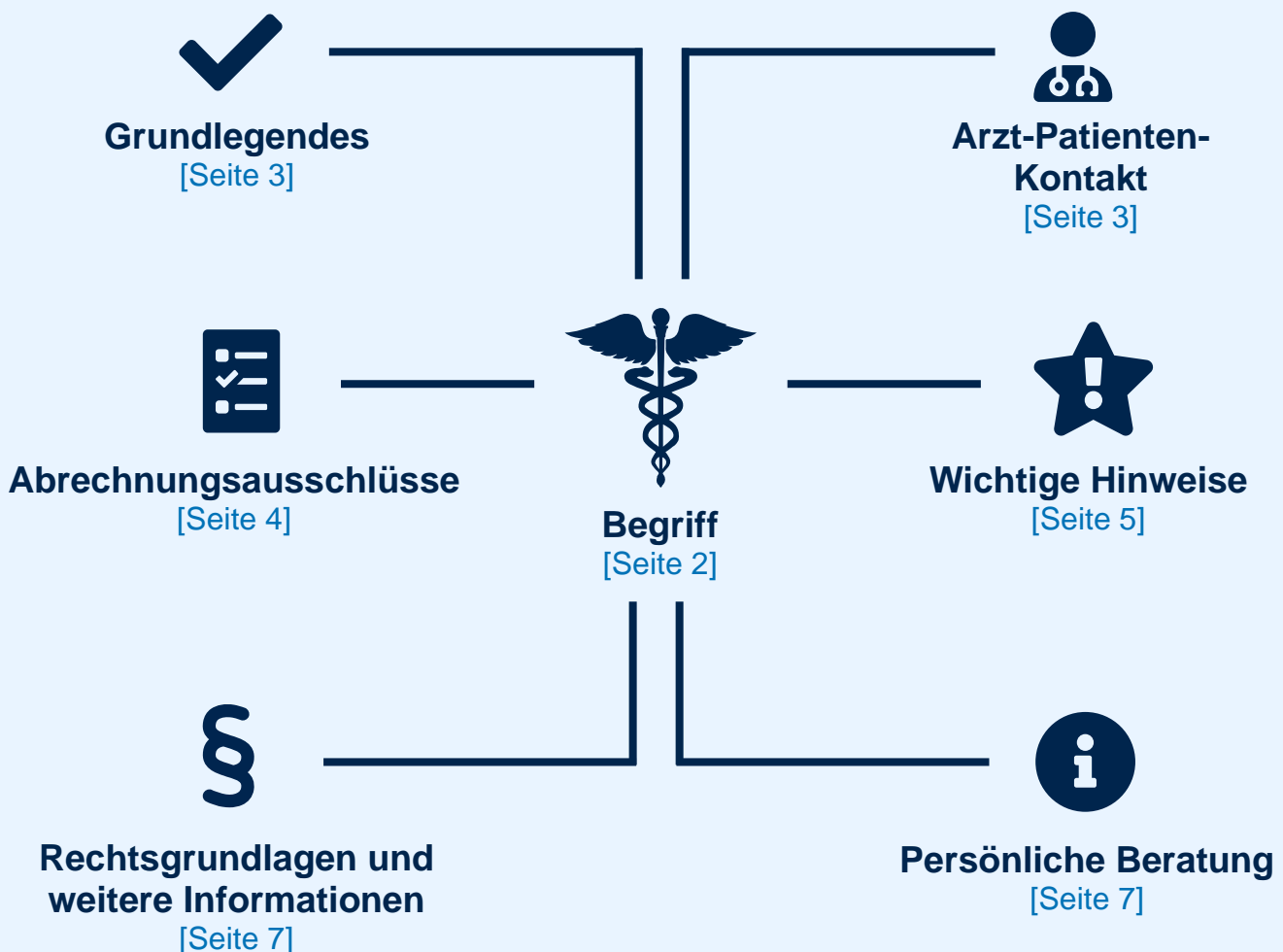


Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten- und Arztfall

Allgemeine Informationen

Wo steht was?



Begriff

Krankheitsfall

Ein Krankheitsfall umfasst bei einer Patientin bzw. bei einem Patienten

- das aktuelle Kalendervierteljahr
- die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre.

Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall umfasst bei einer Patientin bzw. bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung in derselben Arzt-/Psychotherapeutenpraxis
- eine oder mehrere Krankheiten
- eine Behandlung unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte, soweit er bei derselben Krankenkasse versichert ist.

Betriebsstättenfall

Ein Betriebsstättenfall umfasst bei einer Patientin bzw. bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung in derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte soweit sie bzw. er bei derselben Krankenkasse versichert ist.

Arztfall

Ein Arztfall umfasst bei einer Patientin bzw. bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung durch **dieselbe bzw. denselben** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Ärztin bzw. Arzt
- eine Behandlung unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte
- eine Behandlung zu Lasten derselben Krankenkasse

Hinweis

Die Definitionen der Abrechnungsbestimmungen finden Sie im EBM - I. Allgemeine Bestimmungen unter Nr. 3 im EBM:

→ www.kbv.de/html/online-ebm.php



Grundlegendes

	Arztfall	Behandlungsfall
Einzelpraxis (niedergelassene(r) Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeut)	identisch	
Gemeinschaftspraxis / MVZ	Leistungen einer einzelnen Ärztin bzw. eines einzelnen Arztes oder einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten	Leistungen der gesamten Praxis oder des gesamten MVZ bei derselben Patientin bzw. demselben Patienten

Hinweis

Sind Leistungen im Arztfall ausgeschlossen, können diese aber im Behandlungsfall nebeneinander berechnet werden, wenn sie von verschiedenen Ärztinnen bzw. Ärzten oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten - also in verschiedenen Arztfällen - erbracht werden.

Arzt-Patienten-Kontakt

- **Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt**

Räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient mit **direkter Interaktion**.

Hinweis

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern (gem. 4.3.5 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM) sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion der Ärztin bzw. des Arztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt. Die Ärztin bzw. der Arzt, die Patientin bzw. der Patient und die Bezugsperson(en) müssen sich dabei gleichzeitig an demselben Ort befinden

▪ **Anderer Arzt-Patienten-Kontakt**

Mindestens **telefonischer und/oder mittelbarer Kontakt**, soweit berufsrechtlich zulässig. Ein mittelbar anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt keine unmittelbare Anwesenheit von Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient an demselben Ort voraus.



- Telefonische oder andere mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und **nicht gesondert berechnungsfähig**.
- Ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte im **Behandlungsfall** sind nach **GOP 01435** berechnungsfähig.
- Bei **mehr als einer Inanspruchnahme** derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind **Uhrzeitangaben** erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden.

Arten von Abrechnungsausschlüssen

Abrechnungsbestimmung	Gebührenordnungsposition
Sitzungs bezogen (Arzt-Patienten-Kontakt)	z.B. GOP 02311, 02500
Tag bezogen	z.B. GOP 02300 - 02302
Behandlungsfall bezogen	z.B. Versicherten-/Grundpauschale
Krankheitsfall bezogen	z.B. GOP 30110, 30111
Zeitraum bezogen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ z.B. innerhalb von 21 Tagen ▪ z.B. postoperative Behandlung
Arztfall bezogen	z.B. GOP 01430, 01435



Verschiedene Arten von Abrechnungsausschlüssen müssen als spezifische Voraussetzungen zur Berechnung berücksichtigt werden.

Wichtige Hinweise

- Gebührenordnungspositionen, die eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall voraussetzen, sind auch berechnungsfähig, wenn die Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Arztfall stattfindet.
- Behandlungs-, krankheits- oder arztfallbezogene Leistungskomplexe und Pauschalen sind nur mit **mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig**.
- Sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall. Krankheitsfallbezogene Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten auch bei der Erbringung von Gebührenordnungspositionen bei arztpraxisübergreifender Tätigkeit.
- Eine Patientin bzw. ein Patient kann eine bei einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt begonnene Behandlung, bei der mehrere Termine erforderlich sind (z. B. Akupunktur) bei einem Krankheitsfall von einer anderen Vertragsärztin bzw. einem anderen Vertragsarzt fortführen lassen. Die Patientin bzw. der Patient ist aber verpflichtet, die weiterbehandelnde Vertragsärztin bzw. den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Anzahl der bereits durchgeführten (Akupunktur-)sitzungen zu informieren.
- Seit 1. April 2013 wird der Wirtschaftlichkeitsbonus Labor (GOP 32001) nicht mehr wie vorher je kurativ-ambulantem Arztfall, sondern nur noch je kurativ-ambulantem Behandlungsfall gewährt.
- Daher wird für die Berechnung der Höhe des Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) und der jeweiligen Laborbudgetgrenzen für Allgemein- und Speziallabor nicht mehr wie bisher auf die kurativ-ambulantem Arztfälle abgestellt, sondern auf die kurativ-ambulantem Behandlungsfälle.
- Für Einzelpraxen ist der Arztfall gleich der Behandlungsfall.
- Anders stellt es sich für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärztinnen bzw. Ärzten dar. Die Behandlungsfallzahl ist bei diesen Praxen in der Regel geringer als die Summe der Arztfälle.
- Die Fallzählung zur Berechnung des Regelleistungsvolumens wurde zum 01.07.2009 vom Arztfall auf Behandlungsfall umgestellt, so dass es nicht relevant ist, ob ein oder mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten die Patientin bzw. den Patienten gesehen haben.
- Zur Ermittlung der Zusammenarbeit in BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärztinnen bzw. Ärzten wurde eine bayerische Kennziffer (ohne Wert) geschaffen – **99215**. Damit können Arzt-Patientenkontakte abgebildet werden, bei denen keine RLV-relevanten EBM-

Gebührenordnungspositionen abrechenbar sind. Die Kennziffer 99215 kann angesetzt werden, wenn ein Arzt-Patientenkontakt stattfindet **und** ein ambulant kurativer Fall vorliegt. Seit Januar 2013 kommt es nicht mehr auf den Ansatz im Vorjahresquartal, sondern im aktuellen Quartal an, da nunmehr zur Obergrenzenermittlung grundsätzlich die aktuellen RLV- bzw. QZV-Fallzahlen relevant sind.



Die erbrachten Leistungen sind jeweils von der behandelnden Vertragsärztin bzw. vom behandelnden Vertragsarzt mit LANR zu kennzeichnen.

Rechtsgrundlagen

Krankheitsfall/Behandlungsfall

§ 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Betriebsstättenfall

§ 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

Arztfall

§ 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

<https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf>

Weitere Informationen

KVB – Informationen zur Niederlassung

→ www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/einzelpraxis-oder-kooperation

KVB – Informationen zu Pflichten für Praxisführende

→ www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/pflichten

KVB – Informationen zum Abrechnungsprozess

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/abrechnungsprozess

KVB - Informationen zur Honorarverteilung

→ www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/honorar



Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin am Beratungscenter, in Ihrer Region. Dabei haben Sie die Wahl: Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung

