

Praxisabrechnung EBM Kompakt

Edition Neurologen | Neuro-Chirurgen

Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen
Redaktionell bearbeitet und komprimiert

Aufbereitet und nur gültig für
niedergelassene Neurologen und Neuro-Chirurgen

Autor: Dr. med. Wolfgang Goldmann

ISBN 978-3-936715-57-6 (E-Book-Ausgabe)

Praxisabrechnung EBM Kompakt

Edition Neurologen | Neuro-Chirurgen

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM)
Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen

Aufbereitet und nur gültig für niedergelassene
Neurologen und Neuro-Chirurgen

Redaktionell bearbeitet und komprimiert

Autor: Dr. med. Wolfgang Goldmann



www.medizin-medienvlag.de

Der Autor

Dr. med. Wolfgang Goldmann arbeitet seit 1978 in eigener Praxis. Seine Spezialgebiete sind Expertensysteme für die Gebührenordnungen EBM und GOÄ. Zu diesen Themen hat er bereits zahlreiche Fachbücher im Medizin-Medienverlag veröffentlicht. Außerdem verfügt er über jahrelange Erfahrung als Referent von Ärzteschulungen zu den Themen EBM, GOÄ und UV-GOÄ, sowie ICD-10 und OPS. Als Fachautor schreibt er u. a. für die Zeitschrift „Arzt & Wirtschaft“, für den Medizin-Medienverlag für NEUROMEDIZIN und UROFLASH.

Praxisabrechnung EBM Kompakt Edition Neurologen | Neuro-Chirurgen Dr. med. Wolfgang Goldmann

Verlagsredaktion und -lektorat: M. A. P. Hofbeck
Redaktionell bearbeitet und komprimiert.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen (z. B. Internet/CD-ROM).

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck auch auszugsweise verboten.

Geschützte Warennamen und Warenzeichen werden nicht immer kenntlich gemacht. Fehlende Kennzeichnung bedeutet nicht, dass es sich um einen freien Namen handelt.

© 2016 | MedienCompany GmbH | Medizin-Medienverlag | Aschau i.Chiemgau | München
Telefon: 08052 9511966 | Fax: 08052 9511968
Internet: www.mediencompany.de | www.medizin-medienverlag.de
E-Mail: info@medizin-medienverlag.de

Printed in Germany
ISBN 978-3-936715-56-9 (Printausgabe)
ISBN 978-3-936715-57-6 (E-Book-Ausgabe / PDF)

Internetangebote

Fachärzte: www.facharztmedien.de und www.NEUROMEDIZIN.de
MFA: www.medizinische-fachangestellte.com und www.mfa-heute.de
Aktuelles Fachwissen, Fort- und Weiterbildung und Lifestyle

Die Angaben in diesem Buch beruhen auf sorgfältigen Recherchen des Autors. Es ist jedoch zu beachten, dass die Angaben Änderungen unterliegen. Verlag und Autor übernehmen trotz sorgfältiger Prüfung keine Gewähr bzw. Haftung für Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in diesem Buch.

Nach vielen Jahren der Print-Ausgaben von **Praxisabrechnung EBM Kompakt** steht nun neben dem gedruckten Werk auch die erste Ausgabe als E-Book für die Facharztgruppen **Neurologen und Neuro-Chirurgen** zur Verfügung. Das E-Book bietet viele Möglichkeiten, die das Printmedium nicht bieten kann. Die wichtigste davon ist die Portabilität.

Ärztliche Leistungen, wie sie in den Leistungslegenden der Gebührenordnung definiert sind, werden während eines einzelnen Arzt-Patienten-Kontaktes selten als alleinige Leistung erbracht. Meistens werden während desselben Arzt-Patienten-Kontaktes mehrere ärztliche Leistungen aus dem EBM durchgeführt, weil Diagnosefindung und Therapie es erfordern. Häufig werden aber erbrachte, ärztliche Leistungen deshalb nicht abgerechnet, weil keiner in der ärztlichen Praxis (weder Arzt noch MFA) die Kombinationsmöglichkeiten der EBM-Ziffern sofort präsent hat. In der Regel verzichtet man auf die Abrechnung von tatsächlich erbrachten Leistungen, weil man befürchtet, gegen das Regelwerk des EBM zu verstoßen. Zustehendes Honorar wird dabei verschenkt. Es gibt Untersuchungen, die nachweisen, dass etwa 23,5 Prozent des zustehenden Honorars nicht abgerufen werden.

Zudem ist die Kombinierbarkeit der EBM-Ziffern seit der Einführung der Grundpauschalen umso wichtiger, da die Patienten nicht mehr so oft einbestellt werden. Die Grundpauschalen stellen in der Vertragsarztpraxis den Hauptumsatzträger dar und können vom Leistungsinhalt her schon durch einen „persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt“ rechtmäßig abgerechnet werden. Die Lenkungswirkung des EBM zielt auf eine Verminderung der Arzt-Patienten-Kontakte ab.

In dieser Ausgabe ist auch ein besonderer Wert auf eine differenzierte Markierung von **Leistungsausschlüssen** gelegt worden. Das Problem des Regelwerkes im EBM besteht nicht darin, dass der Arzt im Quartal oder beim einzelnen Arzt-Patienten-Kontakt (APK) nicht alle notwendigen Leistungen erbringen kann, sondern dass er gerade wegen des Regelwerkes nicht alle notwendigen Leistungen abrechnen kann, die er auch tatsächlich erbracht hat. Im Fließtext des EBM sind diese Ausschlüsse nur schwer zu erkennen. Daher wurden die Leistungsausschlüsse in dieser Ausgabe mit verschiedenen Farben markiert, damit der Arzt sofort erkennen kann, welche Art von Leistungsausschluss bei jeder einzelnen Leistung vorliegt.

Im EBM gibt es spezielle Formulierungen, die den Leistungsausschluss definieren:

1. **im Behandlungsfall nicht neben**

Dieser Leistungsausschluss ist der am weitesten gehende Leistungsausschluss, da er sich über den Zeitraum eines ganzen Quartals erstreckt. **Der Behandlungsfall entspricht einem Quartal.** Zwei oder mehrere Leistungen, die durch diesen Leistungsausschluss gekennzeichnet sind, können während eines ganzen Quartals nicht gleichzeitig abgerechnet werden.

Beispiel: Von den Ziffern 30110 und 30111 kann im selben Quartal wahlweise nur eine davon abgerechnet werden.

2. **am Behandlungstag nicht neben**

Dieser Leistungsausschluss bezieht sich auf den Fall, dass zwei oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte am selben Tag mit Angabe der Uhrzeit abgerechnet werden. Der Leistungsausschluss bezieht sich nur auf den jeweiligen Tag, gilt aber nicht für andere Tage innerhalb desselben Quartals.

3. **nicht neben**

Dieser Leistungsausschluss ist der weitaus häufigste und kommt bei den meisten Leistungen vor. Er bedeutet, dass zwei bestimmte oder mehrere bestimmte Leistungen nicht bei ein und demselben Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden können. Die generelle Erbringung von zwei oder mehreren Leistungen bleibt davon unberührt

Vorwort

Der Facharzt (in diesem Fall der Neurologe und Neuro-Chirurg) darf nur die EBM-Ziffern abrechnen, die in seiner jeweiligen Facharztgebührenordnung enthalten sind. In diesem E-Book sind nur die Ziffern aufgeführt, die diese Fachgruppen auch abrechnen dürfen. Rechnet der Facharzt andere Ziffern ab, werden diese ersatzlos gestrichen. Das Nachreichen oder Ersetzen von Ziffern ist nicht möglich.

Das E-Book enthält wegen der Übersichtlichkeit eine Auswahl von EBM-Leistungen, mit denen 99,1 Prozent des Kassenumsatzes erwirtschaftet werden können. Die Auswahl von relevanten EBM-Ziffern ist ein Charakteristikum für die Bücher der Reihe **Praxisabrechnung EBM Kompakt**. Für die restlichen 0,9 Prozent des Kassenumsatzes muss in der Original-Gebührenordnung nachgesehen werden.

Die Leistungslegenden der aufgeführten EBM-Ziffern sind vollständig abgebildet. Die Nummerierung in den einzelnen Kapiteln wurde beibehalten, damit bei Querverweisen in den Leistungslegenden die entsprechenden Textstellen leichter auffindbar sind.

Bei jeder EBM-Leistung ist ein Kästchen auf gleicher Höhe mit der EBM-Ziffer eingefügt, in dem sofort die Anzahl der Punkte, der Prüfzeit und der Art des Profils erkennbar ist. Auf derselben Höhe ist auch der Eurobetrag in einer eigenen Spalte deutlich abgehoben. Die wesentlichen Kenngrößen einer Abrechnungsziffer sind also mit einem Blick übersehbar.

Wegen der zunehmenden Plausibilitätsprüfungen werden die **Prüfzeiten** und das **Prüfprofil** immer wichtiger:

Die **Prüfzeit** ist in Minuten angegeben und bedeutet die Mindestzeit, die für die Erbringung der jeweiligen Leistung gefordert wird und auch automatisch bei der Abrechnungsprüfung zugeordnet wird. Eine Reihe von Leistungen hat keine Prüfzeit. Bei diesen Leistungen steht dann **Prüfzeit: keine**.

Im **Profil** wird unterschieden zwischen einem **Tagesprofil** und einem **Quartalsprofil**.

Im Tagesprofil werden die Zeiten der Leistungen addiert, die an einem bestimmten Tag erbracht wurden. Dabei wird die Leistung als erbracht angenommen, wenn sie abgerechnet worden ist. Leistungen, für die ein Tagesprofil erstellt wird, werden auch im Quartalsprofil erfasst. Bei diesen Leistungen steht dann **Profil: Tag / Quartal**.

Ein Teil der Leistungen wird nur im **Quartalsprofil** erfasst. Bei diesen Leistungen steht dann **Profil: Quartal**.

Bei der Plausibilitätsprüfung sind die kritischen Grenzen:

Tagesprofil: 12 Stunden/Tag

Quartalsprofil: 780 Stunden/Quartal

780 Stunden im Quartal entsprechen demnach 65 Arbeitstagen. Dabei ist die Überschreitung des Tagesprofils kritischer als die Überschreitung des Quartalsprofils. Es wird auf jeden Fall empfohlen, im Bedarfsfall eine ausführliche Dokumentation vorzuweisen (Befunde, ICD-10-Ziffern, Verordnungen usw.).

Zeitüberschreitungen können eher vorkommen bei großen Praxen ab ca. 1.200 Patienten pro Quartal.

Das E-Book enthält zusätzlich bei einigen Abrechnungsziffern **Hinweise**, die im einen oder anderen Fall nützlich sein können. Ebenso sind **ICD-10-Ziffern** an manchen Stellen eingefügt, wo diese erforderlich oder hilfreich sind.

Ich wünsche ein erfolgreiches Arbeiten mit der neuen **Praxisabrechnung EBM Kompakt** für **Neurologen** und **Neuro-Chirurgen** als E-Book oder als Printausgabe.

Dr. med. Wolfgang Goldmann

Expertensysteme für ärztliche Abrechnung

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
I			Allgemeine Bestimmungen		8
	1		Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung, Struktur		8
	2		Erbringung der Leistungen		10
	3		Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall		12
	4		Berechnung der Gebührenordnungspositionen		13
	5		Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte		16
	6		Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind		17
	7		Kosten		18
II			Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen		19
	1		Allgemeine Gebührenordnungspositionen		19
		1.1	Besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten	01100-01102	19
		1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(fall)dienst	01210-01222	20
		1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320-01321	24
		1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungsgebühr	01410-01440	25
		1.5	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge	01510-01512	31
		1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600-01623	32
		1.8	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	01950-01952	35
		2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		37
		2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100-02120	37
		2.2	Tuberkulintestung	02200	39
		2.3	Operative Eingriffe („Kleine Chirurgie“), Chirurgische Behandlung	02300-02360	39
	2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500-02512	46	
III			Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen		48
	16		Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen		48
		16.2	Neurologische Grundpauschalen	16210-16217	49
		16.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	16220-16371	49

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
IV	30		Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen		55
			Spezielle Versorgungsbereiche		55
		30.1	Allergologie		55
		30.1.1	Allergie-Testungen	30110-30111	55
		30.1.2	Provokations-Testungen	30120-30123	56
		30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130-30131	57
		30.2	Chirotherapie	30200-30201	58
		30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300-30301	59
		30.4	Physikalische Therapie	30400-30421	60
		30.7	Schmerztherapie	30700-30791	62
		30.8	Soziotherapie	30800-30811	72
		30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30900-30901	73
	30.11	Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses	90390-90935	75	
	30.12	MRSA	30940-30956	77	
	31		Ambulante und belegärztliche Operationen, Anästhesien, präoperative Leistungen, postoperative Leistungen, orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen		82
		31.2	Ambulante Operationen		82
		31.2.10	Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie	31241-31268	84
	32		Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie		89
		32.1	Grundleistungen	32001	90
		32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	32005-32023	91
		32.2.1	Basisuntersuchungen	32025-32042	93
		32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045-32052	94
		32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen	32056-32107	95
		32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110-32117	97
		32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120-32125	97
		32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128-32148	98
		32.3.2	Funktionsuntersuchungen	32192-32198	99
		32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32230-32461	100
		32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32560-32641	101
	33		Ultraschalldiagnostik (Vorbemerkungen)		104
			Schilddrüse	33012	104
			Fontanelle	33052	105
			Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	33060-33075	105
		Extremitätenver- und entsorgende Gefäße			

Inhalt					
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite
			Organe/Organeile/Organstrukturen, die nicht Bestand- teil anderer GOP sind	33081	107
	34		Zuschläge: transkavitäre U., Führungshilfen	33090-33092	107
			Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computer- tomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissions- tomographie mit Computertomographie		108
		34.2	Diagnostische Radiologie		109
		34.2.1	Schädel, Halsweichteile	34210-34223	109
		34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schulter- gürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien	34230	109
		34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen	34280-34282	110
		34.2.9	Gefäße	34283-34287	111
		34.3	Computertomographie		113
		34.3.1	Neurocranium und Wirbelsäule	34310-34312	113
		34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34320-34345	113
		34.4	Magnet-Resonanz-Therapie		114
		34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule	34410-34411	115
		34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	34420-34421	115
		34.4.7	MRT-Angiographie	34470-34505	116
	35		Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psycho- therapie (Psychotherapie-Richtlinien)		119
		35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100-35150	119
		35.2	Antragspflichtige Leistungen	35200-35225	123
		35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35300-35302	130
	36		Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärzt- liche postoperative Überwachung Konservativ belegärztlicher Bereich		132
		36.2	Belegärztliche Operationen		132
		36.2.10	Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie	36241-36268	134
		36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen	36861-36867	137
V	40		Kostenpauschalen		137
		40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40100-40106	137
		40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unter- lagen, Kostenpauschale für Telefax	40120-40126	138
		40.5	Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmal- sklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter	40142-40260	139

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.

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.

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind 3 Bereichen zugeordnet:

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

Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich V dar.

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

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

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

Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien ge-

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-EBM
	<p>bunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die 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 erbrachten Leistungen seines angestellten Arztes auf der Basis des Beschlusses des Zulassungsausschusses berechnen. Satz 1 und Satz 2 gelten entsprechend.</p> <p>1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen</p> <p>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-Richtlinien, Früherkennungs-Richtlinien) berechnet werden.</p> <p>1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen</p> <p>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.</p> <p>1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen)</p> <p>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.</p> <p>1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung</p> <p>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.</p> <p>Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.</p> <p>1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen</p> <p>Für die Versendung bzw. den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungs-Berichte entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 oder individuellen Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.</p>	

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-EBM
------------	-----------------------	----------

2 Erbringung der Leistungen

2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arzt Nummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.

Eine Gebührenordnungsposition ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Leistungserbringung erfolgt.

2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

Fakultative Leistungsinhalte sind Bestandteil des Leistungskataloges in der Gesetzlichen Krankenversicherung; deren Erbringung ist vom Einzelfall abhängig.

2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden.

2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen

Für die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen gilt: Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen, die in mehreren Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind, sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind entsprechend zu berücksichtigen. Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und - sofern vorhanden - fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind zu berücksichtigen.

Diese Regelung ist auch anzuwenden, wenn die Gebührenordnungsposition in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind. Dies gilt für Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte ärztliche Leistungen die Voraussetzungen sowohl zur Berechnung von Einzelleistungen, Komplexen oder Pauschalen, so ist statt der Einzelleistung entweder der zutreffendere Komplex bzw. die Pauschale bzw. statt des Komplexes die zutreffendere Pauschale zu berechnen. Dies gilt auch für den Arztfall, jedoch nicht für Auftragsleistungen.

2.1.4 Berichtspflicht

Die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde in den unten genannten Fällen setzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V voraus, dass hierzu eine schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegt, die widerrufen werden kann. Gibt der Versicherte auf Nachfrage keinen Hausarzt an bzw. ist eine schriftliche Einwilligung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die nachstehend aufgeführten Gebührenordnungspositionen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erbracht: 02311, 02312, 02313, 07310, 07311, 07320, 07330, 08310, 13250, 13300, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 13701, 14313, 14314, 16230, 16231, 16232, 16233, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 21230, 21231, 21233, 30110, 30111, 30702, 30704 und 30901.

Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die Erstellung und Versendung entweder

- eines Berichtes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. eines Briefes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt oder
- einer Kopie des an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichtes bzw. Briefes an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01602 zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

Bei Berechnung der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen ist die Übermittlung mindestens einer Befundkopie an den Hausarzt Abrechnungsvoraussetzung: 01722, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01790, 01791, 01792, 01793, 01830, 01831, 01835, 01836, 01837, 01838, 01839, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08541, 08570, 08571, 08572, 08573, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13552, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30810, 30811 und 30900 sowie der Gebührenordnungsposition der Kapitel 11, 17, 25, 33 und 34.

2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind von der Regelung in Nr. 2.1.4 entbunden.

EBM-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Euro-EBM
	<p>2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen</p> <p>Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen" (Anhang 1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.</p> <p>Neben den o. g. mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschalen ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale anstelle der mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Durchführung der Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) notwendig.</p> <p>2.2 Persönliche Leistungserbringung</p> <p>Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) persönlich erbringt.</p> <p>2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute</p> <p>Die Berechnung einer Gebührenordnungsposition durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch ermächtigte Krankenhäuser oder ermächtigte Institute ist an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschale durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.</p> <p>Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Pauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.</p> <p>3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall</p> <p>3.1 Behandlungsfall</p> <p>Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.</p> <p>3.2 Krankheitsfall</p> <p>Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.</p> <p>3.3 Betriebsstättenfall</p> <p>Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)</p>	

und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

3.4 Arztfall

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall (s. Allgemeine Bestimmung 4.3.4) berechnungsfähig (kurativ-ambulante) und umfassen die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung.

Bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulanter Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)), die nicht im Anhang 1 (Spalten VP und/oder GP) aufgeführt sind (s. Allgemeine Bestimmung 2.1.6) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale, sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Gebührenordnungsposition 01210 bzw. 01212 (Not(-fall)pauschale im organisierten Not(-fall)-dienst) ist für die Berechnung einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)-dienstes notwendig.

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

Gebührenordnungspositionen mit diagnostischem und therapeutischem Leistungsinhalt sind als Einzelleistungen, Leistungskomplexe oder Zusatzpauschalen beschrieben. Mit Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind, bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte, entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien) berechnungsfähig. Für Urethro(-zysto)skopien sind die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.

4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung

4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen und/oder mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient an demselben Ort voraus.

Telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig. Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden. Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

Die Berechnung von Komplexen und Zusatzpauschalen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Die apparative Ausstattung zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte ist beim Vertragsarzt erfüllt, wenn er über die Möglichkeit der Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte verfügt und diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachweisen kann. Für Ärzte, die ausschließlich im Status eines angestellten Arztes tätig sind, gilt diese Regelung nur für die Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Für die in den Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen und die in Anhang 1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

4.3.3 Mindestkontakte

Gebührenordnungspositionen, die eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall voraussetzen, sind auch berechnungsfähig, wenn die Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Arztfall stattfindet.