

# **1 Abrechnung notfall- medizinischer Leistungen – EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)**

Der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) ist seit 1986 unter laufenden Änderungen die Grundlage der Abrechnung von GKV-Leistungen. Er wird gleichermaßen genutzt für die Abrechnung ambulanter Leistungen in Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Ermächtigungsambulanzen, ambulanter Operationen nach § 115b SGB V, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V als auch in der ambulanten Notfallversorgung. Notfallambulanz, Notfallaufnahme oder Rettungsstelle sind vor allen Dingen an Krankenhäusern und Kliniken angesiedelt und sichern die Behandlung im Notfall am Krankenhaus ab.

Bis auf regional geregelte Vereinbarungen für Bereitschaftsdienstpraxen findet die Abrechnung von Not-

fällen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Basis immer im EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstab). Für Privatversicherte fällt die Abrechnung in den Bereich der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).

Die für die Notfallabrechnung wichtigen Gebührenordnungspositionen sind im EBM auf drei unterschiedliche Abschnitte aufgeteilt. Den Leistungsziffern vorangestellt ist der Abschnitt I, welcher die Allgemeinen Bestimmungen des EBM enthält. Die einzelnen Leistungsziffern sind nicht in einem Inhaltsverzeichnis erfasst, sondern der Abschnittsstruktur II bis III des EBM zugeteilt. Dabei liegen die Kernleistungen, Grundpauschalen und Folgepauschalen im Rahmen des Erstkontaktes in Abschnitt II des EBM. Der große Bereich abrechenbarer Sonderleistungen liegt in Abschnitt II und III. Der EBM Abschnitt IV enthält diagnostische Zusatzleistungen wie Labor, Ultraschall und Radiologie.

**!** Der Anhang 1 im Abschnitt VI enthält die nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen, welche bereits mit dem Ansatz von Grund- und Folgepauschalen abgegolten sind. Dieser sollte gerade im Bereich der Abrechnung von Notfällen beachtet werden, da diese Leistungen in

## der Regel Bestandteile der Notfallpauschalen sind.

Das Thema Abrechnung ist äußerst komplex. Die EBM-Reform 2015 zeigt deutlich auf, dass es noch komplexer werden kann. Die nachfolgende Aufzählung zeigt die Grobgliederung des EBM:

- **EBM Abschnitt I:** Allgemeine Bestimmungen
- **EBM Abschnitt II:** Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- **EBM Abschnitt III:** Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
- **EBM Abschnitt IV:** Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- **EBM Abschnitt V:** Kostenpauschalen
- **EBM Abschnitt VI:** Anhänge

Die Abrechnung der Leistungen der Notfallambulanzen an Kliniken erfolgt stets über die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Hier werden alle GKV-Fälle jeweils viermal im Jahr, zum Ende des jeweiligen Quartales, mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

Eine Direktabrechnung mit den Krankenkassen existiert beispielsweise in Klinikambulanzen, die im Rahmen von § 116b SGB V (ASV) der ambulanten

spezialfachärztlichen Versorgung oder nach § 115b SGB V im Rahmen der ambulanten Operationen zugelassen sind.

## **1.1 Allgemeine Bestimmungen des Euro-EBM**

Die den Abschnitten II bis IV der Gebührenordnungspositionen vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen definieren die Regeln im Umgang mit dem EBM. Sie sind in insgesamt sieben Punkte unterteilt. Die Nummern 1 bis 4 befassen sich mit der Berechnungsfähigkeit und Erbringung von Leistungen, der Definition des Behandlungs-, Krankheits-, Betriebsstätten- und Arztfalls sowie der Berechnungsfähigkeit von Gebührenordnungspositionen (GOP). In den Nummer 5 bis 6 sind die Anwendungsbestimmungen gelistet für Betriebsstätten, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und angestellte Ärzte sowie für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausführen. Nummer 7 regelt abschließend die Vereinbarung für die Abrechnung der Sachkostenausschalen. Nachfolgend sind die wichtigsten Bestimmungen aufgeführt.

## Dokumentation

Die Allgemeine Bestimmung 2.1 formuliert die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition. Sie beantwortet auch die häufig gestellte Frage nach dem *Umfang* der Dokumentation der jeweiligen Gebührenordnungsposition:

*„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.“*



***Honorarrückforderung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassen sind oftmals Folge mangelnder Diagnosedokumentation. Darum sollte dieser Grundsatz bei der Leistungserbringung unbedingt beachtet werden.***

Dass zu einer vollständigen Leistungserbringung auch die Einhaltung der in den jeweiligen Gebührenordnungspositionen aufgeführten Dokumenta-

tionspflichten gehört, versteht sich von selbst. Aber gerade hier tritt das große Problem der Abrechnung auf: Mangelhafte Dokumentation der Leistungsfälle in der Notfallmedizin zieht eine mangelhafte Abrechnung nach sich. Daher sollten Dokumentation und Abrechnung möglichst *zeitnah* in der EDV erfolgen. Vermeiden Sie es, sämtliche Fälle erst zum Quartalsende zu erfassen.

§ Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeitsprüfung findet sich in § 12 SGB V (Sozialgesetzbuch). Demnach müssen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Für die Überprüfung der abgerechneten Leistungen (Auffälligkeitsprüfung, Prüfung nach Durchschnittswerten, Einzelfallprüfung, 2%-Stichprobenprüfung) wird § 106 (2) SGB V herangezogen.

§ Gilt eine Dokumentationspflicht für ärztlich erbrachte und ärztlich verordnete Leistungen gemäß § 10 Muster-Berufsordnung generell, ist sie für Leistungen des EBM in den Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2.1 des EBM verankert.

Informieren Sie sich zudem regelmäßig über die fortlaufenden Änderungen im EBM und deren Umsetzung. Hierzu stehen heute regelmäßig stattfindende Abrechnungsfortbildungen, aber auch EBM-Kommentarwerke als CD-Fortsetzungswerke zur Verfügung. Damit sind Sie immer auf dem aktuellen Stand. Gehen Sie in Teambesprechungen, die in regelmäßigen Abständen angesetzt werden sollten, mit Mitarbeitern der Abrechnung aktuelle EBM-Änderungen durch. Legen Sie nicht nur Dokumentationsstandards, sondern auch Abrechnungsstandards fest.

### **Persönliche Leistungserbringung**

Als Grundlage der Abrechnung von EBM-Leistungen gilt Allgemeine Bestimmung 2.2 „Persönliche Leistungserbringung“. So ist eine Leistung des EBM nur dann berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und § 25 BMV-Ä bzw. §§ 14, 20a persönlich erbringt. Im Bereich der Notfallambulanz oder der Rettungsstellen an Kliniken bezieht sich dieser Grundsatz auf das behandelnde Ärzteteam.

## Die Diagnosestellung und Therapieentscheidung unterliegt grundsätzlich dem Arzt.

Zur Delegation von Leistungen des EBM gibt der neue Bundesmantelvertrag BMV-Ä vom 01.10.2013 eine Orientierung in der neuen Anlage 24 (vgl. unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)).

### Der Behandlungsfall

Gemäß der Allgemeinen Bestimmung 3.1 des EBM ist der Behandlungsfall als „Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse“ beschrieben. Der Behandlungsfall ist in § 21 Absatz 1 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte) definiert. Der Behandlungsfall ist daher nach der klassischen Definition „in einem Kalendervierteljahr“ in der Arztpraxis, der Ermächtigungsambulanz, dem Krankenhaus-MVZ, aber eben auch im Rahmen der Abrechnung von Notfällen zu finden. Bezüglich der Anmerkung (Kombinationen und Ausschlüsse mit anderen Leistungen) zur Abrechnungsbestimmung von EBM-Leistungen findet der Behandlungsfall damit in allen Bereichen der ambulanten Abrechnung Anwendung.



## EBM-Änderungen – EBM-Reform

Der Bewertungsausschuss beschließt in regelmäßigen Sitzungen Änderungen des EBM und gibt diese anschließend auf seiner Homepage [www.kbv.de](http://www.kbv.de) bekannt. Ebenso werden dort die Beschlüsse zur EBM-Reform 2016 veröffentlicht.

**!** Die Änderungen sind in der Regel zum *ersten* des Folgequartals gültig, es sei denn, der Zeitpunkt der Gültigkeit wird abweichend benannt. Die Änderungen sind vom Anwender der Gebührenordnung grundsätzlich zu berücksichtigen. Missachtung kann zu Streichungen seitens der KV führen.

Zugleich werden Änderungen im EBM immer im Deutschen Ärzteblatt auf den „blauen Seiten“ veröffentlicht. Erst nach der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt sind diese amtlich. Parallel ist die KBV bemüht, kurz nach Quartalsanfang eine aktuelle Version des EBM mit den bereits integrierten Änderungen im Internet bereitzustellen. Die KBV bietet die Download-Versionen auch fachgruppenspezifisch zur kostenfreien Nutzung an.

## **1.2 Grundpauschalen, Bereitschaftspauschalen und Folgepauschalen für die Versorgung im Notfall**

Zum Verständnis: die Notfallmedizin ist ein interdisziplinärer Bereich der Medizin, zu welchem vor allem Fachgruppen der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Neurologie, der Kinderheilkunde wie auch der Anästhesiologie gehören. Ein Teil der Notfallmedizin ist die Rettungsmedizin. Diese wird insbesondere außerhalb von geeigneten medizinischen Einrichtungen durchgeführt, das heißt, der Patient wird an einem Ort aufgesucht. Die Rettungsmedizin unterscheidet sich weder fachlich noch inhaltlich von der Notfallmedizin in einer Einrichtung. Nicht zu verwechseln sind Notarzt-dienst und kassenärztlicher Notdienst. Notarzt-dienste unterliegen Vergütungspauschalen. In Konkurrenz zur Notfallambulanz an Krankenhäusern treten zunehmend Bereitschaftsdienstpraxen. Diese sind zu Zeiten außerhalb der Praxisöffnungszeiten der hausärztlichen Versorgungsbereiche geöffnet und stellen die Behandlung nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen sicher. Eine Unterscheidung der Begrifflichkeiten für den Patienten ist oftmals nicht mehr möglich.