



Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg - Vorpommern

Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Abrechnungsabteilung -

KV Mecklenburg - Vorpommern | Postfach 16 01 45 | 19091 SCHWERIN

Ihr Ansprechpartner:

--

Neumühler Strasse 22
19057 SCHWERIN
Telefon: (0385) 74 31 - 0
Durchwahl: (0385) 74 31 - 299

Telefax: (0385) 74 31 - 461

An alle Mitglieder
der Kassenärztlichen Vereinigung,
ermächtigte Ärzte und
Einrichtungen
in Mecklenburg-Vorpommern

Ihre Zeichen
--

Ihre Nachricht vom
--

Unsere Zeichen
Tie/La

Datum
15.09.99

R U N D S C H R E I B E N N R . 1 3 / 9 9

zur Abrechnung der ärztlichen Leistungen im III. Quartal 1999

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

haben Sie nun alle Ausnahmeindikationen für die Labordiagnostik nicht nur auf die Überweisungsscheine zum Labor, sondern auch auf Ihre eigenen Abrechnungsscheine geschrieben?
Leider gab es hinsichtlich der Fallzahl, die zur Berechnung der Budgetgrößen heranzuziehen ist, zwiespältige Auffassungen, so daß sich der Bewertungsausschuß veranlaßt sah, mit dem Interpretationsbeschuß Nr. 39, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Nr. 30 vom 30.7.1999, ein Machtwort zu sprechen. Dieses allerdings machte alles nur noch schlimmer. Also gab es dazu am 2. September 1999 ein interpretierendes Rundschreiben von der KBV und an folgendes können wir uns nun halten:

1. Kurativ-ambulante Fälle, auf denen eine der Ausschlußindikationen 3487 bis 3499 steht, werden bei der Budgetgrößenberechnung (Fallzahl x Fallpunktzahl = Budget OI/OII bzw. OIII) nicht mit einbezogen. Hierbei ist es unerheblich, ob es sich um eine Ausschlußindikation für OI/OII oder OIII handelt. Um es klar zu sagen: Eine Praxis soll 1000 Fälle haben, davon 100 mit der Nr. 3498 gekennzeichnet. Die 3498 sollte bewirken, daß nur die OI/OII-Diagnostik nicht auf das OI/OII-Budget angerechnet wird. Die OIII-Diagnostik war OIII-budgetrelevant. Dennoch ist die Fallzahl zur Budgetgrößenbestimmung in beiden Fällen 900. Weil das an sich ein Unding ist, wurde im o. g. Rundschreiben festgelegt, daß jegliche Leistung des Kapitel O dann nicht auf die Budgets von OI/OII und OIII angerechnet wird, wenn nur irgendeine Ausschlußindikation auf dem Schein steht. Das kommt quasi einer undifferenzierten Ausschlußkennzeichnung bei den

entsprechenden Erkrankungsgruppen gleich. Aber wir denken, es wird nicht das letzte Mal sein, daß sich die KBV hierzu äußert.

Und noch etwas ist nun eindeutig durch das Rundschreiben klar, denn

2. jegliche Diagnostik des Kapitel O, die unter präventiven Aspekten betrieben wird und im Kapitel B IX keine eigene Abrechnungsposition hat, wird auf die Budgets angerechnet. Insofern müssen wir unsere Ausführungen im September-JOURNAL bezüglich der Toxoplasmose während der Mutterschaftsvorsorge revidieren.

Es hat sich eingebürgert, daß die Laborgemeinschaften an ihre Mitglieder die im EBM festgeschriebenen Sachkosten für die OI/OII-Diagnostik in Rechnung stellen. Damit werden die monatlichen Laborgemeinschaftskosten zu einem durchlaufenden Posten für die Praxen und das Geld zur Begleichung der Rechnungen muß bis zur Abrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung vorgehalten werden. Wie wir hören, gehen Praxen dazu über, auch die OI/OII-Diagnostik per Muster 10 an den Laborarzt zu überweisen. Das ist durchaus zulässig. Bedenken Sie aber, daß nun der Laborarzt diese Leistungen abrechnet und daß Sie sie nicht mehr aus alter Gewohnheit auf Ihren Abrechnungsschein setzen dürfen (Doppelabrechnung).

Sie werden gesehen haben, daß sich an der Art der Laborabrechnung für Sie fast nichts geändert hat. Demgegenüber erhöht sich der Datenverarbeitungsaufwand in den Kassenärztlichen Vereinigungen erheblich. Dennoch möchten Sie zu gewohntem Termin Ihrer Restzahlung entgegensehen. Aus diesem Grunde haben Sie bitte Verständnis dafür, daß wir keinem Leistungserbringer des Kapitel O, der von Ärzten außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns in Anspruch genommen wird, gestatten können, später als bis zum 10. Oktober abzurechnen.

Bei einigen Katalogen des Kapitel O sind Höchstwerte festgelegt. Auch wenn die Sachkosten der angeforderten Labordiagnostik die Höchstwerte übersteigen, werden nur diese vergütet. Aber auch nur diese Höchstwerte werden - umgerechnet in Punkten - auf die Budgets angerechnet.

Nur Höchstwerte werden auf die Budgets angerechnet

Die Vergütung fürs Labor ist in die Sachkosten und in die ärztliche Leistung gesplittet worden, diese wiederum in die Grundvergütung (3450) und in den Bonus (3452). Auch bei den Sonstigen Kostenträgern haben Sie Anspruch auf alle Leistungsanteile der Labordiagnostik, ohne daß sie bei der Budgetbetrachtung mit einbezogen werden.

Grundvergütung und Bonus auch für Sonstige Kostenträger

Hatten Sie vor Einführung der Laborreform z. B. einen Patienten mit Gewichtsverlust unklarer Genese, und Sie dachten an Schilddrüsenbeteiligung, war die Überweisung an einen Nuklear-

Überweisungen an Fachgebiete, die auch OIII-Leistungen

mediziner beispielsweise zur Schilddrüsendiagnostik inklusive OIII unproblematisch auf Muster 6 möglich. Heute ist das anders. Überlassen Sie die Wahl des Erforderlichen Ihrem Kollegen, ist die Überweisung wie gewohnt auf Muster 6 zum Konsil oder zur Mitbehandlung auszustellen. So wird die vom Nuklearmediziner für notwendig erachtete OIII-Diagnostik auf dessen Budget angerechnet. Grenzen Sie die nach Ihrer Meinung erforderlichen Leistungen in Form einer Auftragsüberweisung ein, ist das schon differenzierter zu betrachten. Sie möchten also die Szintigrafie der Schilddrüse und sind am TSH, fT3 und fT4 interessiert. So ist die Szintigrafie auf Muster 6 in Auftrag zu geben, TSH, fT3 und fT4 auf Muster 10. Letztere OIII-Diagnostik wird dann auf Ihr Budget angerechnet.

**im Auftrag
erbringen
(Nuklear-
medizin)**

Warum ist es nur so schwierig, Überweisungsscheine so auszustellen, daß alle Beteiligten wissen, was gewollt wird? Überweisungsanliegen und angekreuztes Feld auf dem Überweisungsschein müssen zueinander passen.

**Noch einmal das
Problem sachge-
recht über-
weisen**

Wir haben schon so häufig darüber geschrieben, nun versuchen wir es mit einem Beispiel aus dem einfachen Leben.

Fall 1: Ihr Auto fährt nicht mehr so richtig. Sie denken, es ist die Zündung. Sie erteilen der Werkstatt den Auftrag: Zündung überprüfen, ggf. neu einstellen. Wehe, die gucken sich auch noch die Benzinzufuhr an und wollen dafür noch Geld! (Feld „Auftragsleistungen“ ankreuzen, diagnostizieren; bitte geben Sie Ihren Kollegen keine Therapie in Auftrag, es paßt nur so schön im Beispiel)

Fall 2: Ihr Auto fährt nicht mehr so richtig. Sie wissen aber nicht recht, sind's die Zündkerzen, ist die Zündung nicht richtig eingestellt oder bekommt er überhaupt genug Benzin? Sie sagen der Werkstatt: „Gucken Sie mal, woran es liegt, aber bevor Sie reparieren, möchte ich wissen, was gemacht werden muß.“

(Feld „Konsiliaruntersuchung“ ankreuzen, nur diagnostizieren, nicht therapieren!)

Fall 3: Ihr Auto muckert hier und da und einer muß sich ja drum kümmern. Sie geben es also voller Vertrauen in die Werkstatt und sagen:

„Gucken Sie mal alles durch und was gemacht werden muß, das bringen Sie gleich in Ordnung.“

(Feld: „Mit-/Weiterbehandlung“ ankreuzen!)

Meine Damen und Herren, Sie sehen mir doch bitte diesen Ausflug ins einfache Leben nach, aber wie soll man's seinem Kinde sagen, wenn's immer noch nicht richtig klappt?

Sollte diese simple Denkungsart nicht auch in das Miteinander der Ärzte übertragbar sein?

Also, überlegen Sie genau, um was Sie Ihren

Kollegen bitten, formulieren Sie es eindeutig und kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Wo Sie seine Fachkompetenz benötigen, um festzulegen, was die sachdienlichste Wahl ist, denken Sie eher an einen Konsiliarauftrag als an eine Auftragsleistung (z. B. Radiologie, Nuklearmedizin). Auch sollte bedacht werden, daß sich aus der von Ihnen angeforderten Untersuchung neue Gesichtspunkte für eine weiterführende Diagnostik ergeben können, die im Falle eines Konsiliarauftrages ohne Zeitverlust für eine nochmalige Überweisung zu erledigen sind. Sie wissen auch, daß veranlaßte Leistungen aus dem Honorartopf des Leistungserbringers honoriert werden, nicht aus dem Topf des Veranlassers. Bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnungen werden wir uns im Zweifelsfall eher am schriftlich formulierten Überweisungsanlaß orientieren, als an dem angekreuzten Feld.

In der Vergangenheit waren die meisten bei der Landespolizei angestellten Polizeiärzte - quasi Betriebsärzte - zugelassen und hatten eine KV-Abrechnungsnummer. Somit konnten Sie auf den vertragsärztlichen Formularen - meistens für die Polizeibeamten - Überweisungen ausstellen. Die ergingen in der Regel an Fachärzte in Ermangelung eigener Kapazität oder Fachgebietsbindung. Diesen Polizeiärzten wurden mit Wirkung vom 10.3.1999 die Zulassungen entzogen, mit der Folge, daß Sie nun keine Überweisungen mehr ausstellen durften. Dennoch erbetene Leistungen sollten von den Vertragsärzten nach GOÄ, Einfachsätze, gegenüber der Abrechnungsstelle der Landespolizei geltend gemacht werden. Das ist umständlich, demzufolge ärgerlich. Deswegen haben sich die Landespolizei Mecklenburg-Vorpommern und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern auf folgende Lösung geeinigt: In Analogie zum truppenärztlichen Dienst der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes veranlassen die Polizeiärzte Mecklenburg-Vorpommerns für die Polizeibeamten für Leistungen außerhalb des polizeiärztlichen Dienstes diese auf einem mit dem **Aufdruck Heilfürsorge Polizei MV** modifizierten Überweisungsschein der gesetzlichen Krankenkassen.

Damit ist die Welt wieder heil und die Leistungen können wie gewohnt nach EBM über die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber der Landespolizei geltend gemacht werden. Diesbezügliche Überweisungsscheine, die wir Ihnen aus II/99 als nicht abrechnungsfähig zurückgegeben haben, können mit der Abrechnung

**Überweisungen
von Polizei-
ärzten ab
1. Oktober 1999
auf eigenem
Überweisungs-
schein**

III/99 wieder eingereicht werden.

Mit dem Herbst beginnen auch wieder die Berufsausbildungen. Damit in Verbindung stehen oftmals Berufstauglichkeitsuntersuchungen. Wir erinnern daran, daß diese nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Sie sind privat zu liquidieren.

Berufstauglichkeitsuntersuchung keine Kassenleistung

Aus gegebenem Anlaß müssen wir darauf hinweisen, daß die Schwangerschaftsabbrüche für sozial bedürftige Sozialhilfeempfängerinnen, deren Kosten vom Sozialministerium getragen werden, auch über eine gesetzliche Krankenkasse beantragt und über die KV gegenüber dieser abgerechnet werden müssen. Eine Direktabrechnung zwischen Arzt und Sozialamt ist unzulässig. Außerdem sind entsprechende Schwangerschaftsabbrüche, die über fremde Krankenkassen (außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns) beantragt worden sind, ebenfalls nur über die KVMV abzurechnen.

Schwangerschaftsabbrüche für Sozialhilfeempfänger

Die Leistungslegende der Position 443 enthält eine abschließende Aufzählung der Nerven, die mit dieser Leistung analgesiert werden können. Darin ist der Plexus utero vaginalis nicht enthalten. Damit ist die Position 443 nicht auf diesen Nerv anzuwenden.

Position 443 nicht für Plexus utero vaginalis

Zum 1. Januar 1999 wurde für die probatorischen Sitzungen vor Psychotherapie die Position 870 eingeführt. Der Bewertungsausschuß bei der KBV hat mit dem Interpretationsbeschluß Nr. 41, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Nr. 30 vom 30.7.1999 klargestellt, daß die Positionen 860 und 861 nicht neben der Position 870 berechnungsfähig sind.

Position 870 nicht neben Positionen 860, 861

Die Laborkommission macht uns darauf aufmerksam, daß eine Laborpraxis, die Mikroskopische Untersuchungen eines Körpermaterials nach Gram-Färbung über die Position 3941 abrechnet, offensichtlich unwirtschaftlich arbeitet.

Mikroskopische Untersuchung nach den Positionen 3615 und 3941

Hierfür ist die Position 3615 vorgesehen. Immerhin handelt es sich hier um eine Kostenrelation von 9,00 DM zu 0,80 DM.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert darüber, daß die Labordiagnostik hinsichtlich des humanen Papillomvirus (HPV) keine Kassenleistung ist. Sie ist auch nicht hilfsweise nach der Position 4805 abrechenbar.

HPV-Diagnostik keine Kassenleistung

Die ärztlichen Psychotherapeuten wissen es, die psychologischen Psychotherapeuten informieren

**zwei Rechnungs-
eingangslisten**

wir, daß Sie zur Abrechnung Ihrer Leistungen zwei Sätze Rechnungseingangslisten erhalten. Auf einem Satz werden die Fälle der genehmigten Psychotherapie eingetragen, auf dem zweiten die Fälle mit den sonstig erbrachten ambulanten Leistungen. Fragen hierzu beantwortet Ihnen gerne Frau Dittel, Tel. 0385/7431530.

**für Psycho-
therapeutische
Leistungen**

Bei der Bearbeitung der Abrechnungen des organisierten Notfalldienstes müssen wir immer wieder feststellen, daß die Abrechnungen mit den auf der grünen Quartalserklärung eingetragenen Diensten nicht übereinstimmen. Scheine, die mit den Diensten nicht übereinstimmen, werden wir Ihnen unbearbeitet zurückgeben.

**Dienste auf
Quartalser-
klärung ein-
tragen**

Beim Abgleich der Anzahl der eingereichten Dokumentationsbögen zum AOK - Modellvorhaben ambulantes Operieren mit der Anzahl der abgerechneten „B“-Pauschalvergütungen mußten wir mit Erstaunen feststellen, daß einige Ärzte sich zwar die Mühe machen, den Dokumentationsbogen auszufüllen, es aber dann und wann offenbar vergessen, die entsprechenden Pauschalvergütungen abzurechnen! Aber, aber, wer verschenkt denn hier sein Geld?!

**Modellvorhaben
ambulantes
Operieren**

Ihre Abrechnungen geben Sie bitte bis zum 9. Oktober 1999 zu folgenden Zeiten bei uns ab:

1. Oktober 1999	7.00 - 16.00 Uhr
4. - 5. Oktober 1999	7.00 - 16.00 Uhr
6. - 8. Oktober 1999	7.00 - 18.00 Uhr
9. Oktober 1999	8.00 - 18.00 Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Wolfgang Tieth