

1 Allgemeines

Der erste EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) trat am 1.10.1986 in Kraft und löste die bis dahin gültige ADGO (Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte) für den Ersatzkassenbereich und den BMÄ (Bewertungsmaßstab Ärzte) für den Primärkassenbereich ab. Erstmals sollte eine Gebührenordnung für den Primärkassenbereich und den Ersatzkassenbereich gleichermaßen gelten. Obwohl der EBM seit Beginn zahlreichen Reformen unterlag, wurde das Ziel, einen „gerechten“ einheitlichen Bewertungsmaßstab zu erreichen, verfehlt. Wurde er in den ersten Jahren wiederholt durch neue Leistungen erweitert, entzog man ihm ab Mitte der neunziger Jahre immer mehr Einzelleistungen. Die Pauschalierung des EBM begann bereits in dieser Phase. Notwendige Einzelleistungen, die täglich erbracht wurden, wie Verbände, Blutentnahmen, Injektionen und Untersuchungsleistungen, wurden dem Ordinationskomplex zugeschlagen, dem Pendant der heutigen Versicherten- oder Grundpauschale.

Ab dem Jahr 2000 sollte der EBM dann durch den EBM 2000 ersetzt werden. Nachdem die Umsetzung erst ab 01.04.2005 möglich war, wurde der neue EBM dann EBM 2000 plus genannt. Der EBM 2000 plus kommt dem jetzigen EBM schon sehr nahe: Hier begann die Differenzierung zwischen dem fachärztlichen und dem hausärztlichen EBM, und die Strukturierung nach fünfstelligen Leistungsziffern wurde eingeführt.

Eine letzte grundsätzliche Reform durchlief die Gebührenordnung für Kassenleistungen am 01.01.2008 als EBM 2008, bevor sie dann zum 01.01.2010 mit geringen Veränderungen in Euro-EBM unbenannt wurde.

2 Konstrukt des EBM

Seit der Reform 2005 zum EBM 2000 plus ist auf ein Inhaltsverzeichnis in herkömmlicher Weise leider verzichtet worden. Der EBM ist heute in die Überkapitel bzw. Teile I-V gegliedert.

2.1 EBM Kapitel I: Allgemeine Bestimmungen

Die allgemeinen Bestimmungen definieren die Regeln im Umgang mit dem EBM. Sie sind in insgesamt sieben Abschnitte unterteilt. Die Abschnitte 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 Abschnitten 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. Abschnitt 7 regelt die Kosten. Zur Vereinfachung ist in diesem Buch auf die einzelnen allgemeinen Bestimmungen in den jeweiligen Abrechnungsabschnitten verwiesen.

2.2 EBM Kapitel II: Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Dieses Überkapitel ist wiederum in die Bereiche „allgemeine Gebührenordnungspositionen“ und „allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen“ unterteilt. Unter den allgemeinen Gebührenordnungspositionen versteht man Unzeiten, Hausbesuche, Gebührenordnungspositionen für die Versorgung

im Notfall, Grundpauschalen für die Ermächtigung, für Krankenhäuser und Institute, Hausbesuche, Visiten, die ambulante praxisklinische Betreuung sowie für schriftliche Mitteilungen, um die wichtigsten zu nennen. Unter den allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen der Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, des Mammographiescreenings, der Sterilisation, des Schwangerschaftsabbruchs und der Substitution bei Drogenabhängigkeit erfasst.

Obwohl es sich um arztgruppenübergreifende Leistungen handelt, ist ihre Berechnungsfähigkeit eingeschränkt. Sie können nur von den Fachärzten berechnet werden, wenn sie in deren arztgruppenspezifischen Kapitel (z.B.: Kapitel 13, Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin, oder Kapitel 26, Urologische Gebührenordnungspositionen) mit einer weiteren einschränkenden Bestimmung aufgeführt sind.

Im Krankenhaus ist die Bestimmung, welche Leistungen aus dem Überkapitel II abgerechnet werden dürfen, in erster Linie für die Ermächtigung und die Abrechnung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b zu beachten. Im Bereich der Notfallambulanz findet sie keine Anwendung.

Unter den allgemeinen diagnostischen und therapeutischen Gebührenordnungspositionen sind größtenteils die Einzelleistungen der Notfallambulanz, aber auch einzelne Leistungen der Ermächtigung, der Leistungsabrechnung nach § 116b und des Medizinischen Versorgungszentrums am Krankenhaus (Krankenhaus-MVZ) zu finden. Zu diesen gehören Infusionen, kleinchirurgische Leistungen, allgemeine therapeutische Leistungen, diagnostische Verfahren sowie die Physikalisch-therapeutischen Gebührenordnungspositionen.

2.3 EBM Kapitel III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Teil III des EBM zu den arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen ist unterteilt in „IIIa Hausärztlicher Versorgungsbereich“ und „IIIb Fachärztlicher Versorgungsbereich“. Teil „IIIb Fachärztlicher Versorgungsbereich“ beginnt mit Kapitel 5 der Anästhesiologischen Gebührenordnungspositionen und endet mit Kapitel 27 zu Gebührenordnungspositionen der Rehabilitativen Medizin. Es existieren also insgesamt 22 Facharztkapitel, welche grundsätzlich in

1. Präambel,
2. Grundpauschalen und
3. Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

unterteilt sind.

Wird also die Gebührenordnungsposition für die Urethro(-zysto)skopie des Mannes gesucht, ist sie in Abschnitt „26.3“ zu suchen. Dabei steht „26“ für den Fachgruppenspezifischen EBM-Kapitel der Urologie, die Leistung selbst ist dem Unterkapitel 3 der diagnostischen und therapeutischen Gebührenordnungspositionen zugeordnet.

Die Präambel

Die Präambel ist in der Regel jedem facharztspezifischen Gebührenordnungskapitel vorangestellt.

Sie regelt die Anwendung der Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Kapitel.

Die Präambel enthält immer den Hinweis, welche Fachrichtung aus dem jeweiligen fachgruppenspezifischen Kapitel Leistungen abrechnen darf. Sie regelt zudem, ob fachgruppenspezifische Leistungen aus einem anderen Kapitel des fachärztlichen Versorgungsbereichs (EBM-Teil IIIb) berechnet werden dürfen. Ein weiterer Punkt der Präambel regelt Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen aus dem bereits beschriebenen Teil II des EBM zu arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen sowie aus Teil IV des EBM, der den arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen (z.B. Labor oder Ultraschall) gewidmet ist. Außerdem findet sich hier der Hinweis, dass bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen

- die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie
- die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

zu beachten sind. Der Hinweis, dass die Versendung von Arztbriefen nach den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601, die aber bereits in den jeweiligen Grundpauschalen enthalten sind, mit den jeweiligen Portopauschalen nach GOP 40120 und Folgende berechnet werden können, rundet die Präambel ab.

! Die Komplexität einer Präambel wird am Beispiel des Facharztes für Chirurgie deutlich.

Das Kapitel 7 ist den chirurgischen, kinderchirurgischen und plastisch-chirurgischen Gebührenordnungspositionen vorenthalten. Dazu heißt es in der Präambel:

„Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von

- *Fachärzten für Chirurgie,*
- *Fachärzten für Kinderchirurgie,*
- *Fachärzten für Plastische Chirurgie*

berechnet werden.“

Mit Ausnahme der Ermächtigung, wobei der Ermächtigungsumfang durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) festgelegt ist, darf der Fachbereich der Chirurgie damit die im nachfolgenden Kapitel aufgeführten Leistungen berechnen.

Dies sind die im Kapitel 7 verankerten Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 07345.

! Der Anwender des EBM erkennt die fachgruppenspezifischen Leistungen immer an den ersten beiden Zahlen der Gebührenordnungsposition. „07 ...“ bedeutet: Kapitel „7. Gebührenordnungsposition für die Chirurgie“.

Aus anderen arztgruppenspezifischen Kapiteln darf der Arzt die GOP nach den Nrn. 13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664 und 13670 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus noch die arztgruppenspezifischen GOP nach den Nrn. 26310, 26311, 26313 und 26320 berechnen.

Aus den arztgruppenübergreifenden Kapiteln II und IV darf er zusätzlich die GOP nach den Nr. : 01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01416, 01420, 01422, 01424, 01430, 01435, 01436, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01701, 01731, 01734, 01740 bis 01742, 01758, 01783, 01800 bis 01813, 01850, 01851, 01853 bis 01855, 01857, 01904, 01905, 01950 bis 01952, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500 und 02510 bis 02512, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30800 und 36884, die GOP der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 36.2, 36.3, 36.5 und 36.6.2 sowie die GOP der Kapitel 32, 33, 34 und 35 berechnen.

! Leistungen, die in der Präambel als für den Chirurgen berechenbar aufgeführt sind, können innerhalb des Kapitels durch eine andere diagnostische oder therapeutische Leistung wieder ausgeschlossen werden. Entweder sind sie im fakultativen oder obligaten Leistungsanteil aufgeführt, oder sie sind in der Anmerkung zur Leistungsziffer als nicht berechenbar vermerkt. Die Anmerkung zur Gebührenordnungsposition ist immer der kursive Text unterhalb der jeweiligen Gebührenordnungsposition.

Beispiel

GOP 07310 Zusatzpauschale Behandlung von Erkrankungen des Stütz- oder Bewegungsapparates. Laut Präambel darf der Chirurg die GOP 02300–02302, Erstversorgung von Wunden, neben seinen fachgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen berechnen.

Laut Anmerkung zur GOP 07310 sind die GOP 02300 bis 02302 beim Ansatz der GOP 07310 jedoch ausgeschlossen.

Folgerichtig könnten sie nur an einem anderen Behandlungstag als Einzelleistung abgerechnet werden.

»»» *Zu einer anwenderfreundlichen Umsetzung empfehlen sich fachgruppenspezifische Abrechnungsstandards. Ein Beispiel für die Orthopädie finden Sie in Kapitel VII.4 dieses Buches.*

2.4 EBM Kapitel IV: Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen

Die Leistungen des Überkapitels IV sind wiederum allen Ärzten, die über spezifische Voraussetzungen verfügen, zugänglich. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der KV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Beginnend mit dem Kapitel 30, „Spezielle Versorgungsbereiche“, finden sich hier die Gebührenordnungspositionen für Allergologie, Chirotherapie, Schmerztherapie, Proktologie und neurophysiologische Übungsbehandlungen.

Außerdem sind weitere umfangreiche Einzelkapitel enthalten:

- Kapitel 31 beschreibt die Gebührenordnungspositionen für das ambulante Operieren.
- Kapitel 32 umfasst alle Gebührenordnungspositionen des Labors.
- Kapitel 33 beschreibt die Gebührenordnungspositionen der Ultraschall Diagnostik.
- Kapitel 34 enthält die Gebührenordnungspositionen der diagnostischen und interventionellen Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie.
- Kapitel 35 enthält die Gebührenordnungspositionen der Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinien.
- Kapitel 36 integriert belegärztliche Operationen, Anästhesien und die belegärztliche postoperative Überwachung sowie den belegärztlich konservativen Bereich.

Die Platzhalter 37, 38 und 39 wurden bisher offen gelassen. Hier besteht für den Bewertungsausschuss die Möglichkeit, weitere neue Kapitel zu einem späteren Zeitpunkt in den EBM zu integrieren.

! In Teil IV des EBM zu arztgruppenübergreifenden, bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen finden sich die weiteren notwendigen Zusatzleistungen, die für das Krankenhaus in allen Bereichen der Abrechnung gleichermaßen wichtig sind.

2.5 EBM Kapitel V: Kostenpauschalen

Auch das Kapitel der Kostenpauschalen unterliegt einer ständigen Erweiterung durch neue Leistungen.

Neben den Kostenpauschalen für Krankheitsberichte, Fotokopien, den Bezug von Harnstoff oder Mifepriston und Einmal-Sklerosierungsnadeln umfasst es weitere leistungsbezogene Kostenpauschalen bei

- Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen,
- interventionellen Eingriffen,
- Radionuklide,
- ophtalmologischen Eingriffen,
- endoskopischen Gelenkeingriffen inklusive Arthroskopielösungen

sowie

- Sach- und Dienstleistungen bei Dialyse,
- Sachkosten der Strahlentherapie,
- und leistungsbezogenen Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screenings.

Die Präambel 40.3 (1) im EBM-Teil der Kostenpauschalen beantwortet die häufig gestellte Frage, wer die Kostenpauschale nach GOP 40100 berechnen darf. Sie ist demnach nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt berechnungsfähig, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde. Wird die Auftragsleistung von dem annehmenden Arzt jedoch ganz oder teilweise zur Durchführung an einen anderen Arzt weiter überwiesen, ist sie von beiden Ärzten nicht berechnungsfähig. In der Präambel 40.3 (2) ist ebenfalls geregelt, dass Transporte und Übermittlungen von Befundergebnissen innerhalb eines Krankenhausgeländes oder MVZ nicht berechnungsfähig sind. Quelle: EBM, Kapitel 40.3.1 und 40.3.2.

2.6 EBM Kapitel VI: Anhänge

Der Euro-EBM umfasst als Buch zwei Bände. Im ersten Band sind die soeben beschriebenen Teile I bis V sowie der Anhang 1 „Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen“, aufgeführt. Teil „VI. Anhänge“ füllt den kompletten Band II. Zu den Anhängen gehören weiter:

2. Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V gemäß Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36,
3. Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S.1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V,
4. Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen.

2.7 Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen (Anhang 1)

Zu Beginn sollte der Anwender einen Blick in das Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen werfen. Hier finden sich die bereits anfangs erwähnten, nicht abrechnungsfähigen Teilleistungen von Gebührenordnungsposition des EBM. Wo eine Teilleistung beinhaltet ist, wird durch ein „VP“ für Versichertenpauschale (diese findet Anwendung im hausärztlichen Versorgungsbereich) und „GP“ für Grundpauschale (diese findet Anwendung im fachärztlichen Versorgungsbereich) gekennzeichnet. Die Kennzeichnung „SG“ lässt erkennen, dass die Leistung in einer sonstigen Gebührenordnungsposition enthalten ist.

Beispiel

Kennzeichnung SG »»» Leistung ist in einer sonstigen Gebührenordnungsposition enthalten:

- Anlegen einer Blutleere oder Blutsperrung an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)

- Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang

Kennzeichnung GP »»» Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale (fachärztlicher Versorgungsbereich):

- Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina
- Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung
- Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes
- Objektive Refraktionsbestimmung

Kennzeichnung GP – SG – VP »»» Leistung ist möglicher Bestandteil der Versichertenpauschale, der Grundpauschale und in einer sonstigen Gebührenordnungsposition beinhaltet:

- Pulsoxymetrische Untersuchungen
- Tape-Verband eines kleinen Gelenkes
- Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme
- Medikamentöse Infiltrationsbehandlung

2.8 Zuordnung der operativen Prozeduren

Dieser Abschnitt des EBM umfasst die nach OPS (Operations- und Prozeduren-Schlüssel) kodierten operativen Eingriffe der Unterkapitel 31.2 und 36.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und Durchführung durch den Operateur sowie die Narkoseleistungen. Die dazugehörige Präambel zu diesem Kapitel ist sehr umfangreich und umfasst weitere 17 Unterpunkte. Auf die wichtigsten Bestimmungen daraus wird im Kapitel II.4 zur Abrechnung des ambulanten Operierens in diesem Buch näher eingegangen.

2.9 Angaben zu dem für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand

Der Gesetzgeber hat in der Gesundheitsreform von 2004 die Möglichkeit von Plausibilitätsprüfungen durch Zeitprofile eingeführt. Zuständig dafür sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).

Gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106a Abs. 2 SGB V unterliegen die meisten Gebührenordnungspositionen im EBM seitdem einer Kalkulationszeit, die der Bewertungsausschuss vorgibt. Teilweise davon abweichend wird in dieser Tabelle eine Prüfzeit angegeben. Unter „Eignung der Prüfzeit“ wird verstanden, ob die Prüfzeit dem Quartals- oder Tagesprofil unterliegt.

Um einen Überblick zu bekommen, lohnt sich ein Blick in diese Anlage. Beispielsweise ist die Infusion mit einer Dauer bis zu 60 Minuten nach GOP 02101 mit einer Kalkulations- und Prüfzeit von 8 Minuten belegt, mit der Eignung für das Tages- und Quartalsprofil. Die Zusatzpauschale für die ambulante praxisklinische Betreuung mit beispielsweise einer Dauer von mehr als 2 Stunden nach GOP 01510 ist mit einer Kalkulations- und Prüfzeit von 10 Minuten belegt. Sie hat ebenfalls die Eignung für das Tages- und Quartalsprofil.

Dem Erstkontakt mit einem Patienten, bei dem die fachgruppenspezifischen Grundpauschalen zum Ansatz kommen, wird in der Anästhesie eine Kalkulationsprüfzeit von 8 Minuten eingeräumt, bei Augenärzten 15 Minuten, bei Chirurgen 20 Minuten und bei einem Gynäkologen 12 Minuten, jeweils mit Eignung für das Quartalsprofil. Der Grund für die unterschiedlichen Kalkulations- und Prüfzeiten für den Erstkontakt bei den verschiedenen Fachgruppen liegt im jeweils unterschiedlichen Umfang der Leistungen, die im fakultativen Teil der jeweiligen Grundpauschalen enthalten sind. In der Ermächtigung ist der Grundpauschale nach GOP 01310 eine Kalkulations- und Prüfzeit von 8 Minuten zugewiesen, bei der Grundpauschale nach GOP 01311 sind es 14 Minuten.

Keine Angaben („K.A.“) zur Prüfzeit und keine Eignung der Prüfzeit gibt es für folgende Bereiche

- Grundpauschalen und Folgekonsultationen im Bereich der Notfallambulanz nach GOP 01210 bis 01219,
- Konsultationspauschale nach GOP 01436,
- Mehrfertigung/Kopie an den Hausarzt nach GOP 01602,
- Röntgenaufnahme im Rahmen des Mammographie-Screenings nach GOP 01750,
- Leistungen der Empfängnisregelung nach GOP 01820 bis 01813,
- Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken durch den Anästhesisten nach GOP 05230,
- Zuschläge der Nuklearmedizin nach GOP 17360 bis 17363,
- Strahlentherapie nach GOP 25310 bis 25323
- schmerztherapeutische Leistungen nach GOP 30706 und 30708,
- Zuschlag Farbduplex nach GOP 33075,
- MRT-Angiographien nach GOP 34470 bis 34492.

2.10 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

Der EBM wird regelmäßig überarbeitet. Obsolete Leistungen werden durch Beschlüsse des Einheitlichen Bewertungsausschusses in diesen EBM-Anhang integriert. Mit Festlegung des jeweiligen Quartals, in dem eine Leistung in dieses Verzeichnis aufgenommen wurde, steht diese zur Abrechnung nicht mehr zur Verfügung.

In erster Linie finden sich hier Laborziffern.

3 Anwendung des EBM

3.1 Die richtige Gebührenordnung zum EBM

Der EBM ist die vereinbarte Abrechnungsgrundlage zwischen den KVen und den Verbänden der Krankenkassen. Aktualisiert erscheint er einmal jährlich in einer völlig überarbeiteten Version in zwei Bänden im deutschen Ärzteverlag. Er kann dort für 49,95 € bezogen werden und basiert auf dem aktuell gültigen bundeseinheitlichen Punktwert. Er umfasst 1400 Seiten.

Dasselbe Werk steht auch im Internet unter www.kbv.de zur Verfügung. Hier steht jedes Quartal die bereits aktualisierte Version auch als Fachgruppen-EBM zum Download bereit. Die Bewertung ist hier in Punkten ausgewiesen.

In 3 Ordnern mit 3600 Seiten steht das von Fachleuten kommentierte Werk für EBM und GOÄ von Wezel und Liebold zur Verfügung. Es wird regelmäßig einmal im Quartal an Hand der Änderungen aktualisiert und kann als Loseblattwerk oder CD abonniert werden. Auf das umfassende Werk, das mit dem Einheitlichen Orientierungspunktwert kalkuliert ist, greifen auch KVen, Kassen und Gerichte gerne zurück.

Die Kosten für eine Quartalsaktualisierung liegen bei 43 €, das Grundwerk kostet einmalig rund 120 €.

3.2 Welcher Ziffernbereich ist abrechnungsfähig?

Da die KV im Bereich der Ermächtigung die Abrechnung häufig durch die Festlegung des Ermächtigungsumfanges begrenzt, könnte das Abrechnen hier als sehr einfach bewertet werden.

Die Zielgruppe dieses Werkes, meist Abrechner/innen aus der Patientenverwaltung, muss sich jedoch sehr oft mit den übrigen ambulant abzurechnenden Bereichen des Krankenhauses beschäftigen. Die Abrechnung im Bereich der ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe nach § 115b setzt neben der Anwendung der operativen Prozeduren auch Kenntnisse der Leistungen aus fachgruppenspezifischen Kapiteln sowie weiterer präoperativer Leistungen voraus.

In der Notfallabrechnung kommen aufgrund der allgemeinen Bestimmungen nach dem Unterkapitel 1.5 des EBM neben den Grundpauschalen und der Folgekonsultation weitere EBM-umfassende Zusatzleistungen zum Ansatz.

Für die Abrechnung in MVZ oder fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen sind Grundkenntnisse des EBM häufig nicht mehr ausreichend. Gleiches gilt für die Abrechnung von Leistungen im Bereich des Paragraphen 116b. Hier gilt es nicht nur, die allgemeinen Bestimmungen zu beachten und die richtige Anwendung von Gebührenordnungspositionen aus mehreren fachgruppenspezifischen Kapiteln sowie für Zusatzleistungen zu meistern, es sind darüber hinaus auch umfangreiche Kenntnisse über die Leistungsausschlüsse zu einzelnen Ziffern notwendig.

3.3 Die Grundpauschalen

Der EBM enthält über 24 fachgruppenspezifische Kapitel für die einzelnen Fachgruppen. Nachfolgend finden Sie an dieser Stelle einen ersten Einblick über die Zuordnung der EBM-Kapitel zu den Fachgruppen. Die EBM-Gebührenordnungsposition ist immer fünfstellig. An den ersten beiden Stellen ist im fachgruppenspezifischen EBM immer die Fachgruppe zu erkennen (s. Tab. 1).

Tab. 1 Der fachgruppenspezifische EBM

04	Kinder-Jugendmedizin
05	Anästhesie
06	Augen
07	Chirurgie
08	Gynäkologie
09	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
10	Haut
11	Humangenetik
12	Labormedizin
13	Innere Medizin
14	Kinder-Jugendpsychiatrie
15	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
16	Neurologie – Neurochirurgie
17	Nuklearmedizin
18	Orthopädie