

 Abrechnung erfolgreich und optimal

Peter M. Hermanns  
*Hrsg.*

# EBM 2022 Kommentar Kinderheilkunde

Kompakt: Mit Punktangaben,  
Eurobeträgen, Ausschlüssen, GOÄ Hinweisen

Unter Mitarbeit von W. Landendörfer,  
R. Bartzky, C. Barufke, S. Mizich

*3. Auflage*

 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 ► <https://link.springer.com/bookseries/16362>

Peter M. Hermanns  
(Hrsg.)

# **EBM 2022 Kommentar Kinderheilkunde**

Kompakt: Mit Punktangaben, Eurobeträgen, Ausschlüssen, GOÄ  
Hinweisen

3., vollständig überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von Wolfgang Landendörfer, Reinhard Bartzky,  
Constanze Barufke und Sonja Mizich

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

Dieses Werk basiert auf Inhalten der Datenbank <http://arztundabrechnung.de>, Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

ISSN 2628-3190                      ISSN 2628-3204 (electronic)  
Abrechnung erfolgreich und optimal  
ISBN 978-3-662-64483-6              ISBN 978-3-662-64484-3 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64484-3>

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

Koproduktion mit dem Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020, 2021, 2022.

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, 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

Planung: Hinrich Küster

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

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Herausgeber und Autoren</b> .....  | <b>XI</b>   |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....  | <b>XIII</b> |
| <b>Vorwort</b> .....  | <b>XVII</b> |
| <b>I Allgemeine Bestimmungen</b> .....  | <b>1</b>    |
| <b>1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur</b> .....  | <b>1</b>    |
| 1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen .....  | 1           |
| 1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche .....  | 1           |
| 1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen.....   | 2           |
| 1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe .....   | 2           |
| 1.3 Qualifikationsvoraussetzungen .....   | 2           |
| 1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.....   | 3           |
| 1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen .....   | 3           |
| 1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige<br>Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenord-<br>nungspositionen)..... | 4           |
| 1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung .....  | 4           |
| 1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen ...   | 5           |
| 1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen .....   | 5           |
| <b>2 Erbringung der Leistungen</b> .....  | <b>5</b>    |
| 2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung .....   | 5           |
| 2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte .....  | 6           |
| 2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung.....   | 7           |
| 2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen.....  | 7           |
| 2.1.4 Berichtspflicht .....   | 7           |
| 2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht .....  | 9           |
| 2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund-<br>oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen.....   | 9           |
| 2.2 Persönliche Leistungserbringung.....  | 10          |
| 2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte<br>Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute .....  | 10          |
| <b>3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall</b> .....   | <b>10</b>   |
| 3.1 Behandlungsfall.....  | 10          |
| 3.2 Krankheitsfall.....   | 11          |
| 3.3 Betriebsstättenfall.....  | 12          |
| 3.4 Arztfall.....   | 12          |
| 3.5 Arztgruppenfall .....   | 12          |
| 3.6 Zyklusfall .....  | 12          |
| 3.7 Reproduktionsfall .....   | 12          |
| 3.8 Zeiträume/Definitionen .....  | 13          |
| 3.8.1 Kalenderjahr .....  | 13          |
| 3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag .....   | 13          |
| 3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen .....   | 13          |
| 3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen .....  | 13          |
| 3.8.5 Behandlungstag .....  | 13          |
| 3.8.6 Quartal .....   | 13          |
| 3.8.7 Der letzten vier Quartale .....   | 13          |
| 3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen .....   | 14          |
| 3.9.1 Je vollendeten Minuten .....  | 14          |
| 3.9.2 Je Bein, je Sitzung .....   | 14          |
| 3.9.3 Je Extremität, je Sitzung .....   | 14          |
| 3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft .....  | 14          |

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| <b>4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen</b> .....  | <b>14</b>                   |
| 4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale .....   | 14                          |
| 4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen.....   | 15                          |
| 4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung.....   | 16                          |
| 4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung .....  | 17                          |
| 4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt.....   | 17                          |
| 4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen .....   | 18                          |
| 4.3.3 Mindestkontakte.....  | 19                          |
| 4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit.....  | 19                          |
| 4.3.5 Altersgruppen.....  | 19                          |
| 4.3.5.1 Für Altersangaben gilt .....  | 20                          |
| 4.3.6 Labor .....   | 20                          |
| 4.3.7 Operative Eingriffe.....  | 20                          |
| 4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung .....   | 21                          |
| 4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung .....  | 21                          |
| 4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung .....   | 21                          |
| 4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung .....   | 21                          |
| 4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens .....   | 21                          |
| 4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle .....  | 22                          |
| 4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall .....  | 22                          |
| 4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall .....  | 24                          |
| 4.4 Abrechnungsausschlüsse .....  | 25                          |
| 4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander .....   | 25                          |
| 4.4.2 Zuschlag .....  | 25                          |
| <b>5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte</b> .....   | <b>25</b>                   |
| 5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.....   | 25                          |
| 5.2 Kennzeichnungspflicht .....   | 26                          |
| 5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen.....   | 26                          |
| <b>6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind</b> .....  | <b>27</b>                   |
| 6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale .....  | 27                          |
| 6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.....   | 27                          |
| 6.2.1 Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3.....   | 27                          |
| 6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung .....  | 28                          |
| <b>7 Kosten</b> .....   | <b>28</b>                   |
| 7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten.....  | 28                          |
| 7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten .....  | 29                          |
| 7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten .....   | 29                          |
| 7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten.....  | 30                          |
| <b>II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen....</b>  | <b>31</b>                   |
| <b>Kapitel Bereich EBM-Nrn. Seite</b>   |                             |
| <b>1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen</b> .....  | <b>32</b>                   |
| 1.1 Aufwandsersatzung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten.....   | <b>01100-01102</b> ..... 32 |
| 1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst .....   | <b>01205-01226</b> ..... 35 |
| 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungs-komplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen ..... | <b>01410-01470</b> ..... 45 |
| 1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge.....  | <b>01510-01516</b> ..... 65 |
| 1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten .....  | <b>01600-01672</b> ..... 67 |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 1.7      | Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutter-schaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschafts-abbruch (vormals Sonstige Hilfen) ..... | 84         |
| 1.7.1    | Früherkennung von Krankheiten bei Kindern .....  | 85         |
| <b>2</b> | <b>Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen .....</b>  | <b>101</b> |
| 2.1      | Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen .....   | 101        |
| 2.2      | Tuberkulintestung .....  | 103        |
| 2.3      | Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen .....  | 103        |
| 2.4      | Diagnostische Verfahren, Tests, Corona-Abstrich .....  | 116        |
| 2.5      | Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen .....   | 117        |

### III Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen .....

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| <b>4</b> | <b>Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin .....</b>                              | <b>121</b> |
| 4.1      | Präambel .....   | 121        |
| 4.2      | Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin .....             | 125        |
| 4.2.1    | Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichs-spezifische Vorhaltung .....  | 125        |
| 4.2.2    | Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung .....   | 129        |
| 4.2.3    | Besondere Leistungen .....   | 133        |
| 4.2.4    | Sozialpädiatrische Versorgung .....  | 137        |
| 4.2.5    | Palliativmedizinische Versorgung .....   | 140        |
| 4.4      | Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin ..... | 142        |
| 4.4.1    | Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie .....                                | 142        |
| 4.4.2    | Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen .....                                     | 147        |
| 4.4.3    | Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie .....           | 151        |
| 4.5      | Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiter-bildung .....                 | 152        |
| 4.5.1    | Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen .....                      | 152        |
| 4.5.2    | Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen .....                            | 157        |
| 4.5.3    | Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie .....                       | 159        |
| 4.5.4    | Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse .....             | 161        |
| 4.5.5    | Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie .....     | 165        |

### IIIb Fachärztlicher Versorgungsbereich .....

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>27</b> | <b>Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin .....</b> | <b>167</b> |
| 27.2      | Physikalisch rehabilitative Grundpauschale .....                                       | 167        |

### IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen .....

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| <b>30</b> | <b>Spezielle Versorgungsbereiche .....</b>   | <b>169</b> |
| 30.1      | Allergologie .....   | 169        |
| 30.1.1    | Allergologische Anamnese .....   | 169        |
| 30.1.2    | Allergie-Testungen .....   | 170        |
| 30.1.3    | Hyposensibilisierungsbehandlung .....  | 172        |
| 30.4      | Physikalische Therapie .....   | 173        |
| <b>31</b> | <b>Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen .....</b> | <b>174</b> |
| 31.1      | Präoperative Gebührenordnungspositionen .....  | 174        |
| 31.1.1    | Präambel .....   | 174        |
| 31.1.2    | Präoperative Gebührenordnungspositionen .....  | 175        |

Die Leistungen der Gebührenpositionen für ambulantes Operieren, Anästhesie, praeoperative und fachärztliche postoperative Gebührenpositionen der Kapitel 31.2 bis 31.2.13, 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe und die Kapitel 31.4.3 bis 31.5.3 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit aufgenommen.

|           |  |                             |
|-----------|--|-----------------------------|
| 31.4      | Postoperative Behandlungskomplexe .....  | 177                         |
| 31.4.2    | Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich.....  | 31600..... 177              |
| <b>32</b> | <b>In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie Transfusionsmedizin .....</b>         | <b>178</b>                  |
| 32.1      | Grundleistungen .....  | 180                         |
| 32.2      | Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen.....  | 184                         |
| 32.2.1    | Basisuntersuchungen.....   | 32025–32042..... 185        |
| 32.2.2    | Mikroskopische Untersuchungen.....   | 32045–32052..... 189        |
| 32.2.3    | Physikalische oder chemische Untersuchungen .....  | 32055–32107..... 191        |
| 32.2.4    | Gerinnungsuntersuchungen .....   | 32110–32117..... 197        |
| 32.2.5    | Funktions- und Komplexuntersuchungen .....   | 32120–32125..... 198        |
| 32.2.6    | Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen .....  | 32128–32150..... 199        |
| 32.2.7    | Mikrobiologische Untersuchungen.....   | 32151–32152..... 202        |
| 32.2.8    | Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen   | 32880–32882..... 203        |
| 32.3      | Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekulopathologische Untersuchungen .....  | 204                         |
| 32.3.1    | Mikroskopische Untersuchungen.....   | 32155–32187..... 205        |
| 32.3.2    | Funktionsuntersuchungen .....  | 32190–32198..... 209        |
| 32.3.3    | Gerinnungsuntersuchungen .....   | 32203–32229..... 210        |
| 32.3.4    | Klinisch-chemische Untersuchungen.....   | 32230–32421..... 213        |
| 32.3.5    | Immunologische Untersuchungen .....  | 32426–32533..... 235        |
| 32.3.6    | Blutgruppenserologische Untersuchungen.....  | 32540–32557..... 247        |
| 32.3.7    | Infektionsimmunologische Untersuchungen .....  | 32560–32670..... 249        |
| 32.3.8    | Parasitologische Untersuchungen .....  | 32680–32682..... 262        |
| 32.3.9    | Mykologische Untersuchungen.....   | 32685–32692..... 263        |
| 32.3.10   | Bakteriologische Untersuchungen .....  | 32700–32775..... 265        |
| 32.3.11   | Virologische Untersuchungen .....  | 32779–32795..... 274        |
| 32.3.12   | Molekularbiologische Untersuchungen.....   | 32811–32859..... 277        |
| 32.3.14   | Molekulargenetische Untersuchungen.....  | 32860–32865..... 286        |
| <b>33</b> | <b>Ultraschalldiagnostik .....</b>   | <b>33000–33100..... 287</b> |
| <b>35</b> | <b>Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie).....</b> | <b>292</b>                  |
| 35.1      | Nicht antragspflichtige Leistungen.....  | 35100–35179..... 293        |
| 35.2      | Antragspflichtige Leistungen.....  | 306                         |
| 35.2.1    | Einzeltherapien .....  | 35401–35435..... 308        |
| 35.2.2    | Gruppentherapien .....   | 35503–35719..... 314        |
| 35.2.3    | Zuschläge.....   | 320                         |
| 35.2.3.1  | Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2.....  | 35571–35573..... 320        |
| 35.3      | Psychodiagnostische Testverfahren.....   | 35600–35602..... 320        |
| <b>36</b> | <b>Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich .....</b>                            | <b>323</b>                  |

Die Leistungen der belegärztlichen Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung des Kapitels 36 wurden wegen des großen Umfangs nicht mit Kommentaren aufgenommen.

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b>V Kostenpauschalen .....</b>   | <b>325</b>                            |
| <b>40 Kostenpauschalen.....</b>   | <b>325</b>                            |
| 40.1 Präambel .....   | 325                                   |
| 40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw.<br>sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersu-<br>chungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien .....  | <b>40100–40106</b> ..... 325          |
| 40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von<br>Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen,<br>Kosten pauschale für Telefax .....   | <b>40110–40131</b> ..... 327          |
| 40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien,<br>Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmal-<br>sklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter.....   | <b>40142–40154</b> ..... 329          |
| <b>VI Anhänge .....</b>   | <b>331</b>                            |
| <b>1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen .....</b>  | <b>331</b>                            |
| <b>2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der<br/>Kapitel 31 und 36 .....</b>   | <b>331</b>                            |
| <b>3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des<br/>Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V .....</b>   | <b>331</b>                            |
| <b>4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen .....</b>  | <b>331</b>                            |
| <b>5 nicht vorhanden .....</b>  | <b>331</b>                            |
| <b>6 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen<br/>der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfach-<br/>ärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) .....</b> | <b>331</b>                            |
| <b>VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)<br/>berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Hinweise zur KBV).....</b>  | <b>332</b>                            |
| <b>VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V<br/>berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Hinweise zur KBV).....</b>  | <b>332</b>                            |
| <b>Schutzimpfungen.....</b>   | <b>89100A–89600B</b> ..... <b>333</b> |
| <b>Rechtsprechung: Urteile zu GKV-Abrechnungen und Behandlungen .....</b>   | <b>337</b>                            |
| <b>1. Grundsätze bei GKV-Abrechnung .....</b>   | <b>337</b>                            |
| <b>2. Behandlungen – Einzelfälle .....</b>  | <b>338</b>                            |
| <b>3. Praxisführung .....</b>   | <b>341</b>                            |
| <b>Literatur und Internet.....</b>  | <b>342</b>                            |
| <b>Stichwortverzeichnis.....</b>  | <b>345</b>                            |

## UV-GOÄ für Pädiater

|  |     |
|--|-----|
| <b>Einleitung</b> .....  | 365 |
| <b>Wichtige Informationsquellen</b> .....                            | 366 |
| <b>Dokumentation ist wichtig</b> .....                               | 366 |
| Clearingstelle .....   | 367 |
| So vermeiden Sie Fehler in der Dokumentation .....                   | 367 |
| Allgemeine Heilbehandlung .....                                      | 367 |
| Wann besteht eine Vorstellungspflicht beim D-Arzt? .....             | 367 |
| Besondere Heilbehandlung .....                                       | 367 |
| Weiterbehandlung nach Primärversorgung beim D-Arzt? .....            | 368 |
| Hinzuziehung durch den D-Arzt .....                                  | 368 |
| Abrechnung .....   | 369 |
| Strukturen im Bereich der Unfallversicherung .....                   | 369 |
| Wann muss der Patient zum D-Arzt? .....                              | 370 |
| Verordnung von Arzneimitteln .....                                   | 370 |
| Was ist ein Wegeunfall? .....  | 371 |
| Impfungen .....  | 371 |
| <b>Wichtige Pädiatrische Gebührennummern</b> .....                   | 372 |
| Nr. 1 Symptomzentrierte Untersuchung .....                           | 372 |
| Nr. 6 Umfassende Untersuchung .....                                  | 372 |
| Nr. 800 Eingehende neurologische Untersuchung .....                  | 374 |
| Nr. 826 Neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung ..... | 374 |
| Nr. 125 Unfallbericht F1050 .....                                    | 374 |
| Nr. 143 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung § 47 V .....                | 375 |
| Nr. 401–420 Sonographie .....  | 375 |
| Nr. 200 ff. Verbände und Besondere Kosten .....                      | 376 |
| Nr. 2000 ff. Wundversorgung .....                                    | 377 |
| Nr. 1427 u. 1569 Fremdkörper Nase und Ohr .....                      | 378 |
| Nr. 2226 Chassaignac Reposition .....                                | 378 |

# Herausgeber und Autoren

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

Geboren 1945 in Neumünster. Studium der Medizin in Hamburg. 1981 Niederlassung als Allgemeinmediziner in Hamburg. 1986/87 Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg. Langjährige Tätigkeit als Medizinjournalist für Printmedien mit zahlreichen Buchveröffentlichungen zum Gesundheitswesen und psychologischen Angeboten und Methoden. Mitarbeit bei Rundfunk- und Fernsehanstalten.

Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München und des medizinischen Online-Dienstes [www.medical-text.de](http://www.medical-text.de), der sich mit speziellen Inhalten an Ärzte in Praxis und Klinik wendet. Der Arzt findet im Internet u.a. neben Kurzkomentaren zu den Gebührenordnungen zahlreiche Informationen zu den Bereichen Marketing, Praxisorganisation, Recht und Finanzen.

In den 90er Jahren gewählt in die Hamburger Gesundheitsdeputation für die SPD und im Ausschuß für die Besetzung von Chefarzten in einigen Hamburger Kliniken.

Die Agentur medical text hat zahlreiche Bücher im Bereich Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik/Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing für Verlage und Pharmafirmen konzipiert und herausgegeben.

Zu einigen medizinischen Themen wurden Kurzfilme gedreht. Technisch und inhaltlich setzt die Agentur Internetauftritte für einzelne Ärzte, Kliniken und Pharmakonzerne um.

### **Dr. med. Wolfgang Landendörfer**

- Geboren 1959 in Wunsiedel i. Fichtelgebirge, Studium der Humanmedizin in Erlangen und Promotion. Studium der Lebensmitteltechnologie in Berlin mit Abschluss als Diplomingenieur für Lebensmitteltechnologie.
- Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Ernährungsmediziner. Seit 2002 in eigener Praxis niedergelassen in Nürnberg-Mögeldorf.
- Honorarbeauftragter des BVKJ in Bayern und Mitglied im Bundeshonorarausschuss des BVKJ (Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte).

### **Dr. med. Reinhard Bartezyk**

Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Jahrgang 1968, Medizinstudium an FU und HU Berlin, Facharztausbildung Kinderklinik Lindenhof, Oberarzt in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Bad Saarow, in eigener Praxis seit 2005, Sprecher des Honorarausschusses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Landesverbandsvorsitzender LV Berlin und Mitglied im Bundesvorstand (BVKJ).

### **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.

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

### **Sonja Mizich**

Jahrgang 1982, nach erfolgreicher Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten folgte die weitere Qualifikation zur Praxismanagerin. Seit 2002 in leitender Funktion bei Dr. Wolfgang Landendörfer in einer großen Kinder- und Jugendarztpraxis in Nürnberg tätig.

Umfangreiche, bundesweite Vortragstätigkeit in allen pädiatrisch abrechnungsrelevanten Themengebieten für den BVKJ und Pädnetz Bayern.

Organisation und Referententätigkeit der „Sprung in die Praxis“ Workshops für effizientes Praxismanagement für Ärzte in Nürnberg und Berlin.

Leitung und Referententätigkeit der überregionalen Fortbildungsreihen „Kompaktabrechnungsworkshop BVKJ“ und „Mach Dich schlau am Mittwoch“ für medizinische Fachangestellte und Ärzte.

Mitautorin des erfolgreichen Abrechnungsratgebers „pädiatrische UV-GOÄ-Fibel“.

Außerdem ist Fr. Mizich Mitglied im Team der BVKJ-Service-GmbH für die Verhandlung von Selektivverträgen in Bayern.

# Abkürzungsverzeichnis

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

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>i.d.R.</b>       | in der Regel  |
| <b>ICD</b>          | Internationale Klassifikation der Krankheiten   |
| <b>ICF</b>          | Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit  |
| <b>ICSI</b>         | intrazytoplasmatische Spermieninjektion   |
| <b>IGeL</b>         | Individuelle Gesundheitsleistungen  |
| <b>IKK</b>          | Innungskrankenkassen  |
| <b>IVF</b>          | In-vitro-Fertilisation  |
| <b>JAS</b>          | Jugendarbeitsschutz   |
| <b>JVEG</b>         | Justizvergütungs- und entschädigungsgesetz  |
| <b>KA</b>           | für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeitvorgaben   |
| <b>KBV</b>          | Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin   |
| <b>KK</b>           | Krankenkasse  |
| <b>KV</b>           | Kassenärztliche Vereinigung   |
| <b>LG</b>           | Landgericht   |
| <b>LK</b>           | Landwirtschaftliche Krankenkasse, jetzt SVLFG   |
| <b>LSG</b>          | Landessozialgericht   |
| <b>MDK</b>          | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung  |
| <b>MMST</b>         | Mini-Mental-Status-Test   |
| <b>Nr.</b>          | Nummer  |
| <b>Nrn.</b>         | Nummern   |
| <b>NUB</b>          | Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (inzwischen durch BUB-Richtlinien ersetzt)   |
| <b>OLG</b>          | Oberlandesgericht   |
| <b>OPS</b>          | Operationen- und Prozedurenschlüssel  |
| <b>OVG</b>          | Oberverwaltungsgericht  |
| <b>PET</b>          | Psycholinguistischer Entwicklungstest   |
| <b>PGBA</b>         | Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment   |
| <b>PK</b>           | Primärkassen, dazu zählen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betriebs-KK</li> <li>• BundeskappschaftInnungs-kk</li> <li>• Landwirtschaftliche KK</li> <li>• Primärkassen</li> <li>• Orts-KK</li> <li>• See-KK</li> </ul> |
| <b>PKV</b>          | Private Krankenversicherung   |
| <b>Primärkassen</b> | Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekasse, Bundesknappschaft  |
| <b>PsychThG</b>     | Psychotherapeutengesetz   |
| <b>RVL</b>          | Regelleistungsvolumen   |
| <b>SGB I</b>        | Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (I), Allgemeiner Teil  |
| <b>SGB IV</b>       | Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (V), enthält die Vorschriften zur Sozialversicherung  |
| <b>SGB V</b>        | Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V), enthält das Krankenversicherungs- und auch das Kassenarzt-recht  |
| <b>SGB X</b>        | Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (X), Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz   |
| <b>SG</b>           | Sozialgericht   |
| <b>SKT</b>          | Syndrom-Kurztest, Demenztest  |
| <b>StGB</b>         | Strafgesetzbuch   |

## Abkürzungsverzeichnis

---

|                |  |
|----------------|--|
| <b>STIKO</b>   | Ständige Impfkommision am Robert-Koch-Institut   |
| <b>TFDD</b>    | Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung  |
| <b>VdAK</b>    | Verband der Angestellten-Krankenkassen   |
| <b>ZKA-BÄK</b> | 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 |
| <b>ZPO</b>     | Zivilprozessordnung  |
| <b>z.T.</b>    | zum Teil   |

# Vorwort

Der „EBM 2022 Kommentar Kinderheilkunde“ liegt in der dritten Auflage vor. Ein komprimierter und auf die fachgruppenspezifischen Bedürfnisse gekürzter EBM erleichtert die Handhabung enorm und hat sich in der Praxistauglichkeit für Kinder- und Jugendärzte sehr gut bewährt.

Erfreulicherweise konnten wir erneut auf die bewährte Autorenschaft aus den Reihen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte setzen: Die Mitarbeiter an dem Buch – Herr Dr. Wolfgang Landendörfer, Herr Dr. Reinhard Bartzky und die medizinische Fachangestellte Frau Sonja Mizich sind langjährig erfahrene Praktiker und ausgewiesene Fachleute der Abrechnung in der Pädiatrie. Außerdem konnten wir die in Medizinrechtsfragen qualifizierte Juristin Frau Constanze Barufke zusätzlich gewinnen.

In der ersten Ausgabe des „EBM 2020 Kommentar Kinderheilkunde“ standen die zahlreichen Änderungen der EBM-Novelle bis zum 1.4.2020 im Vordergrund. In der zweiten Auflage ging es vor allem darum, die zahlreichen coronabedingten Veränderungen zu erfassen und sinnhaft zu kommentieren. Die nun vorliegende dritte Auflage ist, neben zahlreichen Aktualisierungen, durch die Aufnahme der wichtigsten pädiatrierelevanten Ziffern der UV-GOÄ gekennzeichnet.

Kritisch muss man leider zum wiederholten Mal anmerken, dass die Systematik und Darstellung der KBV-Beschlüsse wenig arztfreundlich gestaltet sind. Das Anliegen unserer Kommentierungen ist es, sowohl den EBM als auch die pädiatrierelevanten Teile der UV-GOÄ leichter erfassbar und anwendungsfreundlicher für Sie und Ihr Praxisteam zu gestalten.

Sie finden die zahlreichen Änderungen der letzten 4 Quartale inklusive der Anhebung des Orientierungswerts zum 1. Januar 2022 auf 11,2662 Cent (aktuell bisher 11,1244 Cent) für alle relevanten pädiatrischen Leistungen. Dieser Kommentar hat alle bis zum Redaktionsschluss Anfang Dezember 2021 von der KBV beschlossenen Änderungen aufgenommen.

Die Arztleistungen der Corona Test- und Impfverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit verändern sich aufgrund der fluiden Pandemiesituation in so hohem Tempo, dass wir an dieser Stelle auf die tagesaktuellen Informationen der KBV-Homepage hinweisen.

Die einfachste Art für Sie, kurz vor einem neuen Quartal nach Änderungen zu suchen, sind die Internetseiten Ihrer KV oder die Seiten des Bewertungsausschusses – hier finden Sie auch ältere Quartale: [https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php). Kurze Informationen finden Sie auch unter: <https://www.kbv.de/html/praxisnachrichten.php>

Nach Redaktionsschluss veröffentlichte Ergänzungen des Bewertungsausschusses der KBV zur Gebührenordnung EBM finden Sie wie bisher zu diesem Buch als Pdf-Datei zum Download unter: [www.springermedizin.de/hermannsEBM](http://www.springermedizin.de/hermannsEBM).

Wichtiger Hinweis: Leistungen mit einem Stern \* in diesem Buch EBM-Leistungspositionen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen und zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) führen, sind in der Regel im Buch mit einem Stern \* gekennzeichnet.

München, im Dezember 2020

Dr. Peter M. Hermanns (Hrsg.) – Dr. Wolfgang Landendörfer – Dr. Reinhard Bartzky –  
Constanze Barufke – Sonja Mizich

### Wichtige Informationen: Nach Redaktionsschluss eingegangen:

- **COVID-19-SCHUTZIMPFUNG IN ARZTPRAXEN – ABRECHNUNG UND DOKUMENTATION**  
[https://www.kbv.de/media/sp/COVID-19-Impfung\\_PraxisInfo\\_Abrechnung\\_Dokumentation.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/COVID-19-Impfung_PraxisInfo_Abrechnung_Dokumentation.pdf)
- **ÜBERSICHT: TESTS AUF SARS-CoV-2 IN DER ARZTPRAXIS (KV Nordrhein)**  
[https://coronavirus.nrw/wp-content/uploads/2020/08/kurzversion\\_verguetungsuebersicht.pdf](https://coronavirus.nrw/wp-content/uploads/2020/08/kurzversion_verguetungsuebersicht.pdf)

**Bewertungsausschuss:** Leider auch innerhalb der laufenden Quartale veröffentlicht der **KBV-Bewertungsausschuss** Änderungen, die oft rückwirkend zum jeweiligen Quartalsanfang gelten sollen. Unter [https://www.kbv.de/html/beschluesse\\_des\\_ba.php](https://www.kbv.de/html/beschluesse_des_ba.php) können Sie aktuelle neue und ältere Änderungen lesen.

# 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.

**1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur****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 Notfallleistungen, 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.

**Rechtsprechung:** Für einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ist die Behandlung von Erwachsenen wegen Fachfremdheit nach der in den streitgegenständlichen Quartalen geltenden Weiterbildungsordnung grundsätzlich ausgeschlossen. Dies gilt nach LSG Bayerns auch dann, wenn der (im Fall des LSG ermächtigte) Kinderarzt auch dann, wenn die Patienten an bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Down-Syndrom, Mukoviszidose, cerebrale Anfallsleiden) leiden und keine – ausnahmsweise – Abrechnungsgenehmigung seitens der Krankenkasse vorliegt (LSG Bayerns, Urt. v. 15.7.2020, Az.: L 12 KA 3/19).

### 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.

**1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur**

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 Pauschalierungsgrades 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 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, deren Unterschreitung gegen eine ordnungsgemäße Leistungserbringung spricht.

Da der notwendige Mindestzeitaufwand für die Erbringung des obligaten Leistungsinhalts der hausärztlichen Grundpauschale (im Wesentlichen der Arzt-Patienten-Kontakt) so gering und der breite fakultative Leistungsinhalt eine so unterschiedliche Leistungsausgestaltung zulässt, stellt sich das SG Dresden die Frage, ob die Prüfzeit tatsächlich den durchschnittlichen Mindestaufwand widerspiegelt. Soweit sich unter Mitberücksichtigung solcher (nicht-zeitgebundenen) Leistungen eine Überschreitung des Zeitfonds ergibt, kann der Vorwurf der Falschabrechnung sich nur darauf stützen, dass entweder Leistungen der betreffenden Art angesetzt wurden, tatsächlich jedoch gar nicht, jedenfalls nicht durch den angegebenen Arzt, erbracht worden sind oder andere (zeitgebundene oder prozedural zeitaufwändige) Leistungen unrichtig bzw. unvollständig erbracht wurden. (SG Dresden, Beschluss vom 21.11.2019, Az.: S 25 KA 147/19 ER).

*„Für die Annahme eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts sind keine Mindestzeiten vorgesehen. Zwar muss es zu einer „direkten Interaktion“ zwischen Arzt und Patient, welche auch ein kuratives Tätigwerden durch den Arzt erfordert, gekommen sein“. Die Befragung eines Patienten sowie die daran geknüpfte Einschätzung, ob eine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist, kann aber innerhalb weniger Minuten erfolgen.“* Selbst wenn die Prüfzeiten die Zeiten berücksichtigen, die von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden, ist davon nicht der Fall umfasst, dass ein Arzt tatsächlich nur das absolut Notwendige (Arzt-Patienten-Kontakt) für die Abrechnung der Versichertenpauschale erbringt. Nach Auffassung des SG Berlin stoßen die Quartalsprofilzeiten bei quartalsbezogenen Pauschalen (mit vielen fakultativen Leistungsinhalten), als Indiz für eine Falschabrechnung an ihre Grenzen (SG Berlin, Ur. v. 29.07.2020, Az.: S 83 KA 101/18).

Aus der Neufassung der Prüfzeiten zum 2. Quartale 2020 folgt nicht, dass die zuvor geltenden Prüfzeiten fehlerhaft festgesetzt wurden und damit nichtig sind (SG Marburg; Gerichtsbescheid vom 21.8.2020, Az.: S 12 KA 1/18; vom 25.09.2020, Az.: S 12 KA 290/19).

### **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.

## **1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen**

Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich grundsätzlich nach der aktuell gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder eine nach den vorher gültigen Weiterbildungsordnungen erworbene entsprechende Bezeichnung führen.

## **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.

## 2 Erbringung der Leistungen

Ist im Leistungsinhalt ein Leistungsbestandteil mit „einschließlich“ benannt, handelt es sich um einen obligaten Leistungsinhalt. Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und“ verbunden, müssen alle diese Leistungsinhalte durchgeführt werden. Sofern der obligate Leistungsinhalt Aufzählungen, bspw. durch Spiegelstriche ohne eindeutige Verknüpfung, enthält, müssen alle diese aufgezählten Inhalte durchgeführt werden. Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „oder“ verbundenen Leistungsinhalte durchgeführt werden. Werden mehrere Leistungsinhalte durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition entsprechend den jeweils betreffenden durchgeführten Leistungsinhalten berechnungsfähig. Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und/oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „und/oder“ aufgeführten Leistungsinhalte durchgeführt werden. Die Durchführung mehrerer Leistungsinhalte, die mit „und/oder“ verbunden sind, berechtigt nicht zur mehrfachen Abrechnung der Gebührenordnungsposition.

### Kommentar:

Wie schon bisher gilt, dass nur vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet werden dürfen. Vollständig ist eine Leistung dann erbracht, wenn alle im EBM aufgeführten obligaten Leistungsanteile erbracht worden sind, die in der Leistungsbeschreibung genannten Dokumentationspflichten erfüllt und fakultativ erbrachte Leistungen dokumentiert sind.

Neu sind die wegen der flexibleren Tätigkeitsmöglichkeiten erforderlich gewordenen Regelungen:

a) Wird ein Arzt arztpraxisübergreifend tätig, kann die Leistung von der Praxis abgerechnet werden, in der die Vollständigkeit der Leistung erreicht wurde, wenn also der letzte der obligaten Bestandteile erbracht wurde.

b) Wirken an der Leistungserbringung mehrere Ärzte zusammen, rechnet derjenige unter Angabe seiner Arztnummer die Leistung ab, der die Vollständigkeit erreicht. Besonderheiten gelten allerdings dann, wenn einzelne Bestandteile einer Pauschale per Überweisung von einem anderen Arzt angefordert werden. Hier ist die Regelung in Abschnitt 2.1.6 (s.u.) zu beachten.

Für den Fall einer quartalsübergreifenden Erbringung der einzelnen Leistungsbestandteile wurde eine Abrechnungsfähigkeit nur dann angenommen, wenn eine obligate Berichterstattung oder Befundübermittlung innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss der vollständigen Leistungserbringung stattfindet.

### Rechtsprechung:

#### Ärzte dürfen nicht grundlos von Standardtherapie abweichen

Wenn Ärzte andere Behandlungsmethoden anwenden als die Standardtherapie, ohne ihre Patienten darauf hinzuweisen, ist das ein Behandlungsfehler. Das hat das Oberlandesgericht Hamm entschieden.

Als grob gilt der Fehler, wenn sich der Patient bereits für die Standardtherapie entschieden hatte. Ein Arzt behandelte im vorliegenden Fall die Hautkrebserkrankung eines Patienten mit einer fotodynamischen Therapie. Zuvor hatte der Patient die Standardtherapie gewünscht: eine Operation.

Der Arzt hatte den Patienten nicht darüber informiert, dass bei der fotodynamischen Therapie die Gefahr höher ist, dass der Krebs zurückkehrt.

**Aktenzeichen:** OLG Hamm, 25.02.2014, Az.: 26 U 157/12)

**Entscheidungsjahr:** 2014

### 2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

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

#### Kommentar:

Wird ein als fakultativ bezeichneter Leistungsbestandteil erbracht, kann dieser dann nicht mehr gesondert abgerechnet werden, da er mit der eigentlichen Leistung abgegolten ist.

Genauso wenig kann ein als fakultativ bezeichneter Leistungsbestandteil, der erbracht wurde, dem Patienten privat in Rechnung gestellt werden. Eine Leistung kann auch nicht abgerechnet werden, wenn die dazu erforderliche Ausstattung fehlt (z. B. fehlendes Dermatoskop bei 01745/ 01746).

### 2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

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

#### Kommentar:

Das ist die logische Folgerung aus dem Grundsatz nach 2.1. Wurde die nicht vollständig erbrachte Leistung aber berechnet, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Rückerstattung der Vergütung verlangen.

### 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.

#### Kommentar:

Die in diesem Abschnitt genannten sogenannten „unselbständigen Teilleistungen“ finden sich vor allem – aber nicht nur – unter den in Anhang 1 genannten Leistungen, die obligate oder fakultative Teile von Gebührenordnungspositionen, insbesondere von Pauschalen und Komplexen sind. Diese sind nicht gesondert abrechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn die Gebührenordnungspositionen in verschiedenen Abschnitten oder Kapiteln des EBM stehen. Ferner sind in einem solchen Fall sämtliche Abrechnungsbestimmungen und – ausschüsse zu berücksichtigen.

Aber auch weitere unselbständige Teilleistungen sind denkbar – obwohl die Leistung nicht im Anhang 1 genannt ist –, wie z.B.

- die Aufklärung eines Patienten vor der Leistungserbringung
- das Absaugen von Schleim aus der Luftröhre
- eine Blasenspülung bei der Zystoskopie
- Dehnung der Cervix uteri vor Abrasio
- Einläufe zur Reinigung vor Koloskopie u.ä.

Besonders hervorgehoben wird, dass mehrere Gesprächs- oder Beratungsleistungen während eines Arzt-Patienten-Kontaktes auch dann nicht nebeneinander abgerechnet werden können, wenn sie unterschiedliche Zielrichtungen haben.

Explizit geregelt ist, dass inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen nicht nebeneinander abgerechnet werden können, auch wenn sie in unterschiedlichen Abschnitten oder Kapiteln des EBM stehen und der Arzt berechtigt ist, Leistungen dieser unterschiedlichen Kapitel auch zu berechnen. Ferner sind in einem solchen Fall sämtliche Abrechnungsbestimmungen und -ausschlüsse zu berücksichtigen.

Ist eine Tätigkeit sowohl als Einzelleistung als auch als Komplex oder als Pauschale im EBM abgebildet, so kann nicht die Einzelleistung, sondern nur der Komplex bzw. die Pauschale, bzw. nicht der Komplex, sondern nur die zutreffende Pauschale berechnet werden.

### 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.

## 2 Erbringung der Leistungen

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, 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 Abschnitts 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 Berichts 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, 01793, 01794, 01795, 01796, 01830, 01831, 01841, 01842, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08575, 08576, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 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 III.b-11, III.b-17, III.b-25, IV-33 und IV-34.

**Kommentar:****Hinweis der Autoren:**

**Ob Berichte, Briefe oder Befundkopien erforderlich sind, damit die jeweilige EBM-Leistung korrekt erbracht ist, wurde bei den betreffenden EBM-Nrn. vermerkt!**

An dieser Stelle wird in sehr komplexer Weise die Berichtspflicht geregelt, die im Übrigen in den Leistungsbeschreibungen der hier genannten Leistungen noch einmal gesondert Erwähnung findet.

Bereits im Gesetz (§ 73 SGB V) sowie in den Bundesmantelverträgen (§ 24 Abs. 6 BMV-Ärzte,) ist die Verpflichtung der Ärzte zur gegenseitigen Information bei der Behandlung eines GKV-Versicherten normiert.

**BMV-Ä: § 24 Abs. 6, Überweisungen**

Der Vertragsarzt hat dem auf Überweisung tätig werdenden Vertragsarzt, soweit es für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist, von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben. Der auf Grund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist. Nimmt der Versicherte einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt unmittelbar in Anspruch, übermittelt dieser Facharzt mit Einverständnis des Versicherten die relevanten medizinischen Informationen an den vom Versicherten benannten Hausarzt.

Als Grundsatz gilt: Der Hausarzt ist immer zu informieren, auch wenn die Leistung nicht aufgrund einer von ihm ausgestellten Überweisung erbracht wurde. Voraussetzung ist natürlich, dass der Patient einen Hausarzt benannt und die Einwilligung zur Weitergabe der Information erteilt hat.

Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 35.2 des EBM (antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen) ist der Berichtspflicht genüge getan, wenn zum Beginn und nach Ende der Therapie und bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, mindestens einmal im Krankheitsfall ein Bericht an den Hausarzt geht.

Die Erstellung des Berichtes selbst ist berechnungsfähig, soweit er nicht obligatorischer oder fakultativer Bestandteil der Leistung ist oder die Berechnung durch sonstige Bestimmungen ausgeschlossen ist. Nähere Hinweise finden sich jeweils bei den einzelnen Leistungen.

Leistungen aus dem Katalog der allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 des EBM sind nur dann ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt abrechenbar, wenn der Patient keinen Hausarzt angibt oder keine schriftliche Einwilligung zur Weitergabe an den Hausarzt abgibt. Sollte dies der Fall sein, muss die Symbolnummer 99970 EBM eingetragen werden.

#### 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.

##### **Kommentar:**

Die in Abschnitt 2.1.4 beschriebene Berichtspflicht gilt nicht für ausschließlich auftragnehmende Ärzte nach den Bestimmungen der Bundesmantelverträge. Das sind zur Zeit Ärzte für:

- Laboratoriumsmedizin
- Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Nuklearmedizin
- Pathologie
- Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie
- Strahlentherapie und Transfusionsmedizin.

#### 2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im „Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen“ (Anhang II-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.

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.

##### **Kommentar:**

Der Umstand, wonach eine Vielzahl von Leistungen wegen der umfangreichen Pauschalgebühren nicht mehr einzeln abrechnungsfähig ist, hat zu einer Regelung in den Fällen führen müssen, in denen eine derartige Leistung per Überweisung von einem anderen Arzt angefordert wird. Dieser kann die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall zu 50 % der Punktzahlen berechnen, auch wenn er mehrere Aufträge im selben Behandlungsfall erhält. Wird er allerdings darüber hinaus außerhalb der Aufträge in mindestens einem weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt bei dem Patienten tätig, ist anstelle der hälftigen Pauschale die jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten- oder Grundpauschale berechnungsfähig.

Für den Auftraggeber gilt dann im übrigen: Ist die überwiesene Leistung obligatorischer Bestandteil einer Pauschale, kann diese von ihm nicht abgerechnet werden, da dann der Leistungsumfang von ihm nicht voll erbracht wurde. Abschnitt 2.1 (s.o.) ist nicht anwendbar, da es sich hier um eine Spezialregelung für Auftragsüberweisungen handelt. Ist die überwiesene Leistung allerdings fakultativer Bestandteil der Pauschale, kann diese vom Überweiser in Rechnung gestellt werden.

### 3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall

## 2.2 Persönliche Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und § 25 BMV-Ä persönlich erbringt.

#### Kommentar:

Für die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung gilt nach wie vor der Grundsatz, wonach jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

Als persönliche Leistungserbringung gilt auch die Erbringung durch genehmigte Assistenten, angestellte Ärzte und Vertreter sowie die Hilfeleistung durch nichtärztliche Mitarbeiter unter den berufsrechtlich zu beachtenden Grundsätzen (Anordnung und fachliche Überwachung durch Arzt, entsprechende Qualifizierung des Mitarbeiters). Die Regelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes haben insbesondere hinsichtlich der Beschäftigung von angestellten Ärzten die Möglichkeiten deutlich ausgeweitet.

Zur Vermeidung von Problemen empfiehlt es sich dennoch, insbesondere wenn genehmigungspflichtige Leistungen betroffen sind, eine fachkundige Stellungnahme der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einzuholen.

Hier ist es erforderlich, angesichts der durch das Vertragsarztänderungsgesetz erleichterten Beschäftigung von angestellten Ärzten sowie die flexibleren Möglichkeiten der vertragsärztlichen Tätigkeit z.B. an mehreren Stellen die genannten Bestimmungen der Bundesmantelverträge im Wortlaut abzudrucken:

## 2.3 Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Krankenhäuser bzw. ermächtigte Institute

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.

Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Pauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.

#### Kommentar:

Besondere Erwähnung findet die Abrechnungsbeschränkung aufgrund der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Form einer eingeschränkten Ermächtigung. Primär bestimmt der Umfang der erteilten Ermächtigung die abrechnungsfähigen Leistungen.

Für die Berechnung der Grundpauschalen sieht der EBM besonders für Ermächtigungen spezielle Nummern vor (Nrn. 01320 und 01321). Davon kann aber abgewichen werden, wenn die Ermächtigung ihrem Umfang nach der Zulassung eines Vertragsarztes entspricht.

Bei Ermächtigungen zur vertragsärztlichen **Tätigkeit an einem weiteren Ort im Bereich einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung** sind immer anstelle der Nrn. 01320 und 01321 EBM die Pauschalen des jeweiligen arztgruppenspezifischen Kapitels abrechnungsfähig.

## 3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall

### 3.1 Behandlungsfall

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

#### Kommentar:

Der EBM benutzt den Begriff „Behandlungsfall“ an verschiedenen Stellen in Leistungslegende bzw. Anmerkungen, in aller Regel als Abrechnungseinschränkung.

Die Definition des Bundesmantelvertrages, auf die ausdrücklich abgestellt wird, lautet wie folgt:

**§ 21 Abs. 1 BMV-Ä: Behandlungsfall/ Krankheitsfall/Betriebsstättenfall/Arztfall**  
<https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>

1) Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird. Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht. Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt. Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die auf den Behandlungsfall bezogen sind, können sie nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Versicherten sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall durchgeführt werden.

Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V oder einem medizinischen Versorgungszentrum bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

Diese Definition entspricht im wesentlichen der bisher gültigen. Am Beginn ist lediglich der „Vertragsarzt“ durch die „Arztpraxis“ ersetzt worden, um den zunehmenden Kooperationsformen Rechnung zu tragen.

Alle Leistungen, die in einer Einrichtung nach § 311 SGB V bei einem Versicherten pro Quartal erbracht werden, gelten als ein Behandlungsfall. Die Abrechnung der Leistungen, ihre Vergütung sowie die Verpflichtung zur Erfassung der erbrachten Leistungen werden durch die Gesamtvertragspartner geregelt.

Wichtig ist, dass auch für den Fall, dass der Patient innerhalb eines Quartals seine gesetzliche Krankenkasse wechselt, **kein neuer Behandlungsfall** entsteht. Die Abrechnung muss zu Lasten der ersten angegebenen Krankenkasse erfolgen. Anders ist der Fall, wenn der Patient innerhalb des Quartals von einer gesetzlichen zu einer privaten Krankenversicherung wechselt. In diesem Fall sind vom Datum der Mitgliedschaft des Patienten in der privaten Kasse alle Leistungen zu Lasten dieser privaten Kasse nach GOÄ abzurechnen.

### 3.2 Krankheitsfall

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

#### Kommentar:

Auch der Begriff „Krankheitsfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition der Bundesmantelverträge, auf die ausdrücklich abgestellt wird, findet sich in § 21 Abs. 1 BMV-Ä und lautet:

Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

#### **Krankheitsfall = Erkrankungsfall im aktuellen Quartal sowie in den darauf folgenden 3 Quartalen**

Dieser Definition unterliegen damit zahlreiche langwierige oder chron. Erkrankungen z.B. Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Hypertonie, Asthma bronchiale.

## 3 Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfall

**Beispiel:**

Eine Patientin wird innerhalb des **3. Quartals 2016** am 10.7.16, 18.08.16 und 28.9.16 wegen **chron. Hauterkrankung** behandelt. Der Krankheitsfall „**chron. Hauterkrankung**“ endet am 31.06.2016. Ein neuer Krankheitsfall mit der unverändert vorhandenen Erkrankung „**chron. Hauterkrankung**“ beginnt mit dem 01.07.2017.

Von dieser Frist ist eine andere, neu z.B. am 28.10.2016 aufgetretene Erkrankung, z.B. „Herzrhythmusstörungen“ nicht betroffen. Für sie gilt – wenn sich keine Änderung einstellt – eine neue eigene Frist des Krankheitsfalles bis zum 31.09.2017.

**3.3 Betriebsstättenfall**

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a BMV-Ä 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.

**Kommentar:**

Der Begriff „Betriebsstättenfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition des Bundesmantelvertrages, auf die ausdrücklich abgestellt wird, lautet:

Beim Betriebsstättenfall kommt es nicht mehr auf die Person des behandelnden Arztes an, sondern auf den Ort der Behandlung. Wird derselbe Versicherte in einem Quartal in derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse behandelt, handelt es sich um einen Betriebsstättenfall, unabhängig von Person oder Status (zugelassen, angestellt) des behandelnden Arztes oder dem „Abrechnungssubjekt“ (Arzt, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ).

Siehe auch Kommentar zu 3.1 Behandlungsfall.

**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.

**Kommentar:**

Auch der Begriff „Arztfall“ wird an verschiedenen Stellen im EBM verwendet. Die Definition der Bundesmantelverträge, auf die ausdrücklich abgestellt wird, findet sich in § 21 Abs. 1b BMV-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1b BMV-Ärzte/Ersatzkassen.

Beim Arztfall kommt es nun nur auf die Person des behandelnden Arztes an. Wird derselbe Versicherte in einem Quartal von demselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt behandelt, handelt es sich um einen Arztfall, unabhängig davon, in welcher Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte die Behandlung stattgefunden hat.

**3.5 Arztgruppenfall**

Der Arztgruppenfall ist definiert in § 21 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMVÄ) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.

**3.6 Zyklusfall**

Der Zyklusfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 6 definiert.

**3.7 Reproduktionsfall**

Der Reproduktionsfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 7 definiert.

## 3.8 Zeiträume/Definitionen

### 3.8.1 Kalenderjahr

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Kalenderjahr. Das Kalenderjahr beginnt mit dem 1. Januar (00:00 Uhr) und endet mit dem nachfolgenden 31. Dezember (24:00 Uhr).

### 3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der Operation) sowie den zwei nachfolgenden Tagen. Der nachfolgende Tag umfasst jeweils den Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

### 3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der jeweiligen Leistung) sowie den X – 1 nachfolgenden Tagen. Die nachfolgenden Tage umfassenden Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

### 3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in der aktuellen Woche (beginnend mit dem Tag der Durchführung des Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition) sowie den X – 1 nachfolgenden Wochen. Die Woche umfasst den Zeitraum von 7 Tagen, beginnend um 0:00 Uhr an dem Tag an dem die Leistung durchgeführt wird, bis zum 7. Tag 24:00 Uhr

### 3.8.5 Behandlungstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am Kalendertag der Behandlung (an einem Datum, unabhängig von der Zahl der Sitzungen). Der Tag ist als Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr, definiert.

Für in-vitro-diagnostische Leistungen gilt das Datum des Tages der Probenentnahme als Behandlungstag. Bei einer mehrfachen Berechnung einer Gebührenordnungsposition am Behandlungstag ist die medizinische Notwendigkeit durch zusätzliche Angaben (Zeitpunkt, Material, Art der Untersuchung o. ä.) kenntlich zu machen.

### 3.8.6 Quartal

Unterteilung eines Kalenderjahres in 4 Kalendervierteljahre.

1. Quartal: 1. Januar bis 31. März,
2. Quartal: 1. April bis 30. Juni,
3. Quartal: 1. Juli bis 30. September,
4. Quartal: 1. Oktober bis 31. Dezember

### 3.8.7 Der letzten vier Quartale

Umfasst den Zeitraum des Quartals, in dem der Inhalt einer Gebührenordnungsposition durchgeführt wird sowie die drei vorangegangenen Kalendervierteljahre.