

Pc

EINGEGANGEN AM 11. APR. 2008



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

Abrechnungsabteilung

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 160145 | 19091 Schwerin

Ansprechpartner(in):
Frau Gläser
-
Telefon: 0385.7431.299
Fax: 0385.7431.461
eMail: aschaarschmidt@kvmv.de
www.kvmv.de

Krankenhausgesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Frau Petau
Lankower Str. 6
19057 Schwerin

Ihre Zeichen: -

Unsere Zeichen / AZ: GI/Schaa

Ihre Nachricht vom: -

Datum: 10. April 2008

Sehr geehrte Frau Petau,

leider kommen wir erst jetzt Ihrer Bitte nach, wichtige Hinweise zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen in Notfallambulanzen zu geben.

1. ICD-10-Codierung und Abrechnung von EBM-Positionen

Die Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10 SGB V muss entsprechend der abgerechneten Leistungen so detailliert wie möglich erfolgen. Zur Dokumentation sind die Schlüsselnummern durch maximal zwei der folgenden sechs Zusatzkennzeichen zu ergänzen:

- V – Verdachtsdiagnose
- Z – Zustand nach betreffender Diagnose
- A – ausgeschlossene Diagnose
- G – gesicherte Diagnose
- R – rechts
- L – links
- B – beidseits

Bei z.B. multipler Verletzung ist die ICD-10-Codierung „Nicht näher bezeichnete ...“ nicht statthaft. Bitte beachten Sie die Leistungsinhalte der Gebührenpositionen im EBM, insbesondere der Röntgenleistungen. Röntgenleistungen unter der Diagnose Z 04.1G „Zustand nach Transportmittelunfall ...“ sind nicht nachvollziehbar und werden nicht akzeptiert.

So ist z.B. bei einem Patienten, 1918 geboren, der infolge des Alters gestürzt und sich eine Kopfplatzwunde zugezogen hat, unter der Diagnose „S 01.0G“ eine Röntgenuntersuchung des Schädels, einschließlich Wiederbestellung am nächsten Tag akzeptabel. Ohne weitere Angabe einer Diagnose bei diesem Patienten ist die Abrechnung von ärztlichen Leistungen für den zusätzlichen Ausschluss eines Herzinfarktes, eines Flüssigkeitsmangels oder eventuell eines altersbedingten Diabetes unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 12 des SGB V nicht notwendig.

Im Rahmen einer Notfallbehandlung sind nur die Leistungen der Akutversorgung zu erbringen. Das bedeutet, dass nur die akute Erkrankung diagnostiziert, behandelt und nur

ggf. antherapiert wird. Die weiterführende ärztliche Behandlung bleibt den niedergelassenen Ärzten vorbehalten. Demzufolge umfasst die Notfallbehandlung nicht mehrere Tage hintereinander.

Komplexleistungen sind im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht abrechenbar, da sich diese auf den gesamten Behandlungszeitraum eines Quartals beziehen.

MRT- und CT-Leistungen sowie szintigraphische Untersuchungen erfolgen nur im Ausnahmefall, wenn die akute Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit dieser sofortigen Maßnahme bedarf. Bei der Diagnose „G43.1G“, die auf eine bekannte Migräne verweist, sind CT- und MRT-Untersuchungen nicht nachvollziehbar und werden im Rahmen der Plausibilität geprüft.

2. Praxisgebühr

Zur Praxisgebühr nachfolgend ein paar wichtige Hinweise.

Der Patient hat seit dem 01.07.2004 im Rahmen notwendiger Behandlungen im Notfall oder im organisierten Notfalldienst entsprechend der gesetzlichen Regelung in § 28 Abs. 4 SGB V **einmal** die Praxisgebühr im Quartal zu entrichten. Diesbezüglich wird eine NOTFALL-Quittung für die Praxisgebühr ausgestellt.

Für ggf. weitere Notfallbehandlungen im Quartal hat der Patient keine erneute Praxisgebühr zu zahlen. Bei Vorlage der Quittung über die gezahlte Praxisgebühr im NOTFALL ist **auf jedem weiteren Notfallschein** die Pseudonummer 80033 zu dokumentieren. Erfolgt diese Kennzeichnung nicht, wird die Praxisgebühr in Höhe von 10,- € in Abzug gebracht.

Wird zur Notfallbehandlung eine gültige Zuzahlungsbefreiung vorgelegt, ist auf dem Notfallschein und ggf. auf jedem weiteren Notfallschein des Patienten die Pseudonummer 80032 zu dokumentieren. Auch hier gilt, ohne Kennzeichnung des Scheines mit der Pseudonummer 80032 für den zuzahlungsbefreiten Patienten erfolgt der Abzug von 10,- € Praxisgebühr.

Findet die Erstinanspruchnahme im Notfall in einer Notfallambulanz statt, ohne dass der Patient die Praxisgebühr vor der Behandlung entrichten kann, wird eine Zahlungsaufforderung für den Patienten ausgestellt. Nicht erfüllte Zahlungsaufforderungen werden nach Abschluss des Quartals mit der Abrechnung bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht.

Bitte beachten Sie, dass für den einzelnen Patienten **nur eine** Zahlungsaufforderung eingereicht wird.

Darüber hinaus muss Ihrerseits sichergestellt sein, dass die Patientendaten der Zahlungsaufforderung mit den Patientendaten der Diskettenabrechnung übereinstimmen. Erfolgt nach Abgabe der Abrechnung und der Zahlungsaufforderungen für ein Quartal doch noch die Begleichung der Praxisgebühr durch den Patienten im Nachhinein an die Einrichtung, sind die Patienten namentlich umgehend der KVMV per Fax unter 0385/ 7431-399 zu benennen.

3. Sonstige Hinweise

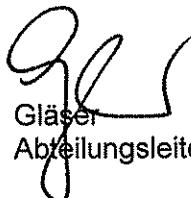
Bitte reichen Sie für die Abrechnung der ärztlichen Notfallbehandlung von Soldaten der Bundeswehr nur Originalscheine ein!!!

Diese Regelung ergibt sich durch den Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium der Verteidigung.

Zur Abrechnung der Ziffer 40120 für das Verschicken des Durchschlages an den weiterbehandelnden Arzt muss auch dieser in dem dafür vorgesehen Kästchen des Musters 19 namentlich angegeben werden. Ohne Angabe wird die Ziffer 40120 ersatzlos gestrichen.

Bitte berücksichtigen Sie unsere Hinweise. Sollten Sie noch Fragen haben, rufen Sie bitte in unserem dafür zuständigen Fachbereich bei Frau Wilde unter 0385 / 7431-289 und Frau Starck unter 0385 / 7431-290 an.

Mit freundlichen Grüßen


Gläser
Abteilungsleiterin