
Informationen zum Thema

Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten- und Arztfall

Stand Oktober 2017

Begriff

Krankheitsfall

Ein Krankheitsfall umfasst bei einem Patienten

- das aktuelle Kalendervierteljahr sowie
- die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre.

Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall umfasst bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung in derselben Arzt-/Psychotherapeutenpraxis
- eine oder mehrere Krankheiten
- unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte

soweit er bei derselben Krankenkasse versichert ist.

Betriebsstättenfall

Ein Betriebsstättenfall umfasst bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung in derselben Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte

soweit er bei derselben Krankenkasse versichert ist.

Arztfall

Ein Arztfall umfasst bei einem Patienten

- ein Kalendervierteljahr
- die Behandlung durch **denselben** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt
- unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte
- zu Lasten derselben Krankenkasse.

Rechtsquellen

Krankheitsfall/Behandlungsfall

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

Informationen zum Thema

Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten-, Arztfall

Betriebsstättenfall

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

Arztfall

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

Was Sie wissen sollten

Der Behandlungsfall und der Arztfall sind in einer Einzelpraxis für einen niedergelassenen Arzt / Psychotherapeuten identisch. In einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ umfasst der Arztfall die Leistungen eines einzelnen Arztes / Psychotherapeuten, der Behandlungsfall die Leistungen der gesamten Praxis oder des gesamten MVZ bei demselben Patienten.

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

Arzt-Patienten-Kontakt:

- **Persönlicher** Arzt-Patienten-Kontakt:

Räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patienten inkl. direkter Interaktion.

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 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 des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

- **Anderer** Arzt-Patienten-Kontakt:

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

Telefonische oder andere mittelbare 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.

Informationen zum Thema

Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten-, Arztfall

Nachfolgende Arten von Abrechnungsausschlüssen müssen als spezifische Voraussetzungen zur Berechnung berücksichtigt werden:

- **Sitzungsbezogen**
(Arzt-Patienten-Kontakt) – z. B. GOP 02311, 02500
- **Tagbezogen** – z. B. GOP 02300 – 02302
- **Behandlungsfallbezogen** – z. B. Versicherten-/Grundpauschale
- **Krankheitsfallbezogen** – z. B. GOP 30110, 30111
- **Zeitraumbezogen** – z. B. innerhalb 21 Tagen
– z.B. postoperative Behandlung
- **Arztfallbezogen** – z. B. GOP 01430, 01435

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.
- Ein Patient kann eine bei einem Vertragsarzt begonnene Behandlung, bei denen mehrere Termine erforderlich sind (z. B. Akupunktur) bei einem Krankheitsfall von einem anderen Vertragsarzt fortführen lassen. Der Patient ist aber verpflichtet, 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.

Informationen zum Thema

Krankheits-, Behandlungs-, Betriebsstätten-, Arztfall

Für Einzelpraxen ist der Arztfall gleich der Behandlungsfall.

Anders stellt es sich für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten 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 Ärzte / Psychotherapeuten den Patienten gesehen haben.
- Zur Ermittlung der Zusammenarbeit in BAG, MVZ und Praxen mit angestellten 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.

Worauf Sie achten sollten

Die erbrachten Leistungen sind jeweils vom behandelnden Vertragsarzt mit LANR zu kennzeichnen.

Hier finden Sie weitere Informationen

www.kvb.de – Rubrik "Praxis"

<http://www.kvb.de/service/mitglieder-informationen/faq/>

<http://www.kvb.de/abrechnung/honorar/>

Maßgeschneiderte Beratungen erhalten Sie im persönlichen Gespräch mit unseren Beratern in Ihrer Bezirksstelle vor Ort.

Bitte nutzen Sie unsere Kontaktformulare zur Vereinbarung eines Beratungstermins. Diese finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.kvb.de/service/kontakt-und-beratung/> .