

Praxisabrechnung EBM Kompakt

Edition Psychiater

Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen
Redaktionell bearbeitet und komprimiert

Aufbereitet und nur gültig für
niedergelassene Psychiater

Autor: Dr. med. Wolfgang Goldmann

ISBN 978-3-936715-55-2 (E-Book-Ausgabe)

Praxisabrechnung EBM Kompakt

Edition Psychiater

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM)
Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen

Aufbereitet und nur gültig für
niedergelassene Psychiater

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 Psychiater

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 978-3-936715-54-5 (Printausgabe)

ISBN 978-3-936715-55-2 (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 Facharztgruppe **Psychiater** 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 Psychiater) 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 **Psychiater** als E-Book oder als Printausgabe.

Dr. med. Wolfgang Goldmann

Expertensysteme für ärztliche Abrechnung

Inhaltsverzeichnis					
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
		1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten	01600-01623	31
		1.8	Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	01950-01952	34
		2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen		36
		2.1	Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen	02100-02112	36
		2.2	Tuberkulintestung	02200	38
		2.3	Operative Eingriffe („Kleine Chirurgie“), Chirurgische Behandlung	02300-02342	38
	2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen	02500-02512	41	

Inhaltsverzeichnis						
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite	
III	21		Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen		42	
			Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)		42	
		21.2	Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	21213-21221	43	
		21.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	21230-21340	45	
IV	30		Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen		49	
			Spezielle Versorgungsbereiche		49	
		30.1	Allergologie		49	
		30.1.1	Allergie-Testungen	30110-30111	49	
		30.1.2	Provokations-Testungen	30120-30123	50	
		30.1.3	Hyposensibilisierungsbehandlung	30130-30131	51	
		30.2	Chirotherapie	30200-30201	52	
		30.3	Neurophysiologische Übungsbehandlung	30300-30301	52	
		30.4	Physikalische Therapie	30400-30421	54	
		30.7	Schmerztherapie	30700-30760	56	
		30.8	Soziotherapie	30800-30811	64	
		30.9	Schlafstörungsdiagnostik	30900-30901	65	
		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	67	
		30.12	MRSA	30940-30956	69	
		32		Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie		74
			32.1	Grundleistungen	32001	75
			32.2	Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen	32005-32023	76
			32.2.1	Basisuntersuchungen	32025-32042	78
			32.2.2	Mikroskopische Untersuchungen	32045-32052	79
32.2.3	Physikalische oder chemische Untersuchungen		32056-32107	80		
32.2.4	Gerinnungsuntersuchungen	32110-32117	82			

Inhaltsverzeichnis						
Bereich	Kapitel	Abschn.	Kapitel/Abschnitt	Ziffern	Seite	
V	33	32.2.5	Funktions- und Komplexuntersuchungen	32120-32125	82	
		32.2.6	Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen	32128-32148	83	
		32.3.2	Funktionsuntersuchungen	32192-32198	84	
		32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	32230-32461	85	
		32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	32560-32641	86	
			Ultraschalldiagnostik (Vorbemerkungen)		89	
			Schilddrüse	33012	89	
			Fontanelle	33052	90	
			Extrakranielle hirnversorgende Gefäße	33060-33075	90	
			Extremitätenver- und entsorgende Gefäße			
	35			Organe/Organteile/Organstrukturen, die nicht Bestandteil anderer GOP sind	33081	92
				Zuschläge: transkavitäre U., Führungshilfen	33090-33092	92
				Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)		93
		35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen	35100-35150	93	
		35.2	Antragspflichtige Leistungen	35200-35225	98	
		35.3	Psychodiagnostische Testverfahren	35300-35302	104	
	36			Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung Konservativ belegärztlicher Bereich		106
		36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen	36861-36867	106	
	40			Kostenpauschalen		107
		40.3	Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien	40100-40106	107	
40.4		Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax	40120-40126	108		
40.5		Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter	40142-40260	108		

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>	

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 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, 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.