

Abrechnung

Hinweise für die Abrechnung

Ausstellung von mehreren Überweisungsscheinen an unterschiedliche Fachärzte des gleichen Fachgebiets innerhalb eines Quartals

Nach § 24 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) sowie § 27 des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) hat ein Vertragsarzt nur erforderliche Leistungen auf Überweisung zu veranlassen.

Sofern ein Patient eine **Zweitmeinung** einholen möchte, liegt laut Bundesmantelvertrag ein Vertragsarztwechsel vor, bei dem **keine** Überweisung auszustellen ist. In diesen Fällen besteht keine medizinische Notwendigkeit für die Inanspruchnahme durch einen zweiten Arzt derselben Fachrichtung innerhalb eines Quartals.

Im **Vertretungsfall** ist **kein** Überweisungsschein auszustellen, sondern der vertretende Arzt kann lt. Vordruckvereinbarung nur das Muster 19 verwenden.

Infolge von Doppelabrechnungen von Leistungen durch das Ausstellen von mehreren Überweisungsscheinen (Ausnahme Zielaufträge) innerhalb eines Quartals bei einem Patienten erreichen uns vermehrt Regressanträge durch die Kostenträger. Wir bitten Sie daher, das Ausstellen von zwei bzw. mehreren Überweisungsscheinen an unterschiedliche Fachärzte derselben Fachrichtung innerhalb eines Quartals zu vermeiden.

Kennzeichnung der Art der Überweisung

Bei der Bearbeitung der Abrechnungen ist es vermehrt zu Irritationen bezüglich der Kennzeichnung der Art der Überweisung gekommen. Aus diesem Grund möchten wir auf die richtige Kennzeichnung der Art der Überweisung hinweisen. Bei Veranlassung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Leistungen ist das Muster 6 der Vordruckvereinbarung zu verwenden. Der überweisende Arzt ist gemäß § 24 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) sowie § 27 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen (EKV) verpflichtet, auf dem Überweisungsschein auch die Art der Überweisung zu kennzeichnen. **Bei der Art der Überweisung ist zwischen Auftragsleistung, Konsiliaruntersuchung sowie Mit- und Weiterbehandlung zu unterscheiden.**

Auftragsleistung: Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag). Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich. Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten.

Konsiliaruntersuchung: Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Sie gibt dem überweisenden Arzt die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis, den Regeln der Stufendiagnostik und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung beim auftraggebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistung beim auftragnehmenden Vertragsarzt.

Mit- und Weiterbehandlung: Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Über deren Art und Umfang entscheidet der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde. Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Überweisungen zur Durchführung von Leistungen des Kapitels 32 des EBM und von entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Kapitels 1.7 sind nur als Auftragsleistung zulässig. Hierfür ist der Vordruck Muster 10 zu verwenden.

Wir bitten Sie, bei der Ausstellung von Überweisungen die Art der Überweisung zu beachten und korrekt anzugeben.

GNR 30401 – Indikationen

Im Zuge der Anpassung von Beschlüssen und Festlegungen – 1995 bis 2004 – an den EBM (veröffentlicht im Ärzteblatt Jg. 104,

Heft 39, 28. September 2007) durch die Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte sowie des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen gab es auch Änderungen bezüglich der Gebührenordnungsposition 30401.

Diese ist nur bei folgenden Indikationen berechnungsfähig:

- Varikose, primär und sekundär I83
- Varizen der unteren Extremität Zustand nach Thrombose I80, mit Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit „Z“
- Postthrombotisches Syndrom I87.0
- AVK mit Ödem I73.9
- Posttraumatische Ödeme I97.8
- Zyklisch idiopathische Ödeme R60
- Lymphödeme I89.0
- Hereditäres Lymphödem Q82.0
- Lipödeme R60
- Chronisch venöse Insuffizienz peripherer I87.2
- Ulcus cruris venosum L97

Wir bitten Sie, dies zu beachten. Die KV Sachsen wird zukünftig eine verstärkte Diagnoseprüfung durchführen.

Befreiung von der Praxisgebühr im Rahmen des Hausarzt- und Hausapothekenvertrages (HAAV)

Die Barmer-Ersatzkasse hat darüber informiert, dass für teilnehmende Versicherte am Hausarzt- und Hausapothekenvertrag (HAAV) **ab dem 30.06.2008** die Befreiung von der Praxisgebühr ausläuft. Für diese Versicherten ist der Ansatz der Befreiungsziffer 80032 ab diesem Zeitpunkt nicht mehr statthaft. Die Versicherten wurden von der Barmer-Ersatzkasse informiert, dass die Praxisgebühr von am BARMER-Hausarztvertrag teilnehmenden Versicherten ab dem 01.07.2008 wieder zu entrichten ist.

Kostenerstattung in Verbindung mit Wahlтарifen

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurde für die Versicherten der Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, die Wahl der Kostenerstattung auf einzelne Leistungsbereiche einzuschränken. Insbesondere besteht die Möglichkeit, das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Versorgung

zu wählen, während die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln weiterhin nach dem Sachleistungsprinzip erfolgt.

Diese Wahlentscheidung des Versicherten kann sich zum Nachteil des Arztes hinsichtlich der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung auswirken, da aufgrund der direkten Abrechnung der ärztlichen Leistungen zwischen Arzt und Versichertem kein ambulanter Abrechnungsfall erzeugt wird.

Für diese Fälle besteht daher die Möglichkeit einen „Abrechnungsschein ohne Wert“ auszustellen und diesen mit einer Pseudoziffer 88190 „Scheinkennzeichen für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben“ zu kennzeichnen.

Neben dieser Pseudo-Ziffer können Pseudo-Ziffern zu Praxisbesonderheiten angesetzt werden. EBM-Leistungen und Leistungen aus regionalen Verträgen sind neben dieser Ziffer nicht berechnungsfähig.

Abrechnung der Versicherten- und Grundpauschale auf Zielaufträgen bei der Bundeswehr

Mit dem Artikel „Änderung der Verträge Bundeswehr/Zivildienst“ im Heft 5/2008 der KVS-Mitteilungen haben wir zur Abrechnung der Versicherten- und Grundpauschale auf Zielaufträgen bei der Bundeswehr informiert.

Auf Grund von Hinweisen seitens der Bundeswehr möchten wir diesen Sachverhalt nochmals präzisieren.

Die Versicherten- bzw. Grundpauschale ist nur dann im Zusammenhang mit berechnungsfähigen Einzelleistungen anzusetzen, wenn die Untersuchung im Zusammenhang mit Leistungen nach § 1 Abs. 2 (z.B. Feststellung der Wehrdienstfähigkeit, Musterungsuntersuchungen) des Vertrages BMVg/KBV über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr steht. In allen anderen Fällen gelten die Vorgaben des EBM.

Sollten in diesem Zusammenhang Irritationen und Unstimmigkeiten entstanden sein, bitten wir das zu entschuldigen.

- Abrechnung/eng -