

 Abrechnung erfolgreich und optimal

Peter M. Hermanns
Hrsg.

EBM 2020 Kommentar Innere Medizin

mit allen Schwerpunkten

Kompakt: Mit Punktangaben, Euro-
beträgen, Ausschlüssen, GOÄ Hinweisen

Unter Mitarbeit von W. Meierin
und C. Barufke

 Springer

Abrechnung erfolgreich und optimal

Gute Leistung muss gut bezahlt werden

Je besser Ihre Kenntnis im komplexen Feld der Abrechnung medizinischer Leistungen ist, desto besser ist das Ergebnis für Ihre Praxis bzw. Klinik.

Abrechenbarkeit, Steigerungssätze, analoge Bewertungen, mögliche Ausschlüsse, aktuelle Gerichtsurteile ...

Praktische Abrechnungstipps, Auslegungshinweise, Beschlüsse, Richtlinien von KBV und regionalen KVen, G-BA, SGB, BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen,

Berufsverbänden, PVS ...

Kassenpatient, Privatpatient, Selbstzahler:

Alle Informationen für die erfolgreich optimierte Abrechnung korrekt, vollständig, verlässlich

Weitere Bände in der Reihe ► <http://www.springer.com/series/16362>

Peter M. Hermanns
(Hrsg.)

EBM 2020

Kommentar Innere Medizin mit allen Schwerpunkten

Kompakt: Mit Punktangaben, Eurobeträgen, Ausschlüssen,
GOÄ Hinweisen

Unter Mitarbeit von Wolfgang Meierin und
Constanze Barufke

Hrsg.
Peter M. Hermanns
medical text Dr. Hermanns
München, Deutschland

Dieses Werk basiert auf Inhalten der Datenbank <https://www.springermedizin.de/goae-ebm/15083006>, Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin (ursprünglich: <http://arztundabrechnung.de>)

ISSN 2628-3190 ISSN 2628-3204 (electronic)
Abrechnung erfolgreich und optimal
ISBN 978-3-662-61503-4 ISBN 978-3-662-61504-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61504-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © stockphoto-graf/stock.adobe.com, ID: 144594370
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Inhalt

Herausgeber und Autoren	XV
Abkürzungsverzeichnis	XVII
Vorwort	XXI
Immer wieder die Frage: Was dürfen die Fachgruppen abrechnen?	XXIII
I Allgemeine Bestimmungen	1
1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur	1
1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen	1
1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche	2
1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbe- reichen	2
1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe... ..	3
1.3 Qualifikationsvoraussetzungen	3
1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen	4
1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	4
1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berech- nungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergrei- fende spezielle Gebührenordnungspositionen)	5
1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung	5
1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen	7
1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen	8
2 Erbringung der Leistungen	9
2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung	9
2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte	10
2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung	10
2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen	10
2.1.4 Berichtspflicht	11
2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht	13
2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versi- cherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen	14
2.2 Persönliche Leistungserbringung	14
2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute	18
3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall	19
3.1 Behandlungsfall	19
3.2 Krankheitsfall	20
3.3 Betriebsstättenfall	20
3.4 Arztfall	21
3.5 Arztgruppenfall	21
3.6 Zyklusfall	21

3.7	Reproduktionsfall	21
3.8	Zeiträume/Definitionen	21
3.8.1	Kalenderjahr	21
3.8.2	Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag	22
3.8.3	Im Zeitraum von X Tagen	22
3.8.4	Im Zeitraum von X Wochen.....	22
3.8.5	Behandlungstag.....	22
3.8.6	Quartal.....	22
3.8.7	Der letzten vier Quartale	22
3.9	Weitere Abrechnungsbestimmungen	23
3.9.1	Je vollendeten Minuten.....	23
3.9.2	Je Bein, je Sitzung.....	23
3.9.3	Je Extremität, je Sitzung	23
3.9.4	Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft.....	23
4	Berechnung der Gebührenordnungspositionen.....	24
4.1	Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	24
4.2	Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen	25
4.2.1	Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung	26
4.3	Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung	27
4.3.1	Arzt-Patienten-Kontakt	27
4.3.2	Räumliche und persönliche Voraussetzungen.....	29
4.3.3	Mindestkontakte.....	30
4.3.4	Arztpraxisübergreifende Tätigkeit.....	30
4.3.5	Altersgruppen.....	31
4.3.5.1	Für Altersangaben gilt:.....	31
4.3.6	Labor.....	31
4.3.7	Operative Eingriffe.....	31
4.3.8	Fachärztliche Grundversorgung.....	33
4.3.9	Ärztliche Zweitmeinung.....	33
4.3.9.1	Einleitung der Zweitmeinung.....	33
4.3.9.2	Berechnung der Zweitmeinung.....	33
4.3.9.3	Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsver- fahrens	34
4.3.10	Terminvermittlung durch die Terminservicestelle.....	34
4.3.10.1	Terminservicestellen-Terminfall	35
4.3.10.2	Terminservicestellen-Akutfall	37
4.4	Abrechnungsausschlüsse	38
4.4.1	Nicht neben/nicht nebeneinander.....	38
4.4.2	Zuschlag	38
5	Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungs- zentren und angestellte Ärzte	39
5.1	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	39
5.2	Kennzeichnungspflicht	40
5.3	Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen.....	40

6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind	41
6.1	Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale	41
6.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	41
6.2.1	Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3	42
6.3	Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung	42
7	Kosten	43
7.1	In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten	43
7.2	Nicht berechnungsfähige Kosten	44
7.3	Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten	45
7.4	Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten	45
	II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen	47
1	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	48
1.1	Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100–01102 48
1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst	01205–01226 51
1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320–01323 64
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen	01410–01461 68
1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510–01531 92
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600–01660 98
1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen	01731–01748 112
1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe	01920–01936 127
1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diarmorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit	01949–01960 131
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	140
2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100–02120 140
2.2	Tuberkulintestung	02200 143
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen	02300–02360 143
2.4	Diagnostische Verfahren, Tests	02400–02402 159
2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500–02512 160

III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen.....	163
13	Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin.....	163
13.1	Präambel.....	163
13.2	Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung	168
13.2.1	Internistische Grundpauschalen	13210–13228 168
13.2.2	Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen.....	171
13.2.2.1	Präambel.....	171
13.2.2.2	Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen	13250 172
13.2.2.3	Weitere, nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige GOPs	13251–13260 174
13.3	Schwerpunktorientierte internistische Versorgung.....	178
13.3.1	Angiologische Gebührenordnungspositionen.....	13290–13311 178
13.3.2	Endokrinologische Gebührenordnungspositionen.....	13340–13360 184
13.3.3	Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen...	13390–13439 188
13.3.4	Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen	13490–13507 203
13.3.5	Kardiologische Gebührenordnungspositionen.....	13540–13576 208
13.3.6	Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse.....	13590–13622 218
13.3.7	Pneumologische Gebührenordnungspositionen	13640–13678 230
13.3.8	Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie	13690–13701 240
IV	Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	245
30	Spezielle Versorgungsbereiche	245
30.1	Allergologie	245
30.1.1	Allergologische Anamnese	30100 245
30.1.2	Allergie-Testungen.....	30110–30123 246
30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung.....	30130–30131 250
30.2	Chirotherapie und Hyperbare Sauerstofftherapie.....	251
30.2.1	Chirotherapie	30200–30201 251
30.2.2	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom.....	30210–30218 252
30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300–30301 258
30.4	Physikalische Therapie.....	30400–30440 260
30.5	Phlebologie	30500–30501 267
30.6	Proktologie	30600–30611 268
30.7	Schmerztherapie.....	270
30.7.1	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	30700–30708 272
30.7.2	Andere schmerztherapeutische Behandlungen	30710–30760 282
30.7.3	Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V	30790–30791 288
30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30900–30901 294

30.10	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	30920–30924	298
30.12	Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA		302
30.12.1	Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30940–30952	303
30.12.2	Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)	30954–30956	308
30.13	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	30980–30988	308
31	Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen		314
31.1	Präoperative Gebührenordnungspositionen		315
31.1.1	Präambel.....		315
31.1.2	Präoperative Gebührenordnungspositionen	31010–31013	315
31.2	Ambulante Operationen.....		318
31.2.1	Präambel.....		318
32	In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie Transfusionsmedizin		324
32.1	Grundleistungen	32001	327
32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen		334
32.2.1	Basisuntersuchungen.....	32025–32042	335
32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045–32052	340
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen.....	32055–32107	342
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110–32117	350
32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen.....	32120–32125	351
32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128–32150	352
32.2.7	Mikrobiologische Untersuchungen	32151–32152	356
32.2.8	Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen.....	32880–32882	357
32.3	Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen		358
32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	32155–32187	360
32.3.2	Funktionsuntersuchungen	32190–32198	364
32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen	32203–32229	366
32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32230–32421	369
32.3.5	Immunologische Untersuchungen.....	32426–32533	394
32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen.....	32540–32557	408
32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32560–32670	410
32.3.8	Parasitologische Untersuchungen.....	32680–32682	425
32.3.9	Mykologische Untersuchungen.....	32685–32692	426
32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen.....	32700–32775	429

32.3.11	Virologische Untersuchungen	32780–32795	441
32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen.....	32811–32859	443
32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen	32860–32866	452
32.3.15	Immungenetische Untersuchungen		453
32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	32901–32918	453
32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen.....	32931–32949	456
33	Ultraschalldiagnostik	33000–33100	461
34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, CT, Magnetfeld- Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie mit CT		479
34.1	Präambel.....		479
34.2	Diagnostische Radiologie.....		481
34.2.1	Schädel, Halsweichteile	34210–34212	481
34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	34220–34223	482
34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien.....	34230–34238	484
34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens.....	34240–34252	489
34.2.5	Urogenitalorgane	34255–34257	493
34.2.6	Gangsysteme	34260	495
34.2.7	Mammographie.....	34270–34275	495
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen	34280–34282	498
34.2.9	Gefäße	34283–34298	499
34.3	Computertomographie.....		506
34.3.1	Neurocranium und Wirbelsäule.....	34310–34312	506
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34320–34322	507
34.3.3	Thorax	34330	508
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34340–34345	509
34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke.....	34350–34351	511
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT.....	34360	512
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie.....		513
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule.....	34410–34411	514
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34420–34422	515
34.4.3	Thorax	34430–34431	516
34.4.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	34440–34442	518
34.4.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke.....	34450–34452	519
34.4.6	Bestrahlungsplanung MRT	34460	520
34.4.7	MRT-Angiographien.....	34470–34492	521
34.5	Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen.....	34500–34505	524
34.6	Osteodensitometrie	34600–34601	528
34.7	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) (PET/CT)	34700–34703	529
34.8	Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgen- aufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil).....	34800–34821	534

36	Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich	539
36.1	Präambel.....	539
36.2	Belegärztliche Operationen	540
36.2.1	Präambel.....	540
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä).....	546
37.1	Präambel.....	546
37.2	Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.....	37100–37120 548
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä....	37300–37320 551
37.4	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	37400 558
38	Delegationsfähige Leistungen	560
38.1	Präambel.....	561
38.2	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern	38100–38105 562
38.3	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten, nicht ärztlichen Praxisassistenten	38200–38207 563
V	Kostenpauschalen	567
40	Kostenpauschalen	567
40.1	Präambel.....	567
40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40100–40106 567
40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40110–40126 570
40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter.....	40142–40167 573
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen	40300–40306 576
40.7	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen.....	40350–40351 577
40.8	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe	40454–40455 578
40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide	40500–40584 578

40.14	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren	40815–40838	584
VI	Anhänge		591
1	Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen		591
2	Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36		607
3	Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V		608
4	Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen		611
5	nicht vorhanden		614
6	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)		614
VII	Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen		615
50	Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)		621
50.1	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	50100–50112	622
50.4	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	50400–50401	627
51	Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)		629
51.1	Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	51010–51011	629

51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen	51020–51023	629
51.4	Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen	51040–51041	632
Schutzimpfungen			635
Informationen der KBV: Vergütung in der ASV: Beschluss zur Definition des Behandlungsfalls			639
Rechtsprechung: Urteile zu GKV-Abrechnungen und Behandlungen			643
1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung			643
2. Behandlungen – Einzelfälle			646
3. Urteile zu Methoden der Alternativen Medizin im GKV-Bereich			649
4. Praxisführung			653
Literatur			657
Internet			659
Stichwortverzeichnis			661

Herausgeber und Autoren

Dr. med. Peter M. Hermanns [Hrsg.]

Geboren 1945 in Neumünster. Studium der Medizin in Hamburg. Weiterbildung: Innere Medizin im Forschungsinstitut Borstel, Radiologie an der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg.

1981 Niederlassung als Allgemeinmediziner in Hamburg, dann 1995–1999 in München.

1986/87 Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg.

Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München und des medizinischen Online-Dienstes www.medical-text.de, der sich speziell an Ärzte in Praxis und Klinik wendet.

Die Agentur medical text hat zahlreiche Bücher im Bereich ärztlicher Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik und Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing erarbeitet.

Dr. Hermanns hat für die Verlage Ecomed, Huber, Deutscher Ärzte Verlag, Elsevier Verlag, Rowohlt Verlag, Mosaik Verlag und Springer Verlag, aber auch für Pharmafirmen Broschüren und Bücher konzipiert und herausgegeben. Zu medizinischen Themen Mitarbeit an zahlreichen Publikumszeitschriften und beim Radio Schleswig-Holstein.

Seit Juli 2017 Chefredakteur der von der Agentur medical text Dr. Hermanns 2017 konzipierten Datenbank zur ärztlichen Abrechnung der verschiedenen Gebührenordnungen, die inzwischen der Springer Verlag, Berlin übernommen hat. (<https://www.springermedizin.de/goae-ebm/15083006>).

Dr. med. Wolfgang Meierin

Geboren am 19. Mai 1961 in München. 1967 – 1980 Schulausbildung in München, anschließend Studium der Humanmedizin/LMU München.

Von Mai 1989 bis August 1990 Wehrdienst als Truppenarzt bei der Luftwaffenstützungsstaffel Erding.

Danach bis Juni 1992 Assistenzarzt der Herzchirurgischen Klinik am ZK Augsburg. Von Juni 1992 – August 1997 Assistenzarzt der Medizinischen Abteilung am Kreis-krankenhaus Bad Aibling und der I. Medizinischen Klinik, Klinikum Rosenheim, Ausbildung zum Notarzt.

Anerkennung zum Internisten im August 1999.

April 2001 Niederlassung als Internist München am Goetheplatz

Seit Juni 2000 Internistischer Sachverständiger am Sozialgericht München und Landessozialgericht Bayern.

Seit 1999 Mitglied im Berufsverband deutscher Internisten.

Mitarbeiter an der Springer Abrechnungs-Datenbank.

Constanze Barufke

Geboren 1988 in Bad Muskau, Fachanwältin für Medizinrecht. Studium der Rechtswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. Rechtsreferendariat beim Kammergericht Berlin.

Seit 2014 Rechtsanwältin bei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB. Spezialisiert auf die Beratung von Ärzten, Psychotherapeuten und MVZ insbesondere zu Fragen der Abrechnung und Honorarverteilung nach EBM. Mitarbeiterin an der Springer Abrechnungs-Datenbank.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht im DAV sowie der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AEV	Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
AG	Amtsgericht
Allg. Best.	Allgemeine Bestimmungen des EBM
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
ASV	ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
Az.	Aktenzeichen
BAanz	Bundesanzeiger
BÄK	Bundesärztekammer
BAnz.	Bundesanzeiger
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BG	Berufsgenossenschaften
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Betriebskrankenkassen
BMÄ	Bewertungsmaßstab – Ärzte
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (jetzt BMGS)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV, BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte, vereinbart zwischen KBV und Bundesverbänden der Primärkassen
BSG	Bundessozialgericht bzw. Entscheidungssammlung des BSG mit Angabe des Bandes und der Seite
Buku	Bundesknappschaft
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DÄ	Deutsches Ärzteblatt, erscheint im Deutschen Ärzteverlag, Köln
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab gem. § 87 SGB V
ECLAM	Funktions-Fragebogen
E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
EK	Ersatzkassen
EKV	Arzt-/Ersatzkassenvertrag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOA-BÄK	Gebührenordnungsausschuss der Bundesärztekammer
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (amtliche Gebührenordnung)

Abkürzungsverzeichnis

GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten (amtliche Gebührenordnung)
GOP	in der Regel auch: Gebührenordnungsposition
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte (amtliche Gebührenordnung)
HAQ	Health Assessment Questionnaire (Fragebogen)
HSET	Heidelberger Sprachentwicklungstest
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
i.d.R.	in der Regel
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheiten
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICSI	intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkassen
IVF	In-vitro-Fertilisation
JAS	Jugendarbeitsschutz
JVEG	Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz
KA	für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeitvorgaben
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landgericht
LK	Landwirtschaftliche Krankenkasse, jetzt SVLFG
LSG	Landessozialgericht
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MMST	Mini-Mental-Status-Test
Nr.	Nummer
Nrn.	Nummern
NUB	Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (inzwischen durch BUB-Richtlinien ersetzt)
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OVG	Oberverwaltungsgericht
PET	Psycholinguistischer Entwicklungstest
PGBA	Pflegegesetzadaptiertes Geriatriches Basisassessment
PK	Primärkassen, dazu zählen:

	• Betriebs-KK • BundesknappschaftInnungs-kk • Landwirtschaftliche KK • Primärkassen • Orts-KK • See-KK
PKV	Private Krankenversicherung
Primärkassen	Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekasse, Bundesknappschaft
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RVL	Regelleistungsvolumen
SGB I	Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (I), Allgemeiner Teil
SGB IV	Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (V), enthält die Vorschriften zur Sozialversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V), enthält das Krankenversicherungs- und auch das Kassenarztrecht
SGB X	Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (X), Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SG	Sozialgericht
SKT	Syndrom-Kurztest, Demenztest
StGB	Strafgesetzbuch
STIKO	Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
VdAK	Verband der Angestellten-Krankenkassen
ZKA-BÄK	Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, gebildet aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Inneren, des PKV-Verbandes, der Bundesärztekammer sowie eines nicht stimmberechtigten Vertreters der Privatärztlichen Verrechnungsstellen
ZPO	Zivilprozessordnung
z.T.	zum Teil

Vorwort

WICHTIG: Änderungen zum EBM noch vor Druckbeginn:

Die Ärzte Zeitung (<https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Bewertungsausschuss-verlaengert-Corona-Regeln-aber-nur-teilweise-410484.html>) meldet am 24.6.2020: „... **Der Bewertungsausschuss hat vor einigen Tagen die Spezial-Regeln zur Abrechnung der Videosprechstunde verlängert.** So bleiben die behandlungsfall- und leistungsbezogenen Begrenzungen der Videosprechstunde bis zum Ende des dritten Quartals aufgehoben. Das heißt, es dürfen weiterhin in mehr als 20 Prozent der Behandlungsfälle ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte in einer Videosprechstunde stattfinden ...“

Weitere Änderungen finden Sie ebenfalls über den oben angegebenen Link!

Unser umfangreicher Gesamt-EBM ist aufgrund der zahlreichen Änderungen inzwischen auf über 900 Seiten angewachsen. Deshalb haben wir uns nach den zahlreichen neuen Änderungen zu den 2. und 3. Quartalen 2020 entschlossen, das Buch in einzelne Bände speziell für die Praxis der Pädiater, Hausärzte und Internisten in einzelne Büchern auszurichten und auf die relevanten Leistungen der jeweiligen Fachgruppe reduziert.

Der vorliegende Kommentar wendet sich primär an hausärztlich tätige Internisten und teilweise auch an Hausärzte. Grundlage dieser Arbeit war u.a.

- die Übernahme der kommentierten Leistungskomplexe aus unserer Springer Abrechnungsdatenbank
- das Abgleichen der Leistungspositionen mit denen von der KBV auf ihrer Internetseite unter ARZTGRUPPEN EBM aufgelisteten EBM Nrn. (https://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php)

Nicht aufgenommen wurden die OP-Leistungen der Kapitel 31 und 36, dies hätte weiterer 800 Seiten bedurft. Den schnellen Überblick zu den zahlreichen OPS-Codierungen zur EBM- Abrechnung finden auch teilweise operativ tätige Internisten kostenfrei unter www.springermedizin.de/ops-codierungen

Ferner finden Sie auf einen Blick alle dazu gehörigen EBM-Nummern z.B. der Anästhesie, der postoperativen Überwachungskomplexe und der postoperativen Behandlungskomplexe neben den OPS-Nummern.

Die „schlankere“ EBM-Ausgabe dürfte das Suchen und Finden im Praxisalltag deutlich vereinfachen und damit beschleunigen.

Die speziellen Mitarbeiter an diesem Buch sind neben dem Mediziner Herr Dr. Peter Hermanns, der Internist Herr Dr. Wolfgang Meierin und die Juristin Frau Constanze Barufke. Das Buch bietet u.a.:

- **Leistungen mit einem Stern *** in diesem Buch sind EBM-Leistungen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen und zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) führen.
- **Anhebung des Orientierungspunktwertes** In dieser Ausgabe wurde natürlich die Anhebung des Orientierungswerts zum 1. Januar 2020 auf 10,9871 Cent (bisher 10,8226 Cent) berücksichtigt.

- **Aufnahme der EBM Änderungen zum 1.4. und 1.7.2020** mit Punktänderungen, Ausschlüssen und Kommentaren.
- Die aktualisierten **Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand** des Vertragsarztes finden Sie bei den meisten EBM Nrn. angegeben.
- **Erweitert wurde der Bereich Rechtsprechung** um zahlreiche Urteile zu EBM Abrechnungsfragen.
- **Änderungen/Ergänzungen zur Gebührenordnung EBM zum Beginn eines neuen Quartals nach unserem Redaktionsschluss von der KBV** veröffentlicht finden Sie als pdf-Datei zum download unter www.springermedizin.de/hermannsEBM

Weitere Abrechnungskommentare im Springer-Verlag

Komprimierte EBM Kommentare erscheinen im Ende Juni 2020 für

Pädiater

**Hermanns, Peter M. (Hrsg.) unter Mitarbeit von Landendörfer, Wolfgang – Bar-
tezy, Reinhard – Sonja Mizich**

Allgemeinmediziner

**Hermanns, Peter M. (Hrsg.) unter Mitarbeit von Büttner, Jürgen –
Barufke, Constanze**

GOÄ+IGeL

Hermanns, Peter M. – (Hrsg.) unter Mitarbeit von Mattig, W.:

GOÄ Kommentar – IGeLAbrechnung

2020 – 14. Auflage mit Kommentaren – Gerichtsurteilen – Analoge Bewertungen –
über 250 Abrechnungstipps und Hinweise zur korrekten IGeL-Abrechnung

UV-GOÄ

**Hermanns, Peter M. – Schwartz, Enrico (Hrsg) unter Mitarbeit von Hoffmann,
K.H. – T. Tiling – A. Eisenkolb – Landendörfer, W.**

UV-GO. 2020 Kommentar – 20. Auflage mit allen erhöhten Preisen seit 1.1.2020,
Kommentaren, ausgewählten Arbeitshinweisen der DGUV – Gerichtsurteilen – Hin-
weise zu Berufskrankheiten

Abrechnung jederzeit aktuell in der Abrechnungs-Datenbank

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen nach den unterschiedlichen Gebührenordnun-
gen ist in den letzten Jahren für Ärzte und Helferinnen immer schwieriger geworden.
Sehr hilfreich ist hierzu in der Praxis und Klinik eine umfangreiche kostenpflichtige
Kommentardatenbank mit hunderten von korrekten Abrechnungsbeispielen unter
[https://www.springermedizin.de/abrechnungsdatenbank-abonnieren/15080178
?itemUrl=/goae-ebm/15083006](https://www.springermedizin.de/abrechnungsdatenbank-abonnieren/15080178?itemUrl=/goae-ebm/15083006)

Die Datenbank gibt Hinweise zu Richtlinien, KV Anmerkungen und vielen aktuellen Ur-
teilen, um erfolgreich und korrekt abzurechnen und informiert auch über viele weitere
praxis- und auch klinikrelevante Themen wie z.B. Fragen zu rechtlichen Problemen,
Fragen der möglichen Mehrwertsteuerpflicht. Zu Ihrer Information können Sie die Da-
tenbank nach Anmeldung vor einem Abonnement mehrere Tage kostenlos nutzen.

München, im Juni 2020

Dr. Peter M. Hermanns – Dr. Wolfgang Meierin – Constanze Barufke

Immer wieder die Frage: Was dürfen die Fachgruppen abrechnen?

Die Gliederung des EBM in Fachärztliche Kapitel beschreibt die erlaubten Leistungen (teilweise genehmigungspflichtig durch die KV). Trotzdem ist vielen Vertragsärzten nicht ganz klar, welche Leistungen sie – über die in dem Kapitel ihrer Fachgruppe aufgeführten Leistungen hinaus – abrechnen dürfen aus den Kapitel.

- II Arztübergreifende allgemeine Gebührenpositionen
- IV Fachübergreifende spezielle Gebührenpositionen

Einige Verwirrung hat der „Anhang 1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ gebracht, weil hier Leistungen ohne und mit EBM-Nrn. aufgeführt sind. Aber die Erläuterung im Tabellenkopf zum Anhang 1, zu den Leistungen mit und ohne EBM-Leistungsposition

- Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten (VP = Versichertenpauschale),
- Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n) (GP = Grund-/Konsiliarpauschale),
- Leistung ist in sonstigen GOP enthalten (SG = sonstige Gebührenordnungspositionen)

helfen zu erkennen, ob die gesuchte Leistung einzeln abrechenbar ist oder nicht, da sie Bestandteil einer Versicherten – oder Grundpauschale ist.

Die Frage, darf eine Leistung abgerechnet werden, obwohl sie im Anhang 1 aufgelistet ist, lässt sich mit einem Blick in die fachgruppenbezogene Präambel und dann auf die Anmerkungen zur jeweiligen EBM-Leistung klären.

Beispiel: Einige Leistungen, z.B. die Nrn. 01600 (Ärztlicher Bericht), 01601 (Ärztlicher Brief) oder Nrn. 01430 (z.B. Wiederholungsrezept) oder 01435 (Tel. Kontaktaufnahme durch Patient) sind nach der Präambel einiger Arztgruppen abrechenbar, obwohl sie im Anhang 1 aufgelistet sind.

In nur 3 Schritten können Sie prüfen und eindeutig erkennen, ob eine Leistung für Ihre Fachgruppe abrechnungsfähig ist.

1. Abrechnung der Leistungen Ihres Fachgebietes ohne Qualifikationsnachweis oder KV-Genehmigung:

Sie dürfen alle Leistungen Ihres Fachgebietes abrechnen, bei denen keine zusätzlichen Qualifikationsvoraussetzungen und/oder KV-Genehmigung in der Präambel oder in der Anmerkung zu den EBM-Leistungen gefordert sind

2. Abrechnung von Leistungen Ihres Fachgebietes mit Qualifikationsnachweis oder KV-Genehmigung:

Sind für Leistungen Qualifikationsnachweise und/oder die Genehmigung Ihrer KV erforderlich und besitzen Sie diese, können Sie diese Leistungen erbringen und abrechnen.

3. Lesen Sie die Präambel zu Ihrer Fachgruppe:

Die Präambel listet die Leistungen auf, die Sie zusätzlich zu den Leistungen Ihres Fachgebietes erbringen dürfen.

Wichtig ist, dass auch für die nach der obigen Regelung zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen immer auch die Abrechnungsvoraussetzungen und -ausschlüsse beachtet werden müs-

sen, die im EBM für die Abrechnung der jeweiligen Einzel-Leistung genannt sind. Genauso ist auf die vollständige Leistungserbringung zu achten.

Unterschiedliche Fachgruppen haben unterschiedliche Präambeln, d.h. eine Fachgruppe kann z.B. eine Leistung aus Kapitel II abrechnen, da die Leistung in der Präambel aufgeführt ist und eine andere Fachgruppe wiederum darf dies nicht, da diese Leistung in ihrer Präambel nicht aufgeführt ist.

I Allgemeine Bestimmungen

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Begriffe Einzelleistung, Leistungskomplex, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale, Strukturpauschale sowie Qualitätszuschlag beziehen sich auf berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Mit Bezug auf diese Abrechnungsbestimmungen werden die Begriffe Pauschale, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale mit dem Begriff Pauschale zusammengefasst. Der Katalog der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen ist abschließend und einer analogen Berechnung nicht zugänglich. In Gebührenordnungspositionen enthaltene – aus der Leistungsbeschreibung ggf. nicht erkennbare – Teilleistungen sind im Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähiger Leistungen in Anhang 1 aufgeführt. Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt werden, sind im Anhang 4 zum EBM aufgeführt.

Kommentar: Diese Einleitung stellt klar, dass nur die im EBM verzeichneten Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Analoge Heranziehung einzelner Leistungen, wie sie nach der GOÄ möglich sind, sind im System der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Abrechnung nicht zulässig. Wird eine Leistung erbracht, die im EBM nicht beschrieben ist, sollte im Zweifel die zuständige Kassenärztliche Vereinigung über eine Abrechnungsfähigkeit befragt werden.

Teilleistungen, die – wenn auch nicht immer aus der Beschreibung erkennbar – in Gebührenordnungspositionen enthalten sind, werden mit der Vergütung für diese Positionen abgegolten und sind nicht gesondert abrechnungsfähig. Eine Auflistung dieser nicht gesondert abrechnungsfähigen Teilleistungen findet sich in Anhang 1. Diese Teilleistungen dürfen, da sie Inhalt einzelner Gebührenordnungspositionen sind, dem Patienten auch nicht privat – z.B. als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL-Leistungen) – in Rechnung gestellt werden. In der Anlage 4 sind diejenigen Leistungen aufgelistet, die vom Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt wurden.

1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

Die Inhalte dieser Allgemeinen Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen aus Vereinfachungsgründen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich dem Vertragsarzt vorbehalten.

Kommentar: Die im Laufe der Zeit über den eigentlichen „Adressatenkreis“ des ehemaligen „Kassenarztrechts“ deutlich hinausgewachsene Zahl der im System zulassungsfähigen „Leistungserbringer“ hat diese Klarstellung notwendig gemacht. Gesondert erwähnt werden gegenüber dem EBM 2000plus angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Versorgungszentren.

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind nachfolgenden Bereichen zugeordnet:

- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen,
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen,
- IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.

Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich V dar.

- V. Kostenpauschalen,
- VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.

Kommentar: Hier wird die übergeordnete Struktur des EBM aufgezeigt, der neben – grundsätzlich für alle Ärzte abrechnungsfähigen – arztgruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen auch arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen sowie Kostenpauschalen vorsieht und daneben – grundsätzlich nur für die jeweilige Arztgruppe abrechnungsfähige – arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen beinhaltet.

Im arztgruppenübergreifenden Bereich sind natürlich nach wie vor die durch das Berufsrecht vorgegebenen Fachgebietsgrenzen zu beachten, die durch den EBM nicht aufgehoben werden. Im Wesentlichen gehören hierzu Notfalleleistungen, Visiten und Besuche, Berichte, Gutachten usw., Gesundheits- und Früherkennungsleistungen, die „Kleine Chirurgie“, physikalisch-therapeutische Leistungen und Infusionen.

In den arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen ist in der Regel eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich, deren Erteilung Fachkundenachweise, Nachweise apparativer Ausstattung sowie Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen erfordern kann.

Rechtsprechung:

► Vergütung von Notfallbehandlungen

Die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im EBM-Ä darf nicht danach differenzieren, ob die Behandlung im organisierten vertragsärztlichen Notfalldienst oder in einem Krankenhaus durchgeführt worden ist. Für eine unterschiedliche Bewertung gibt es keinen sachlichen Grund; das Gleichheitsgebot des Art. 3 Abs.1 GG wäre verletzt.

Aktenzeichen: BSG, 17.09.2008, AZ: B 6 KA 46/07 R

Entscheidungsjahr: 2008

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

Die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen werden in Gebührenordnungspositionen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs unterteilt.

Kommentar: Im hausärztlichen Bereich finden sich die Leistungen des eigentlichen hausärztlichen Versorgungsbereichs sowie die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin. Im fachärztlichen Bereich finden sich die Leistungen der Fachgebiete von der Anästhesiologie bis zur Physikalischen und Rehabilitativen Medizin.

1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe

In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen angegeben.

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Tätigkeit auf das Fachgebiet zu beschränken, für das er zugelassen ist. Hiervon ausgenommen sind die unter 4.2.1 genannten Fälle sowie die in den Präambeln der einzelnen Fachgruppen geregelten Ausnahmen. Gleiches gilt für angestellte Ärzte. Gebührenordnungspositionen, deren Durchführung und Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die durchgeführten Leistungen seines angestellten Arztes gemäß § 14a Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) auf der Basis des Beschlusses der Zulassungsgremien berechnen. Satz 3 und Satz 4 gelten entsprechend.

Kommentar: Wird im EBM die Abrechnungsfähigkeit an ein Gebiet, ein Teilgebiet (Schwerpunkt) oder eine Zusatzbezeichnung geknüpft, ist auf jeden Fall die berufsrechtliche Befugnis zum Führen der Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung erforderlich. Z.T. wird weiter auch eine entsprechend erteilte Zulassung gefordert, was zumindest bei Teilgebietsbezeichnungen problematisch sein kann.

Hier wurde aber bereits zum EBM 2000+ durch eine als Anlage zu den Gesamtverträgen beschlossene „Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005“ durch die Partner der Bundesmantelverträge (Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung) zumindest für den Bereich der Inneren Medizin – in dem die Mehrzahl der Probleme hätte auftreten können – hinsichtlich der Schwerpunktbezeichnungen eine „Entschärfung“ der EBM-Bestimmungen vorgenommen. Dort heißt es unter (4):

„Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen sind, können im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind (Hinweis der Autoren: z.B. Gastroskopie, Bronchoskopie). Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und

strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die ggf. ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Die Genehmigung ist unbefristet zu erteilen. In diesem Fall gelten für den Vertragsarzt auch die Abrechnungsbestimmungen, wie sie für einen Vertragsarzt gelten, der mit dem Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.“

Bei Leistungen, für die entweder Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Vereinbarungen der Partner des Bundesmantelvertrages für die Durchführung und Abrechnung bestehen, müssen vor Leistungserbringung und Abrechnung die erforderlichen Genehmigungen erworben werden.

Wichtig ist die Regelung für angestellte Ärzte. Die von diesen erbrachten Leistungen können dann, wenn die sonst für den Vertragsarzt geltenden Voraussetzungen nur in der Person des Angestellten vorliegen, auch vom Vertragsarzt abgerechnet werden

1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen können, sofern diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind, von jedem Vertragsarzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet oder das Gebiet eines angestellten Arztes sowie unter Beachtung entsprechender vertraglicher Bestimmungen (z.B. Kinder-Richtlinie, Früherkennungs-Richtlinie) berechnet werden.

Kommentar: Im übrigen gelten für arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen die berufsrechtlichen Fachgebietsbeschränkungen. Zusätzlich müssen diese Positionen jeweils in der Präambel zu dem Kapitel für die betreffende Arztgruppe (Abschnitt III) aufgeführt sein. Liegen beide Voraussetzungen vor, ist eine Leistung aus dem Bereich der arztgruppenübergreifenden allgemeinen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten berechnet werden, sofern sie die dort aufgeführten Kriterien erfüllen oder einen Arzt angestellt haben, der die dort aufgeführten Kriterien erfüllt.

Kommentar: In den 23 Unterabschnitten der arztgruppenspezifischen Leistungen ist jeweils am Anfang in den Präambeln abschließend bestimmt, wer die Leistungen des jeweiligen Abschnitts bzw. Kapitels abrechnen darf.

Nach einer bereits zum EBM 2000+ als Anlage zu den Gesamtverträgen beschlossenen „Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005“ durch die Partner der Bundesmantelverträge (Spitzenverbände der Krankenkassen und

Kassenärztliche Bundesvereinigung) ist das aber nur als Grundsatz zu verstehen, von dem aus Sicherstellungsgründen seitens einer Kassenärztlichen Vereinigung auch Ausnahmen zulässig sind. Dort wird unter (3) auf die Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 72 SGB V verwiesen, „wonach aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten durch die Kassenärztliche Vereinigung sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigt werden kann“. **Siehe: SGB V: § 72** <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/72.html>

1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen)

Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen setzen bei der Berechnung besondere Fachkundenachweise, apparative Anforderungen, die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und die in den entsprechenden Kapiteln bzw. Abschnitten und Präambeln zur Voraussetzung der Berechnung aufgeführten Kriterien voraus.

Die Berechnung von arztgruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen setzt weiterhin voraus, dass diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind.

Kommentar: Hier gilt der gleiche Kommentar wie zu 1.3. (s.o.).

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet.

Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.

Kommentar: Im Rahmen der nach § 106d SGB V durchzuführenden Abrechnungsprüfungen (welche nicht mit den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 ff. SGB V verwechselt werden dürfen) wird u.a. die Plausibilität der Abrechnung anhand der für die Erbringung der abgerechneten Leistungen aufgewendeten Zeit überprüft. Das setzt voraus, dass den einzelnen Leistungen des EBM Zeiten als (untere) Schwellenwerte zugeordnet werden (Prüfzeiten nach Anhang 3 des EBM).

Siehe: SGB V: § 106 <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/106d.html>

1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität, auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3 sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln. Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen. Satz 2 bis 4 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. Bei den Prüfungen ist von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Soweit es für den jeweiligen Prüfungsgegenstand erforderlich ist, sind die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume in die Prüfung einzubeziehen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die in Absatz 5 genannten Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse. Satz 2 gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren.

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen insbesondere hinsichtlich

1. des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
2. der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose, bei zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde,
3. der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Ärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit.

Sie unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

(4) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung nach Absatz 2 beantragen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann, sofern dazu Veranlassung besteht, Prüfungen durch die Krankenkassen nach Absatz 3 beantragen. Bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 oder 3 kann die Krankenkasse oder ihr Verband eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen beantragen; dies gilt für die Kassenärztliche Vereinigung bei festgestellter Unplausibilität nach Absatz 2 entsprechend. Wird ein Antrag nach Satz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung nicht innerhalb von sechs Monaten bearbeitet, kann die Krankenkasse einen Betrag in Höhe der sich unter Zugrundelegung des Antrags ergebenden Honorarberichtigung auf die zu zahlende Gesamtvergütung anrechnen.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4. In den Vereinbarungen sind auch Maßnahmen für den Fall von Verstößen gegen Abrechnungsbestimmungen, einer Überschreitung der Zeitrahmen nach Absatz 2 Satz 3 sowie des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen,

soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Die Maßnahmen, die aus den Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 folgen, müssen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Der Inhalt der Richtlinien nach Absatz 6 ist Bestandteil der Vereinbarungen.

(6) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3 einschließlich der Voraussetzungen für die Einhaltung der Ausschlussfrist nach Absatz 5 Satz 3 und des Einsatzes eines elektronisch gestützten Regelwerks; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht zu Stande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb einer von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

(7) § 106 Absatz 4 gilt entsprechend.

Kommentar: In besonderen Richtlinien zur Durchführung der Prüfungen nach § 106ad SGB V (Abrechnungsprüfrichtlinie) wird das Nähere zur Ausgestaltung derartiger Prüfungen auch unter Heranziehung der Kalkulationszeiten des EBM geregelt. Beträgt z.B. unter Nichtberücksichtigung bestimmter Leistungen (wie im organisierten Notfalldienst u.ä.) die ermittelte Arbeitszeit an mindestens drei Tagen des Quartals mehr als 12 Stunden oder im Quartal insgesamt mehr als 780 Stunden, ist das Anlass für weitere Prüfungen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts basieren die Prüfzeiten auf ärztlichem Erfahrungswissen und können im Durchschnitt von einem erfahrenen, geübten und zügig arbeitenden Arzt nicht unterschritten werden (Urteil vom 24.11.1993 – 6 RKA 70/91). Da mit der Reform des EBM zum 01.04.2020 u.a. die Prüfzeiten nach Anhang 3 zum Teil deutlich reduziert wurden, ohne dass sich der Leistungsinhalt der einzelnen GOPen geändert hätte, ist jedoch zweifelhaft, ob die Feststellungen des BSG zu den „alten“ Prüfzeiten noch Bestand haben können.

Das Bundessozialgericht hatte mit Urteil vom 24.10.2018 entschieden (B 6 KA 42/17 R), dass bei psychotherapeutischen Leistungen für die Bildung von Tagesprofilen nicht auf die Prüfzeiten abzustellen ist. In die Ermittlung der Prüfzeiten seien auch Zeiten für die Reflexion und Supervision eingeflossen, die nicht zwingend an einem bestimmten Arbeitstag erbracht werden müssen. Anhang 3 des EBM wurde daraufhin entsprechend angepasst.

1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen

Für die Versendung bzw. den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichte entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 oder individuellen Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

Kommentar: Diese Bestimmung regelt klarstellend, dass für die Versendung bzw. den Transport der genannten Untersuchungsberichte bzw. individuellen Arztbriefe entsprechende Kostenpauschalen berechnungsfähig sind.