseudo-GOP die Abrechnung einzelner Leistungen besser nachvollzogen werden. Die Angabe dieser GOP muss im Zusammenhang mit einem Behandlungsdatum erfolgen.

4. Einführung neuer Gebührenordnungspositionen für Wegepauschalen

Ab dem 01. Januar 2008 gelten in der KV Sachsen neue Gebührenordnungspositionen für Wegepauschalen, welche die bislang gültigen Gebührenordnungspositionen ersetzen. Mit der Einführung der neuen GO-Nrn. und der damit verbundenen tieferen Untergliederung bezüglich der Radien, soll den tatsächlichen Gegebenheiten (u.a. größeren Bereitschaftsdienstbereichen) besser Rechnung getragen werden. In der Tabelle auf S. II finden sich die neuen Gebührenordnungspositionen.

Zur Bewertung der Wegepauschalen kann zum jetzigen Zeitpunkt leider noch keine Aussage getroffen werden, denn diese werden zurzeit noch mit den Krankenkassen verhandelt. Die Verhandlungen setzen auf der bisherigen Vergütung auf, sollen aber in der Zukunft zu einer besseren Vergütung der Wegepauschalen führen. Zusätzlich zu diesen Wegepauschalen werden noch Zuschläge für den organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst verhandelt, welche dann von der KV Sachsen zugesetzt werden.

Bezeichnung	am Tag zwischen 7 und 19 Uhr	in der Nacht zwischen 19 und 7 Uhr
Wegepauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius	93220	93221
Wegepauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	93222	93223
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km bis zu 10 km Radius	93224	93225
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 10 km bis zu 15 km Radius	93226	93227
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 15 km bis zu 20 km Radius	93228	93229
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 20 km bis zu 25 km Radius	93230	93231
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 25 km bis zu 30 km Radius	93232	93233
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 30 km bis zu 35 km Radius	93234	93235
Wegepauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 35 km Radius	93236	93237

5. Erweiterung der ab 01. Januar 2008 gültigen Impfvereinbarung um Satzungsleistungen der AOK Sachsen und der Ersatzkassen in Sachsen

In Ergänzung der zum 01. Januar 2008 in Kraft tretenden neuen Impfvereinbarung gemäß der bundesweit gültigen STIKO-Empfehlung haben sich die AOK Sachsen und die Ersatzkassen in Sachsen entschlossen, die zusätzlich von der SIKO empfohlenen Leistungen als Satzungsleistungen weiter zu vergüten. In der nachfolgenden Tabelle findet sich eine Übersicht der betroffenen Leistungen:

Bezeichnung	GO-Nr.	Wert
Hepatitis A für seronegative Kinder und Erwachsene ¹⁾	89105S	5,20 €
Hepatitis B für seronegative Versicherte über 18 Jahren ¹⁾	89106S	5,20 €
Hepatitis A und Hepatitis B für seronegative Kinder und Erwachsene ¹⁾	89109S	7,30 €
Influenza für Versicherte über 50 Jahren bis zum vollendeten 60. Lebensjahr	89111S	6,00 €
Masern²⁾ Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89113S	5,20 €
Röteln²⁾ Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89123S	5,20 €
Masern/Mumps/Röteln Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89301S	12,00 €
Meningokokken für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat	89114S	5,20 €
Pertussis³⁾ Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89116S	5,20 €
Poliomyelitis³⁾ Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89121S	5,20 €
Diphtherie/Tetanus/Poliomyelitis Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89303S	9,40 €
Diphtherie/Pertussis/Tetanus/Poliomyelitis Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89400S	10,40 €

¹⁾ Die Kosten für die entsprechende Antikörperbestimmung sind durch den Versicherten zu tragen.

²⁾ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen.

³⁾ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen.

Für die AOK Sachsen gelten diese Leistungen vorerst befristet für das Quartal I/2008 und für die Ersatzkassen in Sachsen für das ganze Jahr 2008.

Im Zusammenhang mit diesen Satzungsleistungen möchten wir nochmals auf die Änderungen in der Sächsischen Impfvereinbarung hinweisen, welche im Dezemberheft der KVS-Mitteilungen veröffentlicht wurden. **Bitte verwenden Sie bei der Abrechnung der Impfleistungen ab dem 01. Januar 2008 die neuen Gebührenordnungspositionen.**

6. Neufassung der Sächsischen Diabetesvereinbarung

Mit Ausnahme weniger 100 Patienten pro Quartal wird die Behandlung von Diabetikern über die DMP-Verträge DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 geregelt. Die genannten beiden Diagnosen sind nun nicht mehr Vertragsbestandteil der Diabetes-Vereinbarung Sachsen, da die medizinischen Leistungen als auch die Vergütungen in den DMP's geregelt sind. Aus diesem Grund tritt zum 1. Januar 2008 eine neue Diabetes-Vereinbarung Sachsen in Kraft, welche die Vereinbarungen der Primär- und Ersatzkassen vom 30. Juni 1999 er-

setzt. Die neue Vereinbarung gilt nur noch für Diabetesdiagnosen außer Typ 1 und Typ 2.

Daraus folgt, dass die GOP 99117 (Koordinationspauschale Hausarzt) und die GOP 99117A (Überweisung vom Hausarzt zur diabetologischen Schwerpunktpraxis) aus der „alten“ Diabetes-Vereinbarung entfallen, da diese in der ursprünglichen Vereinbarung vor allem für die Betreuung beim Hausarzt bzw. für die Überweisung der Typ 1- und Typ 2-Diabetiker an die Schwerpunktpraxis gedacht waren.

Dies ist aber für die neue Vereinbarung obsolet, da für Gestationsdiabetikerinnen und andere Diabetesformen nur die diabetologischen Schwerpunktpraxen die Behandlung durchführen können. Die Überweisung der Gestationsdiabetikerinnen an die diabetologische Schwerpunktpraxis erfolgt in der Regel durch den Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

7. Änderungen im Rahmen der Schmerztherapie

Aufgrund der Neufassung der Schmerztherapie im EBM 2008 können die sächsischen Vereinbarungen zur Schmerz-

therapie nicht fortgeführt werden. Aus diesem Grund möchten wir darauf hinweisen, **dass ab dem 01. Januar 2008 schmerztherapeutische Leistungen, die bislang über regionale Vereinbarungen über die KV Sachsen abgerechnet wurden, zwingend nach den GO-Nrn. des Kapitels 30.7.1 abzurechnen sind.**

8. Hautscreening IKK Sachsen

Die regionale Vereinbarung zum Hautscreening mit der IKK Sachsen, welche zum 31.12.2007 ausgelaufen ist, wird bis zum 30. Juli 2008 weitergeführt.

9. Onkologievereinbarung mit der AOK Sachsen

Die KV Sachsen konnte sich mit der AOK Sachsen über die Eckpunkte einer neuen Onkologievereinbarung verständigen. Über die konkreten Inhalte des Eckpunktepapiers und die ab 01.01.2008 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen werden die betroffenen Ärzte gesondert informiert.

– Abrechnung/eng –