

1 Allgemeines

Der erste EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) trat am 01.10.1986 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 zur 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 ab dem 01.10.2013 als EBM-Reform 2013/2014. Näheres ist hierzu in diesem Buch beschrieben unter Abschnitt IV „Neuerungen und Beschlüsse der KBV“.

Seit 01.10.2010 wurde der EBM in den Euro-EBM unbenannt. Der Euro-EBM dient heute als Abrechnungsgrundlage für alle Bereiche der ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus. Hierzu gehören neben der Abrechnung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V auch die ambulanten Operationen nach § 115b SGB V,

die Ermächtigungsambulanzen, Notfallambulanzen und darüber hinaus auch die KV-Abrechnung in Medizinischen Versorgungszentren sowie im gesamten niedergelassenen ärztlichen Bereich. Der Punktwert wurde durch die EBM Reform vom 01.10.2013 auf 10,0 Cent angehoben. Im Gegenzug wurden die Punktzahlbewertungen um 70% abgewertet. In Hinblick auf den vorherigen Punktwert von 3,5048 Cent stellt dies keine Verbesserung des Erlöses dar. Seit 01.01.2016 liegt der Orientierungspunktwert bei 10,43 Cent. Der Eurobetrag der erbrachten Leistung ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl der einzelnen Leistung mit dem Punktwert. Abweichende Punktwerte können im Bereich einer kassenärztlichen Vereinigung (KV) für bestimmte Leistungsbereiche vereinbart werden.

Der Euro-EBM erscheint aktualisiert 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 1.400 Seiten.

Dasselbe Werk steht auch im Internet kostenfrei unter www.kbv.de zur Verfügung. Hier steht jedes Quartal die bereits aktualisierte Version auch als Fachgruppen-EBM im Downloadbereich zur Verfügung. In zwei Ordnern steht ein mit 3.600 Seiten teilweise juristisch kommentiertes Werk für EBM und GOÄ von Wezel und Liebold zur Verfügung. Es wird regelmäßig einmal im Quartal anhand der Änderungen aktualisiert und kann als Loseblattwerk oder CD abonniert werden. Auf das umfassende Werk, das mit dem Einheitlichen Orientierungspunktwert kalkuliert ist, greifen auch Kassenärztliche Vereinigungen, Kassen und Gerichte für die Klärung von Fragestellungen gerne zurück. Die Kosten für eine Quartalsaktualisierung liegen bei 43 €, das Grundwerk kostet einmalig rund 120 €.

Für die Abrechnung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V empfiehlt sich als weiterer EBM-Kommentar „Der Kölner-Kommentar zum EBM“ von Köhler, dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er kommentiert sehr umfangreich das Gebührenordnungswerk und bietet gute Hinweise zu komplexen Fragestellungen der Abrechnung. Der Kommentar erscheint ebenfalls im Deutschen Ärzteverlag. Das Grundwerk kostet 79 €, das jährlich zur Verfügung stehende Update kostet 45 €. Eine praxisbezogene Darstellung mit vielen Abrechnungsbeispielen liefert der Kommentar „Die ASV-Abrechnung 2016“ von Bartha und Klinger-Schindler. Das Werk ist im Februar 2016 in der *Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft* Berlin erschienen und kostet 89,95 €.

Das einzige Abrechnungswerk für die Behandlung der ambulanten Leistungserbringung in Rettungsstellen, Notfallambulanzen und ZNA ist "Abrechnungskompass Interdisziplinäre Notaufnahme 2016 für EBM und GOÄ", erschienen im November 2015 als Kitteltaschenformat in der *Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft* Berlin.

2 Konstrukt des EBM

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 im Notfall 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.

2.1 EBM Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen

Die Allgemeinen Bestimmungen definieren die Regeln im Umgang mit dem EBM. Sie umfassen insgesamt sieben Unterpunkte. Nur in der Abrechnung der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V wirken sich fast alle sieben Unterpunkte mit ihren Inhalten auf die Abrechnung aus. Darum hat es der Mitarbeiter der Patientenabrechnung besonders schwer, wenn er im Vorfeld nur einen kleinen Bereich der ambulanten Abrechnung am Krankenhaus bearbeitet hat, wie beispielsweise die Notfallambulanz oder die Abrechnung ambulanter Operationen. 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 Nummern 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 die Kostenberechnung.

Zur Vereinfachung wird in diesem Buch auf einzelne Allgemeine Bestimmungen nochmals in den jeweiligen Abrechnungsabschnitten, wo sie zwingend anzuwenden sind, verwiesen.

Allgemeine Bestimmung 1: Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

Die allgemeine Bestimmung Nummer 1 beschränkt sich auf die Struktur des Euro-EBM. Sie gibt vor, dass dieser Katalog der Gebührenordnungspositionen abschließend ist. Erbrachte Leistungen, die hier nicht aufgeführt sind, sind nicht abrechnungsfähig. Sie gibt bereits Hinweise darauf, dass Gebührenordnungspositionen bestimmten Bereichen, Arztgruppen oder Versorgungsbereichen zugeordnet oder vorbehalten ist. Ein weiterer wichtiger Bereich dieser Bestimmung ist die Nennung der Qualifikationsvoraussetzung zur Abrechnung bestimmter Leistungen.



Gemäß Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM setzt die Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, „die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus“.

Dies betrifft vor allem die Leistungen des Kapitels 11 „Humangenetik“, 19 „Pathologie“, 33 im Bereich Ultraschall, 34 „Radiologie“ und 25 „Strahlendiagnostik und Strahlentherapie“. Aus anderen EBM-Kapiteln unterliegt beispielsweise die Zusatzpauschale Koloskopie nach GOP 13421 der Genehmigungspflicht. Insgesamt unterliegen weit mehr als 40 weitere Leistungsbereiche des EBM einer Genehmigungspflicht. Dies ist immer im Leistungstext der Gebührenordnungsposition vermerkt. Da in den meisten Krankenhäusern genehmigungspflichtige Leistungen bereits im Rahmen der Ermächtigung abgerechnet wurden, verfügen viele Krankenhäuser bereits über die in den allgemeinen Bestimmungen definierte Genehmigungspflicht.

Weiterhin hervorzuheben ist insbesondere die Bestimmung 1.5 des EBM:



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.

Unter einer arztgruppenspezifischen Gebührenordnungsposition sind die Einzelleistungen in den Kapiteln des EBM gemeint, die bestimmten Fachgruppen zugeordnet sind. So kann beispielsweise ein Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pulmologie *nicht* Gebührenordnungspositionen aus dem Fachbereich eines Hausarztes (beispielsweise eine Spirometrie) berechnen, auch wenn er sie erbracht hat.

Mit der Allgemeinen Bestimmung Nummer 1.6 wird darauf verwiesen, dass arztgruppenübergreifende, bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen) besondere Fachkundenachweise, apparative Anforderungen sowie die Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für deren Berechnungsfähigkeit erfordern.

Die allgemeine Bestimmung 1.7 nimmt Bezug auf die zeitbezogene Plausibilitätsprüfung. So ist nahezu für jede einzelne Gebührenordnungsposition ein Zeitprofil hinterlegt. Nur so ist es möglich, eine nicht plausible Leistungserbringung im Prüfungsfall zu belegen.

Die allgemeine Bestimmung Nummer 1.8 regelt die Portoberechnung. So ist diese generell bei Versendung von Arztbriefen möglich.



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 individueller Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Allgemeine Bestimmung 2: Erbringung der Leistungen

Ein besonderes Augenmerk sollte den beiden folgenden Bestimmungen gewidmet werden. Sie befassen sich mit der *vollständigen* Leistungserbringung sowie mit der *persönlichen* Leistungserbringung. Manch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung hätte in der Vergangenheit vermieden werden können, wenn die Bestimmung der vollständigen Leistungserbringung auch *vollständig* eingehalten worden wäre. Dies legt Allgemeine Bestimmung 2.1 fest.



2.1 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 und die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Allein durch die obligate Leistungserbringung ist eine *vollständige* Leistungserbringung noch nicht gegeben. Vielmehr bezieht sich die vollständige Leistungserbringung *auch* auf die Angabe eines möglichst endständig codierten ICD-10 GM Codes. Der in vielen Gebührenordnungspositionen obligate Leistungsanteil oder der in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführte Leistungsinhalt sind *grundsätzlich* zur Vollständigkeit der Leistungserbringung zu erfüllen. Enthält hingegen eine Gebührenordnungsposition auch einen fakultativen Anteil, ist dieser von der Erbringung im Einzelfall abhängig. Damit stellt der fakultative Leistungsanteil immer eine „kann“-Leistung dar.

Eine unvollständig erbrachte Leistung kann daher nicht berechnet werden (2.1.2).



Zur vollständigen Leistungserbringung, ist neben der schriftlichen Dokumentation immer die Leistungserbringung der obligaten Leistungsinhalte Voraussetzung, um die jeweilige Gebührenordnungsposition in die Abrechnung bringen zu können. Werden hingegen nur eine oder alle Leistungen des fakultativen Leistungsanteils erbracht, ist die Leistung nicht vollständig erbracht und kann nicht berechnet werden.

Sind im obligaten Leistungsanteil unterschiedliche Leistungsbestandteile unter verschiedenen Spiegelstrichen genannt, sind alle Leistungsanteile zu erbringen, sofern am Ende des Spiegelstriches nicht ein „und/oder“ aufgeführt ist.

§ Die Allgemeine Bestimmung 2.1.3 schließt inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen gegenseitig aus. Obwohl diese Regelung auch anzuwenden ist, wenn die Gebührenordnungspositionen in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind (Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten), ist diese Bestimmung in Bezug auf den mehrfachen Ansatz von Grundpauschalen in der interdisziplinären spezialfachärztlichen Behandlung nach § 116b SGB V jedoch nicht anzuwenden. Vergleiche Kölner Kommentar zum EBM Version „Grundpauschalen sind nicht inhaltsgleich“ und „Die ASV-Abrechnung 2016“ von Klinger-Schindler und Bartha.

Unter *inhaltsgleichen* Leistungen können im EBM die kleinchirurgischen Leistungen genannt werden. So wiederholen sich die GOP Kleinchirurgischer Eingriff I-III im HNO-Bereich, GOP 09360, 09361 und 09362 in Kapitel 10 Haut als Kleinchirurgischer Eingriff I-III und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation mit GOP 10340, 10341 und 10342 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung wieder. Ebenso sind diese inhaltsgleichen Leistungen fachgruppenspezifisch in Kapitel 15 „MKG (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie)“ und in Kapitel 26 „Urologie“ aufgeführt. Im Abschnitt II des EBM werden genau diese Leistungen *inhaltsgleich* als Kleinchirurgischer Eingriff I-III geführt.

! Die Auffassung mancher Krankenkassen, die Allgemeine Bestimmung 2.1.3 sei in der interdisziplinären schwerpunktorientierten internistischen Behandlung beim Ansatz unterschiedlicher Grundpauschalen anzuwenden, kann mit Blick auf die inhaltsgleichen Leistungspositionen im EBM und dem Kölner Kommentar als *grundsätzlich* verfehlt angesehen werden.

Nach der Allgemeinen Bestimmung 2.1.4 „Berichtspflicht“ ist der Hausarzt grundsätzlich über die durchgeführten Maßnahmen zu informieren, und zwar auch dann, wenn die Inanspruchnahme nicht aufgrund einer Überweisung durch ihn erfolgt ist. Nur wenn der Versicherte keinen Hausarzt angegeben oder keine Einwilligung zur Information des Hausarztes erteilt hat, kann diese unterbleiben. Die Erstellung eines Berichts ist bereits mit den obligatorischen oder fakultativen Leistungsanteilen der Grundpauschalen abgegolten.

»»» *Wird aber hingegen bei Überweisung durch einen Facharzt der jeweilige Facharzt und zusätzlich nachrichtlich der Hausarzt über die erhobenen Befunde informiert, ist GOP 01602 Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z.B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes zzgl. des Portos 2 x GOP 40120 berechnungsfähig.*

Die Allgemeine Bestimmung 2.1.4 beschreibt „unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten“, dass bestimmte festgelegte Gebührenordnungspositionen des EBM nur dann vollständig erbracht sind, wenn

ein entsprechender Bericht an den Hausarzt übersandt wurde. Es sei denn, es handelt sich um eine Auftragsleistung (Definitionsauftrag). Daran gebundene Gebührenordnungspositionen sind die 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.

Erhält der Arzt eine Überweisung aus dem fachärztlichen Bereich, so ist zur vollständigen Leistungserbringung zusätzlich ein Brief nach GOP 01601 bzw. eine Kopie nach GOP 01602 an den Hausarzt erforderlich. Bei den nachfolgenden Positionen ist die Übermittlung mindestens einer Befundkopie an den Hausarzt zur vollständigen Leistungserbringung notwendig. Es handelt sich dabei um die GOP 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 um die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 11, 17, 25, 33 und 34.

Die allgemeine Bestimmung 2.2 legt gemäß §§ 14a, 15 und § 25 BMV-Ä eine persönliche Leistungserbringung fest.

Allgemeine Bestimmung 3: Behandlungs , Krankheits , Betriebsstätten- und Arztfall

Die Falldefinition

Der EBM enthält in der Allgemeinen Bestimmung unter den Unterpunkten 3.1 bis 3.4 die Definitionen des Abrechnungsfalles. Er unterscheidet seit der Reform 2005 zum Pauschalen-EBM zwischen Behandlungsfall und Krankheitsfall sowie seit 2008 auch zwischen Arztfall und Betriebsstättenfall.

Gerade in den Bereichen der Abrechnung und Erbringung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V kommt es hier immer wieder zu unnötigen Reklamationen durch die Krankenkassen. Die Ursache liegt in der ursprünglichen Definition des „alten“ Behandlungsfalles (Behandlung eines Patienten derselben Krankenkasse durch denselben Arzt in einem Quartal), der vor allen Dingen in der vertragsärztlichen Abrechnung der Einzelpraxis Anwendung findet. Durch die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit der Bildung fachübergreifender überregionaler Berufsausübungsgemeinschaften und der Öffnung der ambulanten Abrechnung für Krankenhäuser im Rahmen spezialfachärztlichen Behandlung nach § 116b SGB V sind hier die gültigen Regelungen des EBM zu beachten.

Änderung des Versichertenstatus:

Häufig entstehen Unsicherheiten, wenn sich bei dem Patienten während des Behandlungsquartals der Versichertenstatus ändert. Es ist immer der Versicher-

tenstatus maßgeblich, der bei Quartalsbeginn bestand. Ändert sich der Versichertenstatus während eines Quartals, handelt es sich weiterhin um *einen* Behandlungsfall. Dabei ist der Status zu Beginn des Quartals maßgeblich für die Abrechnung (z.B. altersbezogene Leistungspositionen).

Behandlungsfall

Gemäß Allgemeiner Bestimmung 3.1 des EBM ist der Behandlungsfall beschrieben als „Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse“. Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag Ärzte).

Der Krankheitsfall

Gemäß Allgemeiner Bestimmung 3.2 des EBM umfasst der Krankheitsfall das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen. Er ist definiert in § 21 Abs. 1 BMV-Ä.

Die Definition „einmal im Krankheitsfall“ tritt im EBM beispielsweise bei den Gebührenordnungspositionen 01790ff., aber auch in der Humangenetik in Kapitel 11 auf. So kann die GOP 01790 nur am 15.11.2010 abgerechnet werden. Eine erneute Abrechnung in den drei Folgequartalen 1–3/2011 ist *nicht* mehr möglich. Handelt es sich um unterschiedliche (andere) Krankheitsfälle, sind diese auch parallel abrechnungsfähig.

Liegen unterschiedliche Krankheitsfälle vor, können Leistungen, die nur einmal im Krankheitsfall berechnet werden dürfen, ggf. auch mehrfach entsprechend der Zahl der Krankheitsfälle angesetzt werden.

Der Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist ebenfalls definiert in § 21 Abs. 1a BMV-Ä sowie in der Allgemeinen Bestimmung 3.1 des EBM. Er umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zulasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt. Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG) bedingten, neu geschaffenen Kooperationsformen sowie neue flexiblere Tätigkeitsformen haben die Definition neuer „Falltypen“ wie den Betriebsstättenfall oder Arztfall erforderlich gemacht. Der Betriebsstättenfall ist bisher kaum kommentiert.

Der Arztfall

Der ebenfalls durch das VändG 2008 neu geschaffene Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b BMV-Ä und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte. Da sich der Arztfall auf den einzelnen Arzt bezieht, ist diese Definition gerade für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften von hoher Bedeutung. Wird derselbe Patient beispielsweise im Krankenhaus-MVZ von mehreren Fach-

richtungen behandelt, so entstehen automatisch mehrere Arztfälle, da jeder einzelne Arzt seine eigenen Leistungen durch seine lebenslange Arztnummer (LANR) abrechnet (auch Grund- und Versichertenpauschale).



In der Fallzählung ist der Arztfall bedeutungslos.

Fachgruppenfall

Für teilnehmende Krankenhäuser gilt für Leistungspositionen des EBM, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Fachgruppenfall. Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 der ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendizes der ASV-RL.

LANR und BSNR

Zum 01.07.2008 hat die KBV bundesweit die Vergabe von Arzt- und Betriebsstättennummern und damit die Richtlinie nach § 75 (7) SGB V umgesetzt. Dadurch können ärztliche Leistungen persönlich und örtlich zugeordnet werden. Durch die Zuordnung der lebenslangen Arztnummer (LANR) können Verordnungen und erbrachte ärztliche Leistungen dem Leistungserbringer zugeordnet werden. Die Betriebsstättennummer (BSNR) ermöglicht es, eine erbrachte Leistung dem Erbringungsort zuzuordnen. Der Bundesmantelvertrag verpflichtet alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dazu, alle von ihnen erbrachten Leistungen und Verordnungen sowohl mit der BSNR als auch mit der LANR zu kennzeichnen.



Die KV ordnet seitdem dem Arzt eine lebenslange neunstellige Arztnummer zu. Sie setzt sich aus einer sechsstelligen Ziffernfolge (Ziffern 1 bis 6), einer Prüfziffer (Ziffer 7) sowie einem zweistelligen Arztgruppenschlüssel (Versorgungsbereich und Arztgruppenzuordnung, Ziffern 8 bis 9) zusammen. Im Bereich der Abrechnung im Krankenhaus umfasst der Begriff Arztpraxis auch MVZ, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen an Krankenhäusern. Ändert der Arzt seinen Tätigkeitsschwerpunkt, werden die Ziffern 8 bis 9 von der KV neu vergeben (Quelle: KBV, Richtlinie zur Vergabe von Arzt und Betriebsstättennummer vom 23.12.2008).



In der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V wird durch die LANR sowohl Leistungserbringung als auch Verordnungsumfang des jeweiligen Arztes transparent.



Die LANR gibt Aufschluss darüber, wer eine Leistung erbringt oder verordnet; sie ändert sich nur, wenn der Arzt in einen anderen Schwerpunkt wechselt. Die BSNR gibt Aufschluss darüber, wo eine Leistung verordnet oder erbracht wird. Sie ändert sich nie. § 75 Absatz 7 beschreibt die Richtlinie der KBV zur Vergabe der BSNR und LANR.

Eine völlig neue Regelung sieht GKV Spitzenverband, KBV und DKG für ASV-Berechtigte in der neuen gesetzlichen Fassung des § 116b SGB V vor. Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer, welche für die Abrechnung, Verordnungen und Überweisungen gilt. Es handelt sich dabei um ein bundesweit eindeutiges Identifikationsmerkmal. Sie umfasst neun Ziffern und ist wie eine Betriebsstättennummer (BSNR) aufgebaut. Die ersten beiden Stellen „00“ kennzeichnen dabei die ASV als verordnende Stelle. Die BSNR in der Codierleiste wird durch die Pseudoziffer „22222222“ ersetzt.

Für die ASV-berechtigte Leistungserbringung gab es im alten Recht des § 116b SGB V keine einheitliche Regelung. ASV-Leistungserbringer an Krankenhäusern kennzeichnen ihre ASV-Leistungen mit der neu eingeführten TEAM-Nummer sowie der Fachgruppennummer.



Für die Fachgruppennummer als Fachgruppenidentitätsnummer gilt:

- Bei der Fachgruppennummer handelt sich um eine 9-stellige Nummer.
- Die ersten 6 Stellen kennzeichnen eine „Pseudo-Arztnummer 555555“.
- Die siebte Stelle ist die Ordnungsnummer des Krankenhauses (nicht des Team-Mitglieds).
- Die achte und neunte Stelle bilden den Fachgruppencode nach Anlage 3 ASV-AV ab.

Hinsichtlich der Beteiligung der niedergelassenen Vertragsärzte an der ASV nach § 116b SGB V gelten TEAM-Nummer und LANR-Nummer.

Allgemeine Bestimmung 4: Berechnung der Gebührenordnungspositionen

Die Allgemeine Bestimmung 4.1 beschreibt, dass die jeweilige fachgruppenspezifische Grundpauschale beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt *und* nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist. Damit sind die Leistungen aus Anhang 1 des EBM bereits abgegolten.

Unter der Allgemeinen Bestimmung 4.3 „Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung“ sind unter anderem der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt und weitere Kontakte definiert.



Allgemeine Bestimmung 4.3: Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.

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