

KVBIINFOS 04|12

ABRECHNUNG

- 42 Die Honorarprüfung in der KVB
- 46 Abrechnungsprüfung nach Paragraph 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“)
- 48 Aufgreifkriterien der Plausibilitätskontrolle
- 50 Abrechnungskorrekturen und Nachtragsfälle
- 51 Besuchsleistungen richtig abrechnen
- 53 Abrechnung unvorhergesehener Inanspruchnahme
- 55 Abrechnung von Vorsorgeleistungen

- 58 Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung
- 59 Betreuung einer Schwangeren
- 60 Kennzeichnungspflicht künstliche Befruchtung (IVF)
- 61 Postoperative Überwachung
- 62 Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung
- 63 Fortführung Kataraktvereinbarung
- 66 Abrechnung der Dialyse

SEMINARE

- 68 Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“
- 69 Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“
- 70 Die nächsten Seminartermine der KVB

Die Honorarprüfung in der KVB

Die Plausibilitätsprüfung befasst sich mit der Frage, ob es möglich war, die abgerechneten Leistungen persönlich, vollständig, den Regelungen entsprechend oder auch überhaupt zu erbringen.

In diesem Heft finden Sie wichtige Informationen rund um die Honorarprüfung in der KVB. Der erste Teil befasst sich mit Grundsätzlichem zur Leistungserbringung, deren Dokumentation, Abrechnung und Prüfung. Im zweiten Teil finden Sie Hinweise zu den Abrechnungsbestimmungen von Leistungen, die im Rahmen einer Prüfung immer wieder eine Rolle spielen. Auch zukünftig werden wir Sie regelmäßig über die „Stolpersteine“ des EBM, aber auch über die Schwerpunkte, zu denen die Kassen Prüfanträge stellen, informieren.

Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben (Paragraph 15 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise Paragraph 14 Absatz 1 EKV-Ä in Verbindung mit Paragraph 32 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)). Dies stellt das Prinzip des Vertragsarztrechts dar, gemäß dem der Vertragsarzt aufgrund seiner persönlichen Eignung zugelassen wird. Als persönliche Leistungen des Vertragsarztes gelten auch solche Leistungen, die von einem genehmigten Assistenten beziehungsweise angestellten Arzt oder im Rahmen einer zulässigen Vertretung erbracht werden.

Beschäftigung von angestellten Ärzten und Assistenten

Die Beschäftigung von **angestellten Ärzten und Assistenten** bedarf grundsätzlich der **vorherigen** Genehmigung der KVB beziehungsweise des Zulassungsausschusses (Paragraph 32 Absatz 2, Paragraph 32b Absatz 2 Ärzte-ZV). Die alleinige Genehmigung durch die Bayerische Landesärztekammer ist **nicht ausreichend**. Sofern Sie einen bereits bei Ihnen tätigen Assistenten über den bislang genehmigten Zeitraum hinaus beschäftigen möchten, ist eine Verlängerung der Genehmigung erforderlich. Rückwirkende Genehmigungen dürfen nicht erteilt werden. Die erbrachten Leistungen von **genehmigten** Assistenten und angestellten Ärzten werden als persönliche Leistung des Arztes bewertet und bei der Berechnung der Zeitprofile berücksichtigt (Paragraph 32b Ärzte-ZV). Häufig kommt es durch die Tätigkeit von **nicht genehmigten** Assistenten zu Überschreitungen der zulässigen Quartals- und Tagesarbeitszeit. Leistungen, die von **nicht genehmigten** Assistenten erbracht werden, können von der KVB nicht anerkannt werden. Sie werden daher vom jeweiligen Vertragsarzt zurückgefordert. Der **ermächtigte Arzt** kann seine Leistungen (abgesehen von den Vertretungsfällen) nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf. Die Ermächtigung wird gerade wegen der **persönlichen Qualifikation** des ermächtigten Arztes erteilt.

Vertretung

Eine **Vertretung** ist bei Krankheit, Urlaub, Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehr-

übung innerhalb von zwölf Monaten bis zu einer Dauer von **drei Monaten** möglich. Eine Vertragsärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von **zwölf Monaten** vertreten lassen. Um den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen der Vertragsärztin vor und nach der Geburt besser begegnen zu können, wurde die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen, nach dem GKV-VStG von sechs auf zwölf Monate erweitert.

Eine Vertretung ist grundsätzlich nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen Arzt, der über eine Approbation und Facharztanerkennung verfügt, zulässig. Eine Vertretung setzt ferner voraus, dass der Vertragsarzt für die vertragsärztliche Tätigkeit aus den genannten Gründen nicht zur Verfügung steht. Damit scheidet eine Vertretung aus, wenn der Vertreter und der vertretene Vertragsarzt gleichzeitig in der Praxis anwesend sind.

Grundsätzlich kann ein Vertreterfall nur dann angenommen werden, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund an der Ausübung seiner Praxis verhindert ist, das heißt **nicht** nur stundenweise, sondern zumindest einen Tag abwesend ist. Eine regelmäßige Abwesenheit (zum Beispiel immer montags) lässt sich nicht durch eine Vertretung kompensieren.

Ein Vertragsarzt kann Leistungen an einen anderen Arzt grundsätzlich nur delegieren, wenn der andere Arzt selbst über die erforderliche Abrechnungsgenehmigung oder fachliche Qualifikation (insbesondere Facharztanerkennung) ver-

fügt, die zur Erbringung der Leistung erforderlich ist. Vor der Delegation muss sich der Vertragsarzt vergewissern, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Vertretungen, die **bis zu einer Woche dauern**, muss der Arzt der KVB **weder anzeigen, noch sind sie zu genehmigen. Ab einer Woche bis zu drei Monaten** Vertretungsdauer muss der Arzt die Vertretung der KVB unter Benennung des vertretenden Arztes **anzeigen**. Dauert die Vertretung **länger als drei Monate innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten**, muss der Arzt die Vertretung vorher durch die KVB genehmigen lassen. An die Vertretung von ermächtigten Ärzten sind dieselben Anforderungen zu stellen.

Im ärztlichen Bereitschaftsdienst muss die Vertretung zudem über eingehende Berufserfahrung im ärztlichen Notfall-/Bereitschaftsdienst verfügen. Diese sind nur gegeben, wenn der Nachweis über mindestens 100 Stunden Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVB und die Behandlung von mindestens 50 Patienten unter Anleitung eines Vertragsarztes geführt ist (vergleiche Anlage 1 BDO-KVB).

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertinnen
Ismihana Vidimlic
Telefon 09 41 / 39 63 – 3 81
E-Mail Ismihana.Vidimlic@kvb.de

Hildegard Beer
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 03
E-Mail Hildegard.Beer@kvb.de

Pflicht zur genauen Abrechnung

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung beruht auf Vertrauen in eine sorgfältige und richtige Abrechnung. Daher ist es eine grundlegende Pflicht eines jeden Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen genau abzurechnen. Dies hat das Bundessozialgericht in zahlreichen Entscheidungen (zum Beispiel BSG, 24.11.1993, 6RKA79/91) so entschieden.

Vor allem fällt unter diese Pflicht, dass eine Leistung nur dann abgerechnet werden kann, wenn der gesamte Leistungsinhalt vollständig erfüllt wurde (gemäß EBM, Allgemeine Bestimmungen I, 2.1). Dies umfasst zunächst die Erbringung aller obligaten Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition, wozu auch die in der Überschrift aufgeführten Inhalte zählen. Zur Vollständigkeit der Leistung gehört auch, dass die Leistung dokumentiert wurde. So kann der Vertragsarzt beweisen, dass er die Leistung tatsächlich persönlich und vollständig erbracht hat. Zudem müssen immer die allgemeinen Bestimmungen des EBM sowie die jeweiligen Präambeln und Anmerkungen beachtet werden. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden. Die Pflicht zur genauen Leistungsabrechnung umfasst auch, dass die Gebührenordnungspositionen nur an dem Tag angesetzt werden dürfen, an dem die Leistung vollständig erbracht wurde. Insbesondere stellt es einen schweren Abrechnungsverstoß dar, wenn die Gebührenordnungsposition an einem anderen Tag angesetzt wird, um Abrechnungsausschlüsse des EBM oder anderer Vergütungsregelungen zu umgehen. Leistungen, deren Vergütung von

der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (zum Beispiel Vorliegen einer Genehmigung) abhängig ist, können nur abgerechnet werden, wenn diese erfüllt sind.

Ein Vertragsarzt muss sich selbst anhand der ihm zur Verfügung stehenden Verträge, Abrechnungsvorschriften und Gebührenordnungen die notwendigen Kenntnisse darüber verschaffen, wie die von ihm erbrachten Leistungen korrekt abzurechnen sind. Der Vertragsarzt darf sich bei der Abrechnung auch Hilfspersonen bedienen. Er ist jedoch persönlich für die Abrechnung verantwortlich. Daher trifft ihn eine Überwachungspflicht. Ein Verschulden der Hilfspersonen wird dem Vertragsarzt zugerechnet. Wir empfehlen deshalb, dass der Arzt die Abrechnung selbst erstellt.

EBM , Allgemeine Bestimmungen I, 2.1 (Stand 1/2012)

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in demselben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügen und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.

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 – beziehungsweise Prozedurenklassifikation (zum Beispiel OPS, ICD 10 GM) erfüllt sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.

Eine Gebührenordnungsposition ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Leistungserbringung erfolgt.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Susanne Zorneck
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 80
E-Mail Susanne.Zorneck@kvb.de

Die ärztliche Dokumentationspflicht

Die Dokumentation des Behandlungsablaufs dient dem Interesse des behandelnden Arztes und des Patienten und ist für den Arzt berufsrechtlich und vertragsärztlich verpflichtend. Relevanz hat die ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation aber auch für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung kann mittels der Dokumentation eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung nachgewiesen werden.

Nach Paragraph 57 Absatz 1 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die Verletzung der Dokumentationspflichten hat zur Folge, dass der Leistungsinhalt der abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOP) nicht vollständig erbracht wurde. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Punkt 2.1 nur dann gegeben, wenn die obligaten Leistungsbestandteile erbracht worden sind, die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten erfüllt sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Vor diesem Hintergrund bleibt die Frage, welche Anforderungen an Inhalt und Umfang der Dokumentation gestellt werden. Grundsätzlich sind die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie Verlaufsdaten festzuhalten.

Der Leistungsinhalt der abgerechneten Gebührenordnungspositionen muss sich in den Dokumentationen widerspiegeln. Zu beachten ist auch, dass einzelne Gebührenordnungspositionen spezielle Dokumentationsinhalte erfordern, zum Beispiel GOP 05320 „Dokumentation mit Angabe des Nerven oder Ganglions“ oder GOP 18330 „Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs“. Auch sollten die Aufzeichnungen für einen medizinischen Fachmann verständlich und nachvollziehbar sein. Als Empfehlung wird nahegelegt: je komplizierter der Eingriff ist, desto genauer sollte auch die Dokumentation ausfallen.

Schließlich müssen die Dokumentationsunterlagen nach Abschluss der Behandlung für einen Zeitraum von zehn Jahren aufbewahrt werden. Hierzu der Hinweis, dass die Aufbewahrungsfrist in speziellen Fällen von der zehnjährigen Frist abweichen kann. Beispielsweise beträgt die Aufbewahrungsfrist für Aufzeichnungen über die Röntgentherapie oder über die Behandlung mit radioaktiven Stoffen und ionisierenden Strahlen dreißig Jahre.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Inga Poguntke
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 62
E-Mail Inga.Poguntke@kvb.de

Die Bestimmungen des EBM sind komplex und die Anforderungen an die Dokumentation sind hoch. Nehmen Sie sich daher Zeit für Ihre Abrechnung – ihre Richtigkeit ist die Voraussetzung für Ihren Honoraranspruch!

Hilfestellung – die wichtigsten Fragen bei der Abrechnung von Leistungen

Viele Abrechnungselemente werden automatisch gesteuert, aber auch EDV-Systeme haben Lücken. Unsere Erfahrungen zeigen, dass es immer wieder zu Problemen kommt, wenn Gebührenordnungspositionen besondere Voraussetzungen haben. Fehler in der Abrechnung und damit auch leider Streichungen von Leistungen treten häufig in Verbindung mit folgenden Fragen auf:

- Wurde die im Abrechnungszeitraum gültige Versicherungskarte eingelesen oder nachgereicht?
- Ist für die GOP eine besondere Genehmigung/Teilnahmeerklärung notwendig?
- Ist die GOP nur für ein bestimmtes Geschlecht berechnungsfähig?
- Ist die GOP für die entsprechende Behandlungsart die Richtige (Stichwort kurative, präventive Leistung, zum Beispiel bei Koloskopie)?
- Wurde die Alterszuordnung der GOP berücksichtigt?
- Ist eine Seitenkennzeichnung (rechts/links) nötig?
- Wann wurde die Untersuchung zum letzten Mal durchgeführt und abgerechnet? Wurde der notwendige Abstand zur letzten Untersuchung eingehalten (zum Beispiel bei Präventionsleistungen)?
- Wurde die Leistung am Abrechnungstag vollständig mit allen obligaten Leistungsinhalten erbracht?

- Ist die entsprechende Diagnose vorhanden (zum Beispiel bei Akupunkturleistungen)?
- Ist die ärztliche Vorgeschichte des Patienten ausreichend dokumentiert für die Abrechnung der Leistung?

Abrechnungsprüfung nach Paragraph 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“)

Was ist eine Plausibilitätsprüfung?

Bei der Plausibilitätsprüfung stellt sich die Frage:

Wurde das, was abgerechnet wurde

- persönlich
- bestimmungsgemäß (EBM-konform)
- vollständig
- überhaupt erbracht?

Wer führt die Prüfung durch?

Kassenärztliche Vereinigung

zum Beispiel

- arztbezogene Prüfung der Abrechnung
- Prüfung des Umfangs der je Tag und Quartal abgerechneten Leistungen in Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand

Krankenkassen

zum Beispiel

- Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit

Wie ist die Prüfung in Bayern organisiert?

Die KVB und die Krankenkassen prüfen gemeinsam auf Grundlage der Vereinbarung nach Paragraph 106a Absatz 5 SGB V (Kommission Abrechnungsprüfung).

Die Prüfung in der KVB erfolgt fachgruppenbezogen durch die regionalen Standorte (zum Beispiel Prüfung der Anästhesisten am regionalen Standort Regensburg).

Welche Prüfgegenstände gibt es?

Zeitvolumen:

Prüfung der Leistungen auf Plausibilität, wenn Arzt/LANR eine auffällig hohe Stundenzahl im Quartal hat (mehr als 780 Stunden pro Vertragsarzt beziehungsweise mehr als 156 Stunden bei ermächtigten Krankenhausärzten) oder/und mindestens drei Tage im Quartal mit mehr als zwölf Stunden pro Tag

gemeinsame Patienten:

Patientenidentität bei Praxisgemeinschaften/Praxen mit identischen Adressen

Einzelleistungsprüfung (GOP-Prüfung)

Sonstige Aufgreifkriterien:

zum Beispiel

- Einhaltung Überweisungsauftrag
- Einhaltung des Gebots der persönlichen Leistungserbringung
- Vorhandensein der Berechtigung/Genehmigung zur Abrechnung bestimmter Leistungen

Welche Folgen kann die Prüfung haben?

Honorarrückforderung

durch Rückzahlungsvereinbarung oder Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid

Disziplinarverfahren

(zum Beispiel bei grob fahrlässiger Falschabrechnung)

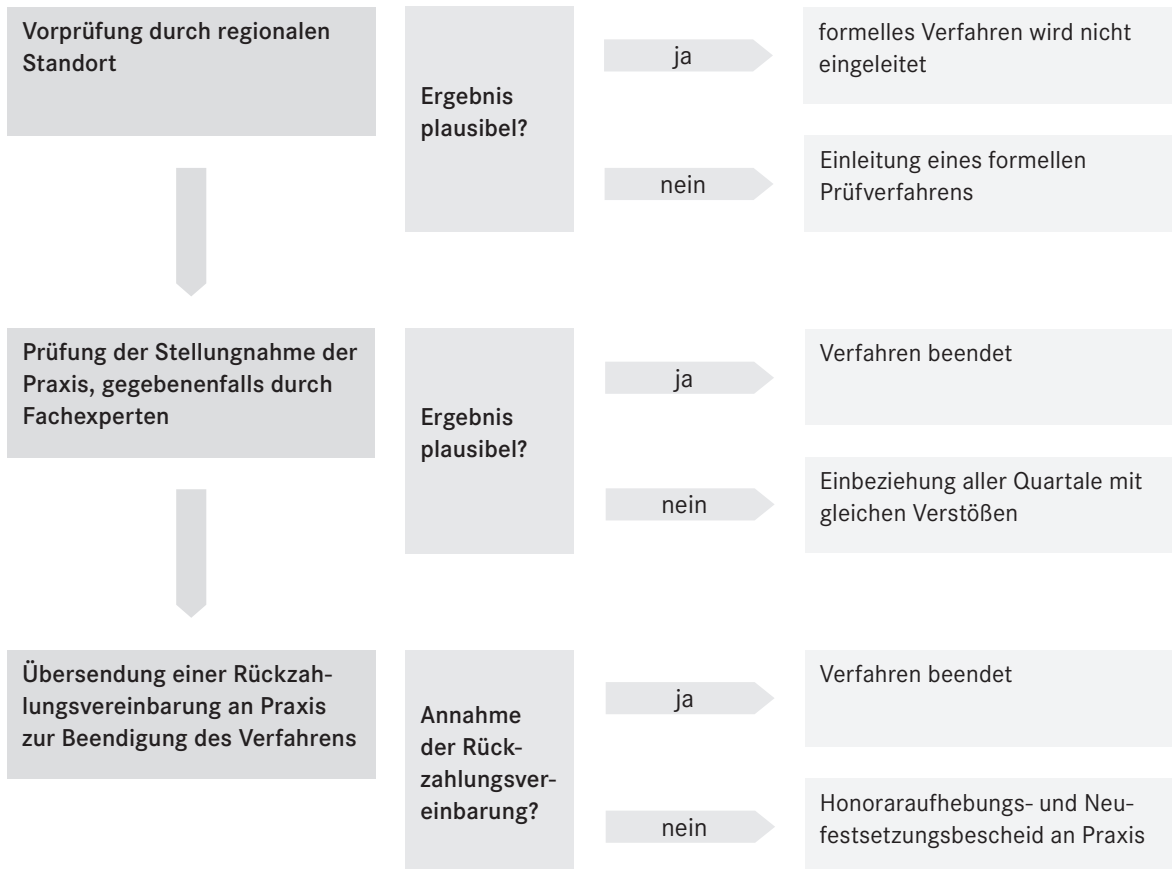
Strafanzeige

(zum Beispiel bei vorsätzlicher Falschabrechnung)

Entzug der Zulassung

(zum Beispiel Zulassung nach schwerem Pflichtverstoß für Vertragspartner – KV und Kassen – unzumutbar)

Wie wird geprüft?



Angebote der KVB

- persönliche Niederlassungs-/Präsenzberatung
- telefonische Abrechnungsberatung
- Seminare/Abrechnungsworkshops
- Rundschreiben über Änderungen der Abrechnungsbestimmungen/des EBM
- Abrechnungsinfos in den KVB INFOS des Mitgliedermagazins KVB FORUM

Aufgreifkriterien der Plausibilitätskontrolle

Um eine Plausibilitätsprüfung als erweiterte Prüfung verwaltungsökonomisch und rechtssicher betreiben zu können, ist die Einleitung einer Prüfung abhängig vom Vorliegen geeigneter Aufgreifkriterien.

Die Aufgreifkriterien sind festgelegte Grenzwerte, bei deren Überschreitung zunächst eine interne Vorprüfung des Sachverhalts durch die Mitarbeiter der Honorarprüfung erfolgt. In vielen Fällen kann bereits durch die KV-interne Prüfung der Grund der Überschreitung plausibel erklärt werden. Ansonsten wird der Arzt um Mithilfe bei der Aufklärung in Form einer Stellungnahme gebeten.

Zeitaufwand – das Aufgreifkriterium der Arbeitszeit

Das Zeitvolumen ist ein wichtiger Anhaltspunkt, um zu beurteilen, ob es möglich war, die abgerechneten Leistungen in dem dafür veranschlagten Zeitrahmen vollständig und bestimmungsgemäß zu erbringen. Diese Prüfung hat der Gesetzgeber deshalb zwingend in Paragraph 106a Absatz 2 SGB V vorgeschrieben.

Bei jeder eingereichten Honorarabrechnung wird dazu eine Zeitauswertung über die erbrachten Leistungen erstellt. Für jedes einzelne Mitglied und jeden ansonsten tätigen Arzt, dem eine LANR zugeteilt wurde, werden personenbezogene Quartals- und Tagesarbeitszeitprofile erzeugt.

Auch die abgerechneten Leistungen teilzugelassener oder teilangestellter sowie ermächtigter Ärzte, werden auf ihre zeitliche Nachvollziehbarkeit hin geprüft. Verwendung finden dabei die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab

hinterlegten Prüfzeiten. Bei der Ermittlung der Profile gelten folgende Grundsätze:

- Samstags-, Sonntags- und Feiertagsarbeit, Notfalldienst, Vertreterfälle und delegierbare Leistungen werden gesondert berücksichtigt.
- Assistenten werden mit ihrem genehmigten Arbeitsumfang in der Zeitberechnung ausgewiesen. Erstreckt sich die Genehmigung nur über einen Teil des Quartals, reduziert sich der Arbeitsumfang des Assistenten entsprechend. Die Arbeitszeit eines Weiterbildungsassistenten wird dem Vertragsarzt gutgeschrieben, für den der Weiterbildungsassistent genehmigt wurde und entsprechend vom Zeitkonto des Vertragsarztes abgezogen.
- Ist ein Arzt in verschiedenen Praxen tätig, werden die Zeitergebnisse aus verschiedenen Praxen zu einem personenbezogenen Gesamtwert addiert.

Eine Auffälligkeit der Arbeitszeit liegt vor bei der Überschreitung folgender Grenzwerte (Paragraph 8 Absatz 3 Bundesrichtlinien):

Quartalsarbeitszeit

Volle Zulassung

- Das für ein Quartal ermittelte Zeitvolumen eines zugelassenen Arztes gilt bei mehr als **780 Stunden** als auffällig.

Teilzulassung

- Ein **teilzugelassener** Vertragsarzt darf gemäß Paragraph 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V zeitlich nur **häufig** tätig werden, das heißt, dass hier ein Quartalsprofil ab **390 Stunden** als auffällig zu werten ist.

Ermächtigung

- Bei ermächtigten Krankenhausärzten ist eine Abrechnung als auffällig einzustufen, wenn mehr als **156 Stunden** Quartalsarbeitszeit ermittelt wurden.

Angestellte Ärzte

- Bei angestellten Ärzten in Vollzeit ist als Auffälligkeitsgrenze eine Quartalsarbeitszeit von **520 Stunden** zugrunde zu legen, da hier grundsätzlich von einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auszugehen ist.
- In Teilzeit angestellte Ärzte werden entsprechend ihres Tätigkeitsumfangs mit **130, 260 oder 390 Stunden** berücksichtigt. Grundsätzlich gilt die vom Zulassungsausschuss genehmigte Stundenzahl.

Tagesarbeitszeit

- Der Arbeitsaufwand pro Tag gilt für alle Ärzte (unabhängig vom Tätigkeitsstatus) als auffällig bei mehr als drei Arbeitstagen mit mehr als zwölf Stunden im Quartal.

Fazit

Die Überprüfung des Zeitvolumens ist lediglich ein Aufgreifkriterium, das auf Implausibilitäten hinweisen kann. In vielen Fällen können Auffälligkeiten jedoch bereits KV-intern durch das besondere Leistungsspektrum oder besondere Genehmigungen des Arztes plausibilisiert werden.

Bitte beachten Sie den Unterschied zwischen einer Zulassung und einer Anstellung. In einem Anstellungsverhältnis ist strikt auf die Einhaltung der genehmigten Arbeitszeit zu achten. Arbeitszeiten, die über

die genehmigte Wochenstundenzahl hinausgehen, können nicht anerkannt werden.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Annalena Eckert
Telefon 09 41/ 39 63 – 3 50
E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Gemeinsame Patienten – Aufgreifkriterium bei der Praxisgemeinschaft

Neben der Zeitprüfung ist die (unzulässige) Doppelabrechnung von gemeinsamen Patienten bei Praxisgemeinschaften, aber auch bei sonstigen Kooperationen ein weiteres Aufgreifkriterium der Honorarprüfung.

Praxisgemeinschaft - Nebeneinander statt Miteinander

Entscheidendes Merkmal einer **Praxisgemeinschaft** ist, dass es sich hierbei gerade nicht um eine wirtschaftliche Abrechnungsgemeinschaft handelt und Inhalt der Kooperation nicht die gemeinschaftliche Patientenbehandlung ist. Sinn und Zweck dieser Form der Zusammenarbeit ist, die Kosten auf mehreren Schultern zu verteilen und durch effektivere Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel, die für den Praxisbetrieb benötigt werden, Kosten einzusparen.

Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung treten die Vertragsärzte eigenständig auf und rechnen unabhängig voneinander ab. Dies bedeutet auch, dass ein gegenseitiger und praxisübergreifender Zugriff auf Patientendaten sowohl EDV-technisch als auch personell ausgeschlossen sein muss. Dies gebietet schon der Datenschutz.

Eine Praxisgemeinschaft ist daher ein Nebeneinander mehrerer rechtlich selbstständiger Arztpraxen in gemeinsam betriebenen Räumen.

Im Gegensatz dazu zeichnet die Kooperationsform **Gemeinschaftspraxis** gerade das Miteinander aus. Neben einer gemeinsamen Praxisorganisation sind eine gemeinsame Patientenkartei, die gemeinsame Behandlung von Patienten sowie eine gemeinsame Abrechnung kennzeichnend.

Aufgreifkriterien und zu berücksichtigende Umstände

Die Abrechnung von Vertragsärzten, die untereinander in einer Praxisgemeinschaft verbunden sind, gilt als auffällig, wenn deren Anteil gemeinsamer Patienten den Grenzwert von

- 20 Prozent bei versorgungsbereichsidentischen Praxen
- 30 Prozent bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen

überschreitet (Paragraph 11 der Richtlinie zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen). Diese Werte sind Aufgreifkriterien, die eine Abrechnungsprüfung auslösen können.

Ob die Kooperationsform der Praxisgemeinschaft möglicherweise tatsächlich missbräuchlich genutzt wird, ist anhand des Gesamtbildes der Abrechnungen und der Praxisstruktur zu bewerten. Neben einem hohen Anteil gemeinsamer Patienten sprechen beispielsweise folgende Indizien für einen Missbrauch der Kooperationsform Praxisgemeinschaft:

- auffällig viele gleiche Behandlungstage (insbesondere mit gleichen Leistungen)
- auffällig viele gemeinsame Originalfälle
- falsche Scheinkennzeichnungen
- auffällig viele fehlende oder gleiche Einlesedaten der Versicherungskarten

Folgende Indizien können eine erhöhte Anzahl gemeinsamer Patienten rechtfertigen:

- berechnete Vertretungsfälle
- ein stark unterschiedliches Leistungsspektrum
- besondere Genehmigungen
- Überweisungen zur Auftragsleistung
- Notfälle

Fazit

Zusammenfassend kommt es stets auf den objektiven Gesamteindruck an, ob die jeweilige Praxis eigenständig agiert, lediglich die Kosten- und Organisationsvorteile einer Praxisgemeinschaft nutzt oder faktisch eine Gemeinschaftspraxis geführt wird. Sie sollten daher alle organisatorischen Vorkehrungen treffen und eine klare Trennung der Praxen sicherstellen und auch den Patienten gegenüber darauf hinwirken, dass die Behandlung durch andere Ärzte nur in medizinisch begründeten und/oder von der Zulassungsverordnung für den Vertretungsfall vorgesehenen Situationen erfolgt.

Eine den vertragsarztrechtlichen Bestimmungen vollkommen entsprechende Kooperation, insbesondere eine Praxisgemeinschaft, zu führen, ist organisatorisch extrem aufwendig und führt bei Nichtbeachtung der dafür geltenden Rege-

Abrechnungskorrekturen und Nachtragsfälle

lungen zur Prüfung der Plausibilität der Abrechnung.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Experten
 Dominik van Kranenbrock
 Telefon 09 11/ 9 46 67 – 4 57
 E-Mail Dominik.vanKranenbrock@kvb.de

Jürgen Hefe
 Telefon 09 41/ 39 63 – 2 89
 E-Mail Jürgen.Hefe@kvb.de

Die nachträgliche Berichtigung fehlerhafter oder die Ergänzung unvollständig durchgeführter Leistungen für bereits zur Abrechnung eingereichte Behandlungsfälle ist nach Paragraph 3 Absatz 3 der geltenden Abrechnungsbestimmungen grundsätzlich längstens **innerhalb eines Monats** nach Ablauf der von der KVB zur Einreichung der Abrechnung festgesetzten Frist zulässig.

Nur ausnahmsweise kann die Abrechnung noch nach dem Ende dieser Frist berichtigt oder ergänzt werden, wenn diese

- innerhalb eines Monats nach Erhalt des Honorarbescheids und der Richtigstellungsmitteilung beantragt wird,
- die eingereichte Abrechnung objektiv erkennbar unzutreffend ist und
- die Nichtvergütung der betroffenen Leistungen einen Honorarverlust zur Folge hätte, der einen unverhältnismäßigen Eingriff in den Vergütungsanspruch des Vertragsarztes darstellen würde.

In anderen als den genannten Fällen ist eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung nach Ablauf der einmonatigen Frist ausgeschlossen.

Nachtragsfälle

- Bitte achten Sie darauf, dass bei Übermittlung Ihrer Quartalsabrechnung keine Behandlungsfälle aus früheren Quartalen nochmals eingereicht werden. Wir weisen darauf hin, dass eine doppelte Einreichung von Behandlungsfällen generell unzulässig ist.
- **Ausschlussfrist:** Die nachträgliche Abrechnung von Behandlungsfällen ist bis zu einer Ausschlussfrist nach Ablauf von neun Monaten, vom Ende des Quartals an gerech-

net, in dem die Leistungen erbracht worden sind, möglich (Abschnitt 2.1 A – Allgemeine Bestimmungen des Honorarvertrags).

- **Vergütung von Nachtragsfällen:** Ganz oder teilweise aus dem oder den Vorquartal(en) eingereichte Abrechnungen (Nachtragsfälle) werden unter Anwendung der vorstehenden Regelungen nach den im Einreichungsquartal geltenden Regelungen, insbesondere den für dieses Quartal festgelegten Regelleistungsvolumen/QZV (Obergrenze) oder zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vergütet. Die KVB kann im begründeten Einzelfall eine rückwirkende Zuordnung zum Leistungsquartal vornehmen.

Bereits in aktuellen Abrechnungsquartalen sollten Sie sorgfältig überprüfen, ob alle Leistungen eines Behandlungsfalls vollständig erbracht und abgerechnet wurden. Für eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung von Leistungen sind die genannten Voraussetzungen zwingend zu beachten. Bei Problemen oder fehlerhaften Einstellungen in Ihrer Praxissoftware bitten wir Sie, Ihren zuständigen Systemanbieter zu kontaktieren. Die gültige Fassung der Abrechnungsbestimmungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/A/Abrechnungsbestimmungen der KVB* sowie den Honorarvertrag in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen Bayern/H/Honorarverträge*.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Cornelia Hofmann
 Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 04
 E-Mail Cornelia.Hofmann@kvb.de

Besuchsleistungen richtig abrechnen

Die falsche Abrechnung von Besuchsleistungen (GOP 01410, GOP 01411, GOP 01412, GOP 01415) führt häufig zu Honorarrückforderungen. Für den Vertragsarzt ist es sehr wichtig, sich mit den Leistungsinhalten der verschiedenen Gebührenordnungspositionen intensiv auseinanderzusetzen. Um bei einer Abrechnungsprüfung einen Honorarverlust zu vermeiden, ist besonders bei den Besuchsleistungen auf die Dokumentation zu achten. Zusätzlich dürfen die jeweiligen Besuchsleistungen ausschließlich in den vom EBM vorgegebenen Zeitrahmen abgerechnet werden.

Präambel

Im EBM wird der Besuch in der Präambel 1.4 allgemein beschrieben. Ein Besuch/Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch zu berechnen.

Der „normale“ Besuch

Die Gebührenordnungsposition 01410 beinhaltet den Besuch eines Kranken, der wegen dessen Erkrankung ausgeführt wird. Wichtig ist, dass der Besuch notwendig ist. Wird zum Beispiel ein Besuch aus Gefälligkeit ausgeführt, nur weil der Patient keine Fahrgelegenheit hat oder die Wohnung des Patienten auf dem Nachhauseweg des Arztes

liegt, kann kein Besuch zulasten der GKV abgerechnet werden. Findet ein „normaler“ Besuch auf verschiedenen Stationen eines Alten- oder Pflegeheims statt, kann der Besuch nach Gebührenordnungsposition 01410 auf jeder Station einmal erneut abgerechnet werden.

Beim „normalen“ Besuch, der während der Nachtzeiten erbracht wird, sollte unbedingt auf die Kennzeichnung „N“ geachtet werden. Die Kennzeichnung „N“ löst das Wegegeld bei Nacht aus.

Dringende Besuche

Die häufigsten Missverständnisse entstehen bei der Abrechnung der dringenden Besuche. Hier ist zwischen dem dringenden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 zu unterscheiden.

Um einen Besuch als dringenden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01411 und 01412 abrechnen zu können, muss der Besuch unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden und durch die Erkrankung begründet sein. Unverzüglich heißt für den Vertragsarzt, dass er ohne schuldhaftes Zögern tätig werden muss. Geschilderte Symptome, die ein unverzügliches Handeln des Arztes erfordern, können sich gelegentlich als nicht gegeben erweisen. In diesen Fällen kann der Arzt dennoch den dringenden Besuch beziehungsweise die dringende Visite auf der Belegstation ansetzen. Eine ausführliche Dokumentation ist hier besonders wichtig. Handelt es sich um einen dringenden Nachtbesuch, ist die Gebührenordnungsposition mit einem „N“ zu kennzeichnen, um auch hier die höhere Wegepauschale auszulösen.

Besuche im organisierten Not(-fall)dienst/organisierten Bereitschaftsdienst

In Bayern wird der organisierte Not(-fall)dienst als organisierter Bereitschaftsdienst bezeichnet. Besuche im organisierten Bereitschaftsdienst werden unabhängig von den Zeiten und Wochen- beziehungsweise Feiertagen immer nach der Gebührenordnungsposition **01411 EBM** vergütet. Der dringende Besuch in beschützenden Heimen, Alten- oder Pflegeheimen ist im Rahmen des organisierten Bereitschaftsdienstes mit der Gebührenordnungsposition 01411 abzurechnen.

Dringende Heimbesuche

Eine Sonderstellung für die unverzügliche Ausführung eines Besuchs hat der dringende Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen sowie Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal nach der Gebührenordnungsposition 01415. Hier bestimmt die Leistungslegende, dass diese Besuchsleistung am Tage der Bestellung auszuführen ist.

Um die Dringlichkeit zu dokumentieren, sollten der Zeitpunkt der Bestellung des Besuchs, die Kriterien, aus denen die Dringlichkeit abgeleitet wurde, die beim Patienten erhobenen Befunde sowie die veranlassenden therapeutischen Maßnahmen aufgezeichnet werden. Kommt es zu einer Prüfung, ist die Dokumentation, ob es sich um einen Erstbesuch in einer sozialen Gemeinschaft oder um eine eigenständige Wohneinheit handelt, erforderlich, um von Anfang an mögliche Missverständnisse auszuräumen. In derselben sozialen Gemeinschaft kann die Gebührenordnungsposition

01415 nur einmal angesetzt werden. Sind weitere Kranke in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen dringend noch am Tag der Bestellung zu besuchen, darf nur die Gebührenordnungsposition 01413 (Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder in beschützenden Wohnheimen, Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal) abgerechnet werden.

Es ist zu beachten, dass eine soziale Gemeinschaft in den allermeisten Fällen nicht auf der Station des Pflege- oder Altenheims endet, sondern sogar getrennte Gebäudeteile umfassen kann. Wird ein Arzt während eines dringenden Besuchs nach der Gebührenordnungsposition 01415 vom Pflegepersonal dringend zu einem weiteren Besuch der gleichen sozialen Gemeinschaft gebeten, kann nur der „Mitbesuch“ nach Gebührenordnungsposition 01413 abgerechnet werden. Dies ergibt sich aus der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01413, wonach im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412 oder 01415 die Gebührenordnungsposition 01413 abzurechnen ist.

Wird der dringende Besuch im Altenheim mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit oder zu Unzeiten (Nacht, Feiertag) erbracht, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01415 der dringende Besuch nach Gebührenordnungsposition 01412 berechnet werden.

Die soziale Gemeinschaft

Für die richtige Abrechnung ist es wichtig zu wissen, wie sich der Begriff der sozialen Gemeinschaft definiert. Dieser darf nicht mit dem Begriff „Station“ verwechselt werden. Mit dem Begriff „soziale Gemeinschaft“ werden sämtliche zusammenwohnende Angehörige einer Familie, Gemeinschaften wie eheähnliche Lebensgemeinschaften, Wohngemeinschaften, Gemeinschaften in Behindertenheimen, Altenheimen und Pflegeheimen, Jugendherbergen, Erholungsheimen, Asylantenheimen, Obdachlosenheimen, bei denen ein Gemeinschaftsleben gepflegt wird, beschrieben.

Zum Gemeinschaftsleben gehören zum Beispiel die regelmäßige gemeinsame Einnahme aller oder fast aller Mahlzeiten oder Versorgung mit Essen in den Zimmern, die gemeinsame Nutzung von Bädern und sonstiger sanitärer Anlagen, Telefone und anderer Kommunikationsmittel (zum Beispiel Fernsehzimmer). Hier ist nicht relevant, ob die Mitglieder der sozialen Gemeinschaft im selben Gebäudeteil oder sogar in getrennten Gebäudeteilen beziehungsweise auf einem Anstaltsgelände untergebracht sind.

Wohnen Patienten dagegen in einem Wohnheim mit eigener Küche, weitgehend selbstständiger Essensversorgung, eigener Türklingel und eigenem Briefkasten, besteht keine soziale Gemeinschaft.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01410: Besuch

Beschreibung

Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt

GOP 01411: Dringender Besuch I

Beschreibung

Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19.00 und 22.00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 7.00 und 19.00 Uhr

- Besuch im organisierten Not(-fall)dienst
- Besuch im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

GOP 01412: Dringender Besuch II

Beschreibung

Dringender Besuch/dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt

- Dringender Besuch zwischen 22.00 und 7.00 Uhr
- Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 19.00 und 7.00 Uhr
- Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume
- Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

Abrechnung unvorhergesehener Inanspruchnahme

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01412 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall) dienstes beziehungsweise für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nicht berechnungsfähig.

Sofern die Partner der Gesamtverträge eigene Regelungen zur Vergütung der dringenden Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume getroffen haben, ist die Gebührenordnungsposition 01412 für die dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume nicht berechnungsfähig.

GOP 01413: Besuch eines weiteren Kranken

Beschreibung

Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

Obligater Leistungsinhalt

Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Gebüh-

renordnungspositionen 01410, 01411, 01412 oder 01415

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01102 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach 01413 in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

GOP 01415: Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal

Beschreibung

Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig.

Mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01100 und 01101 wird die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zu den im EBM dargestellten Uhrzeiten beziehungsweise an den genannten Wochenend- und Feiertagen vergütet.

Um diese Gebührenordnungspositionen abrechnen zu können, muss die Leistungserbringung unvorhergesehen erfolgen. Unvorhergesehen beinhaltet immer, dass die Initiative vom Patienten ausgehen muss ohne Beeinflussung oder Veranlassung des Vertragsarztes. Das Merkmal der Unvorhersehbarkeit wird damit während der Sprechstundenzeiten nicht erfüllt.

Auch wenn Patienten in einer vom Arzt angebotenen Samstags- oder Sonntagsprechstunde unangemeldet erscheinen, handelt es sich nicht um eine unvorhergesehene Inanspruchnahme im Sinne der GOP 01100/01101. Hier ist lediglich am Samstag zwischen 7.00 und 14.00 Uhr die GOP 01102 abrechnungsfähig.

Für die Abrechenbarkeit der GOP 01100 ist es maßgeblich, ob Patienten wegen eines akuten, unaufschiebbarer beziehungsweise notfallmäßigen Behandlungsbedarfes den Arzt am Wochenende aufsuchen und nicht nur deshalb, weil ihnen am Wochenende ausreichend persönliche Zeit zur Verfügung steht und sie aus der Erfahrung wissen, dass sie vom Arzt auch am Wochenende in ihren Praxisräumen im Rahmen einer fortlaufenden beziehungsweise routinemäßigen Behandlung versorgt werden. Jede regelmäßige und/oder geplante Behandlung am Wochenende stellt ge-

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Silvia Langbein
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 34
E-Mail Silvia.Langbein@kvb.de

rade **keine** unvorhergesehene Inanspruchnahme dar.

Die GOPen 01100 und 01101 können auch nicht im Zusammenhang mit Leistungen zum Ansatz gebracht werden, die aufgrund notwendiger Terminvereinbarung vorhersehbar sind, wie beispielsweise endoskopische Untersuchungen, Vorsorgeleistungen, Testverfahren auf Demenz, Vor- und Nachuntersuchungen zu geplanten Operationen.

Gleiches gilt für Visiten eines Belegarztes auf seiner Belegstation: Wenn sich der Vertragsarzt auf Station befindet, muss er generell damit rechnen, dass er von Patienten in Anspruch genommen wird. Werden Regelvisiten zu Unzeiten am Samstag oder Sonntag erbracht, sind die GOPen 01100 und 01101 nicht berechnungsfähig.

Wird der Vertragsarzt außerhalb seiner Sprechstundenzeiten unvorhergesehen durch einen Notruf auf der Belegstation angefordert, kann er – entsprechend der Leistungslegende – die GOPen 01100 EBM oder 01101 ansetzen. Sucht der Arzt dann, weil er gerade auf der Belegstation ist, noch weitere Patienten auf, sind diese jedoch nur mit der GOP 01414 berechnungsfähig.

Um im Falle einer Prüfung die Richtigkeit der Abrechnung der GOP 01100 beziehungsweise 01101 nachvollziehbar darstellen zu können, empfehlen wir Ihnen dringend, in den in Ihrer Praxis verbleibenden Unterlagen folgende Angaben zu dokumentieren:

- das Datum und die Uhrzeit der unvorhergesehenen Inanspruchnahme

- die Kriterien, aus denen sich die Unvorhersehbarkeit ergibt
- die beim Patienten erhobenen Befunde
- die veranlassten therapeutischen Maßnahmen

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Nina Herzner
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 54
E-Mail Nina.Herzner@kvb.de

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01100: Unvorhergesehene Inanspruchnahme I

Beschreibung

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 19.00 und 22.00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 7.00 und 19.00 Uhr

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 7.00 Uhr oder nach 19.00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01100 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

GOP 01101: Unvorhergesehene Inanspruchnahme II

Beschreibung

Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

- zwischen 22.00 und 7.00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 19.00 und 7.00 Uhr

Abrechnung von Vorsorgeleistungen

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 7.00 Uhr oder nach 19.00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Im Rahmen der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01101 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

GOP 01102: Inanspruchnahme an Samstagen

Beschreibung

Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr

Anmerkung

Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.

Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01413 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der GOP 01413 in beschützenden Wohnheimen beziehungsweise Einrichtungen beziehungsweise Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.

Den vollen Text der Richtlinie zur Früherkennung von Krebserkrankungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien des G-BA/Krebsfrüherkennung*.

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (GOP 01730, GOP 01731, GOP 01735)

Die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (GOP 01730 bei Frauen, GOP 01731 bei Männern) kann gemäß Paragraph 25 SGB V in Verbindung mit den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien **einmal jährlich** durchgeführt werden. Dies bedeutet nicht, dass zwischen zwei Untersuchungen 365 Tage liegen müssen. Hier ist allein das **Kalenderjahr** maßgeblich. Das wiederum bedeutet, dass eine sehr früh im Jahr und eine am Ende desselben Jahres durchgeführte Untersuchung nicht zulässig sind.

Bitte beachten Sie auch die zutreffenden **Altersgrenzen** und die **geschlechtsspezifische Zuordnung** der jeweiligen Gebührenordnungspositionen. Bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach der **GOP 01730** muss die Frau mindestens 20 Jahre, bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach der **GOP 01731** muss der Mann mindestens 45 Jahre alt sein.

Zahlreiche Anträge der Krankenkassen veranlassen uns, auch auf die Abrechnungsvoraussetzungen der **GOP 01735** (Beratung gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinien zu Früherkennungsuntersuchung für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen) hinzuweisen: Die Patientin muss mindestens 20 Jahre alt sein, das heißt, die Leistung darf

nach der zweiten Anmerkung zur GOP 01735 erst „nach Erreichen der Anspruchsberechtigung“, bezogen auf die Krebsfrüherkennungsuntersuchung, erbracht und abgerechnet werden. Weiterhin darf die Frau nicht vor dem 1. April 1987 geboren sein. Nach Erreichen der Anspruchsberechtigung, spricht ab dem 20. Geburtstag, darf die Leistung nur **einmalig** in einem **Zeitraum von zwei Jahren** abgerechnet werden. Das heißt, die GOP ist nur einmal im Leben einer Patientin berechnungsfähig und zwar bis einschließlich einen Tag vor ihrem 22. Geburtstag. Schließlich darf die GOP 01735 nur abgerechnet werden, wenn im gleichen oder im Folgequartal nicht auch die GOP 01730 abgerechnet wird.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01730: Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau

Beschreibung

Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau** gemäß Abschnitt B. II. Paragraphen 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Anmerkung

Die unter der Nummer 1 der Präambel zu Kapitel 3.1 genannten Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs können die Gebührenordnungsposition 01730 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 01730 umfasst die entsprechend der Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 19. Juli 2005 entstehenden Zusatzkosten durch die Abnahme des Bürstenabstrichs.

GOP 01731: Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann

Beschreibung

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann gemäß Abschnitt C. Paragraph 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

GOP 01735: Beratung gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen

Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen.

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung gemäß Paragraph 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in Paragraph 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B

II. Paragraph 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblatts des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Ausstellung der Bescheinigung

Anmerkung

- Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur von Ärzten berechnet werden, die berechtigt sind die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen.
- Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur einmalig im Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnet werden.
- Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordrucks für die Dokumentation gemäß Paragraph 4 der Chroniker-Richtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.

Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732)

Den vollen Text der Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien des G-BA/Gesundheitsuntersuchung*.

Die Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) kann gemäß Paragraph 25 SGB V in Verbindung mit den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien jedes zweite Jahr durchgeführt werden. Hier ist auf das Kalenderjahr abzustellen. Eine weitere Untersuchung darf daher erst im übernächsten Jahr wieder erbracht und abgerechnet werden, das auf das Kalenderjahr der letzten Untersuchung folgt. Bitte beachten Sie auch hier die zutreffende Altersgrenze. Die Gesundheitsuntersuchung ist erst vom 36. Lebensjahr an, also ab dem 35. Geburtstag, abrechenbar.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01732: Gesundheitsuntersuchung

Beschreibung

Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien

Anmerkung

Im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732 sind die Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 für die in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien geforderten Laboruntersuchungen berechnungsfähig.

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (GOP 01740)

Nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien sind Sie verpflichtet, Ihre Patienten möglichst frühzeitig ab dem Alter von 50 Jahren einmalig über das Gesamtprogramm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms eingehend zu informieren. Dabei sollten Sie den Patienten auch über Ziel und Zweck des Programms beraten. Diese erste Beratung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, sondern mit den Versicherten-/Grundpauschalen abgegolten.

Möglichst bald ab dem Alter von 55 Jahren soll der Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung, GOP 01740 EBM) erhalten. Bitte beachten Sie, dass diese Leistung nur einmalig im Leben des Patienten abrechnungsfähig ist.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Beschreibung

Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme

- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positivem Befund
- Ausgabe des Merkblatts nach Anlage IV der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
- Möglichst frühzeitig nach Vollendung des 55. Lebensjahres

Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (GOP 01741)

Die GOP 01741 ist eine Vorsorgeleistung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms nach den Voraussetzungen der Krebsfrüherkennungsrichtlinien. Versicherte haben ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien mit einem Abstand von zehn Jahren.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie im Alter von 55 Jahren anzustreben. Jede ab dem Alter von 65 Jahren durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie (Paragraph 37 Absatz 3 Krebsfrüherkennungs-Richtlinien).

Beachten Sie bitte, dass es sich hierbei um eine präventive Leistung handelt. Wenn für den Patienten eine kurative Koloskopie erforderlich wird, so finden hierfür die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus dem jeweiligen fachgruppenspezifischen Kapitel Anwendung.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01741: Totale Koloskopie gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Beschreibung

Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien mit Darstellung des Zökums
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung
- Foto-/Videodokumentation
- Nachbeobachtung und -betreuung
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V
- Vorhaltung der geeigneten Notfallsausrüstung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung
- Probeexzision(en)

Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung

- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild
- Prämedikation/Sedierung

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01741 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V voraus.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Ute-Katharina Dederich
 Telefon 09 11 / 9 46 67 - 4 70
 E-Mail UteKatharina.Dederich@kvb.de

Die Leistungsinhalte der GOP 01821 EBM (Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung) und der GOP 01822 EBM (Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung) verweisen auf die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Richtlinie kann im Internet eingesehen werden unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch*.

Die GOP 01822 ist einmal im Behandlungsfall und die GOP 01821 einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig. Generell ist wie bei jeder Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu beachten, dass die GOP 01822 und die GOP 01821 erst dann abrechnungsfähig sind, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Die GOP 01822 und/oder die GOP 01821 wurde(n) bereits in der Vergangenheit quartalsübergreifend geprüft. Innerhalb dieser Prüfungen wurde ersichtlich, dass die beiden Leistungen teilweise bis ins hohe Alter abgerechnet wurden.

Die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, als auch eine Schwangerschaft zu verhüten. Für den Leistungsinhalt der GOP 01822 und/oder GOP 01821 besteht somit im Regelfall bei Patienten ab einem bestimmten Alter keine medizinische Indikation mehr. Ab welchem Alter eine Berichtigung zu erfolgen hat, wurde mit dem Berufsverband der Frauenärzte abgestimmt. Vereinbarungsgemäß wird, um etwaige

Sonderfälle berücksichtigen zu können, die GOP 01822 und/oder die GOP 01821 erst ab dem 56. Lebensjahr berichtigt.

Wir weisen daher alle Vertragsärzte darauf hin, dass eine Berechnung der GOP 01822 und der GOP 01821 bei Patientinnen in einem höheren Alter nur in Ausnahmefällen begründet sein kann. Diese Ausnahmen werden innerhalb einer Abrechnungsprüfung anhand Ihrer internen Dokumentationen überprüft. Bitte achten Sie darauf, dass Sie entsprechende und ausreichende Karteikarteneinträgen vornehmen.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01821 Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung Beschreibung

Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA

Abrechnungsbestimmung

einmal im Krankheitsfall

Anmerkung

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01821 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Betreuung einer Schwangeren

GOP 01822 Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

Beschreibung

Beratung gegebenenfalls einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung

Obligater Leistungsinhalt

Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA, Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (GOP 01821)

Fakultativer Leistungsinhalt

Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des G-BA

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01822 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Sabrina Götzter
Telefon 09 41 / 39 63 – 283
E-Mail Sabrina.Goetzer@kvb.de

Wegen eines Prüfersuchens der gesetzlichen Krankenkassen war die KVB gezwungen, eine arztübergreifende Prüfung der Abrechnungen hinsichtlich der GOP 01770 EBM durchzuführen. Das Ergebnis zeigte, dass die Ziffer in einigen Fällen durch mehr als einen Vertragsarzt im Quartal abgerechnet wurde.

Die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770) verweist auf die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinie). Sie finden die Richtlinie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bund/Richtlinien-des-G-BA/Mutterschaft*.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 des EBM ist eine Leistung nur dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. In den Mutterschaftsrichtlinien sind alle notwendigen Beratungen und Untersuchungen definiert, die eine vollständige Erbringung der Leistung nach GOP 01770 voraussetzen.

Die GOP 01770 kann nur einmal im Behandlungsfall von dem Arzt abgerechnet werden, der nach Feststellung der Schwangerschaft auch tatsächlich die Betreuung der Schwangeren über das gesamte Quartal hinweg übernimmt. Dies gilt auch, wenn im Laufe eines Quartals mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind. Bitte beachten Sie, dass ein Ansatz der GOP 01770 unter folgenden Voraussetzungen nicht möglich ist:

- bei Notfällen
- bei Überweisung eines Frauen-

arztes zur Mit- oder Weiterbehandlung

- bei Urlaubs- und Krankheitsvertretung
- bei Überweisung zur Geburtsvorstellung
- bei alleiniger Schwangerschaftsfeststellung
- im direkten Zusammenhang mit einem geplanten Schwangerschaftsabbruch

Die Betreuung einer Schwangeren als Leistung der Prävention setzt voraus, dass die Schwangerschaft zweifelsfrei festgestellt worden ist. Der Nachweis einer intakten intrauterinen Schwangerschaft ist somit noch nicht Leistung der Mutterschaftsvorsorge. Daraus ergibt sich, dass alle Untersuchungen, die zur Feststellung einer Schwangerschaft führen, selbst noch nicht Mutterschaftsvorsorgeleistungen sein können.

Wir bitten Sie, die Mutterschaftsrichtlinien sowie die oben dargelegten Anmerkungen im Rahmen der Leistung nach GOP 01770 zu beachten. Achten Sie bitte auch auf eine entsprechende Dokumentation insbesondere der obligaten Leistungsinhalte. Bitte berücksichtigen Sie, dass bei Nichtbeachtung der Abrechnungsbestimmungen und bei unzureichender Dokumentation entsprechende Berichtigungen durchgeführt werden.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 01770: Betreuung einer Schwangeren

Beschreibung

Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Ge-

Kennzeichnungspflicht künstliche Befruchtung (IVF)

meinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien)

Obligater Leistungsinhalt

- Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien
- Ultraschalluntersuchungen nach Anlage 1a und 1b der Mutterschaftsrichtlinien
- Bilddokumentation(en)

Abrechnungsbestimmung
einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01770 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V voraus. Die Gebührenordnungsposition 01770 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (zum Beispiel bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit-beziehungweise Weiterbehandlung).

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Ramona Müller
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 91
E-Mail Ramona.Mueller@kvb.de

Für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung abgerechnet werden, übernimmt nach Paragraph 27a Absatz 3 SGB V die Krankenkasse 50 Prozent der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten. Die anderen 50 Prozent der Kosten sind vom Versicherten zu zahlen. Diese Leistungen müssen entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung sowohl vom Frauenarzt als auch vom Anästhesisten oder von weiteren, in die Behandlung eingebundenen Ärzten, gekennzeichnet werden, sie werden mit dem 50-prozentigen Wert vergütet. Die anderen 50 Prozent sind dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

Kennzeichnung in Bayern

- Sie tragen bei den Leistungen der künstlichen Befruchtung in der Feldkennung 5023 den Buchstaben „Q“ ein oder
- Sie rechnen die entsprechenden Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstabenzusatz „X“ ab (zum Beispiel 05330X).
- Bei den GOPen 08510, 08530, 08531, 08540, 08541, 08542, 08550, 08551, 08552, 08560, 08561, 08570, 08571, 08572, 08573, 08574 aus dem Kapitel 8.5 des EBM ist eine gesonderte Kennzeichnung nicht zwingend erforderlich, da diese nur im Rahmen der künstlichen Befruchtung berechnungsfähig sind. Diese GOPen werden von uns automatisch in die Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstabenzusatz „X“ umgesetzt.

Wird im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung festgestellt, dass Sie die Kennzeichnung der Leistungen nicht vorgenommen haben, so wird der zu viel erhaltene Leistungsbedarf von 50 Prozent zurückgefordert.

Nach der aktuellen Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses nach Paragraph 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß Paragraph 27 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2012 sind folgende Gebührenordnungspositionen von der Kennzeichnungspflicht betroffen:

01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 11330 bis 11334, 11351, 11352, 11354, 11360, 11361, 11370 bis 11372, 11380, 11390, 11391, 11395, 11396, 11400, 11401, 11403, 11404, 11410 bis 11412, 11420 bis 11422, 11430 bis 11434, 11440 bis 11443, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660, 32781.

Sie finden die aktuelle Durchführungsempfehlung auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de/8157.html.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Sabine Weber
Telefon 09 41 / 39 63 – 2 56
E-Mail Sabine.Weber2@kvb.de

Postoperative Überwachung

Bei der Abrechnung der postoperativen Überwachungskomplexe bitten wir die Anästhesisten und Operateure Folgendes zu beachten.

Postoperative Überwachungskomplexe nach Kapitel 31.3 (GOPen 31501 bis 31507 EBM) und Kapitel 36.3 (GOPen 36501 bis 36507 EBM)

Die postoperative Überwachung des Kapitels 31.3 EBM und des Kapitels 36.3 EBM kann nur einmal je Patient nach einer Operation abgerechnet werden.

Sind an der postoperativen Überwachung mehrere Ärzte beteiligt, in der Regel sowohl der Operateur als auch der Anästhesist, schreibt der EBM in den Präambeln 31.3.1 Nummer 1 EBM und 36.3.1 Nummer 1 EBM ausdrücklich vor, dass die beteiligten Ärzte eine Vereinbarung darüber treffen müssen, welcher der beteiligten Ärzte die postoperative Überwachung abrechnet. Die Vereinbarung, welcher der beteiligten Ärzte die postoperative Überwachung abrechnet, ist Abrechnungsvoraussetzung für die Gebührenordnungspositionen der postoperativen Überwachung.

Diese Vereinbarung muss nicht für jeden Patienten individuell, sondern kann auch pauschal für mehrere Quartale getroffen werden. So könnte zum Beispiel zwischen Operateur und Anästhesist vereinbart werden, wer bei allen gemeinsamen postoperativen Überwachungen nach ambulanten Operationen im Krankenhaus die postoperativen Leistungen abrechnet. Zum Nachweis sollte diese Vereinbarung schriftlich getroffen werden.

Präambeln des EBM 31.3.1 Nummer 1 beziehungsweise EBM und 36.3.1 Nummer 1 EBM (Stand 1/2012)

Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2 beziehungsweise 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 beziehungsweise 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

Postoperative Überwachungskomplexe bei ambulanten Kataraktoperationen (Operationsmodul A GOP 97442 und Anästhesiemodul GOP 97444)

Bei ambulanten Kataraktoperationen ist ebenfalls zu beachten, dass die postoperative Überwachung nur entweder vom Operateur oder durch den Anästhesisten berechnungsfähig ist.

Die Abrechnungsbestimmungen der Kataraktvereinbarung haben wir für Sie in einem gesonderten Artikel zusammengefasst (siehe in diesem Heft auf Seite 63).

Sofern die Anästhesieleistungen durch einen hinzugezogenen Anäs-

thesisten übernommen werden, der Operateur aber die postoperative Überwachung übernimmt, ist die anteilige Vergütung für die Durchführung der postoperativen Überwachung im Innenverhältnis Operateur – Anästhesist aufzuteilen.

Bei Fragen erreichen Sie unsere Expertin Christine Peter
Telefon 09 41 / 39 63 – 1 52
E-Mail Christine.Peter@kvb.de

Abrechnung gemäß Onkologievereinbarung

Die Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologievereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) dient der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten. Sie finden die Vereinbarung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/O/Onkologie*.

Voraussetzung für die Abrechnung der Kostenpauschalen ist die Angabe der Diagnose. Bitte achten Sie darauf, die Diagnose der Tumorerkrankung mit dem entsprechenden ICD-10-GM zu dokumentieren. Ist die entsprechende Diagnose nicht vorhanden, kann die Leistung nicht anerkannt werden.

Gemäß Paragraph 1 Absatz 2 sind Tumorerkrankungen im Sinne der Vereinbarung:

- alle malignen soliden Tumore (ICD-10-GM: C00 bis C80.-, C97)
- intrakranielle beziehungsweise ZNS-Neubildungen (sowohl gutartige als auch mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten; ICD-10-GM: D32.-, D33.-, D42.- und D43.-)
- bestimmte Tumore bei Kindern und Jugendlichen (ICD-10-GM: nur familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) und erbliches nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) D12.6, D30.0, M72.40 bis 72.48)
- Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (ICD-10-GM: C81.- bis C96.9, D45.-, D46.0, D46.1, D46.4, D46.5, D46.6, D46.7, D46.9, D47.0, D47.1, D47.2, D47.3, D47.4, D47.5, D47.7; nur Formen der Anämie mit kritischer (Pan-) Zytopenie und schwerwiegender

Störung der Hämatopoese D61.-, nur Idiopathische thrombozytopenische Purpura und sonstige Thrombozytopenien bei chronischem Verlauf mit kritisch erniedrigten Thrombozytenwerten; D69.3, D69.4 nur Störungen der Granulozytopoese nur bei chronischem Verlauf und dem Risiko einer vital bedrohlichen Symptomatik; D70.-, D71, D72.-)
e) die Haemophagozytäre Lymphohistiozytose (ICD-10-GM: D76.1)

Für die Behandlung können entsprechend der Diagnose einmalig im Behandlungsfall folgende Kostenpauschalen angesetzt werden:

- **GOP 86510: Behandlung florider Hämoblastosen entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 d und e**
Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86512 berechnungsfähig.
- **GOP 86512: Behandlung solider Tumore entsprechend Paragraph 1 Absatz 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie**
Die Kostenpauschale 86512 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86512 ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.
- **GOP 86514: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie**
Die Kostenpauschale 86514 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86514 ist

nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.

- **GOP 86516: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie**
Die Kostenpauschale 86516 ist im Behandlungsfall nicht neben den GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 86516 ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.
- **GOP 86518: Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung**
Die Kostenpauschale 86518 ist bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt:

Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung. Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Kostenpauschale 86518 ist im Behandlungsfall nicht neben der Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig.

Bitte beachten Sie, dass die Kostenpauschalen laut Vereinbarung nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden können. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (zum Beispiel bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- beziehungs-

Fortführung Kataraktvereinbarung

weise Weiterbehandlung). Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen (Kapitel 2.1. des EBM), hat die Berechnung bei einem Zusammenwirken mehrerer Ärzte an der Behandlung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer) zu erfolgen, von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Gemäß Paragraph 1 Absatz 4 Onkologievereinbarung ist ein onkologisch qualifizierter Arzt im Sinne der Vereinbarung der Vertragsarzt, der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leitet und mit den durch Überweisung zugezogenen Ärzten koordiniert.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
 Expertin Annalena Eckert
 Telefon 09 41 / 39 63 – 3 50
 E-Mail Annalena.Eckert@kvb.de

Am 1. Januar 2011 ist die „neue“ Kataraktvereinbarung mit allen bayerischen Krankenkassen in Kraft getreten. Obwohl mehrheitlich korrekt abgerechnet wird, gibt es auch Fälle nichtvertragskonformer Abrechnung. Sie finden die Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Rechtsquellen/Rechtsquellen-Bayern/A/ambulante Kataraktoperationen*. Eine Sammlung der wichtigsten Fragen und Antworten zum Thema Katarakt steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/FAQs/K/Katarakt* als PDF zur Verfügung.

Voraussetzung für die Abrechnung ist die Erteilung einer Teilnahmeerlaubnis durch die KVB. Die Teilnahme kann nur für ein Modul beantragt werden. Entsprechend können nur die Gebührenordnungspositionen dieses Moduls angesetzt werden. Die Teilnahme an der Kataraktvereinbarung ist freiwillig. Nimmt ein

Arzt nicht teil, so besteht die Möglichkeit der Abrechnung über den EBM-Katalog. Teilnehmer müssen bei der Abrechnung Folgendes beachten:

- Neben den Gebührenordnungspositionen des **Operationsmoduls** ist eine Abrechnung sämtlicher Gebührenordnungspositionen der EBM-Kapitel 5 und 31, die Leistungsgegenstand des Operationsmoduls der Kataraktvereinbarung sind, nicht möglich. Ergänzende oder parallele Operationsleistungen, die nicht Gegenstand der Kataraktvereinbarung sind, zum Beispiel die Glaukombehandlung, sind selbstverständlich berechnungsfähig.
- Die GOPen 97442 und 97443 sind im Krankheitsfall pro Auge maximal einmal abrechnungsfähig.
- Die GOP 97445 darf pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag angesetzt werden. Sie darf nicht am gleichen Be-

In der Kataraktvereinbarung seit 1. Januar 2011 gilt:

Modul	GOP	Inhalt
Operationsmodul	GOP 97442	Operationsmodul A: alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung
	GOP 97443	Operationsmodul B: alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung
	GOP 97445	Nachbehandlung durch den Operateur
Anästhesiemodul	GOP 97444	Alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten
Betreuungsmodul	GOP 97441	alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

handlungstag wie die GOPen 97442 und 97443 abgerechnet werden. Die GOP 97445 darf nur abgerechnet werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOPen 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden.

- Die Abrechnung der Operation beziehungsweise Anästhesie des zweiten Auges am gleichen Behandlungstag ist grundsätzlich ausgeschlossen und nur in begründeten Ausnahmefällen möglich (zum Beispiel bei Behandlung von Patienten mit Schwerstbehinderung).
- Die Abrechnungsziffer des Anästhesiemoduls (GOP 97444) kann pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall angesetzt werden. Die GOPen 97442, 97443, 97445 und 97441 sind neben ihr nicht berechnungsfähig. Sie darf nur angesetzt werden, wenn im gleichen Fall nicht die GOP 97442 durch den Operateur angesetzt wurde.
- Die Abrechnungsziffer des Betreuungsmoduls (GOP 97441) darf nur in Ansatz gebracht werden, wenn mindestens drei postoperative Behandlungen stattgefunden haben. Sie darf nur angesetzt werden, wenn nicht im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97445 beziehungsweise 97441 durch einen anderen Arzt abgerechnet wurden. Auch sie ist pro Auge maximal einmal im Krankheitsfall und maximal einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Leistungslegende EBM (Stand 1/2012)

GOP 97441: Katarakt Betreuungsmodul

Beschreibung Betreuungsmodul
alle prä- und postoperativen Leistungen des konservativ tätigen Augenarztes

Obligater Leistungsinhalt

- Erörterung der individuellen Voraussetzungen und Risiken des Patienten bei Durchführung einer ambulanten Kataraktoperation (einschließlich Beratung)
- Indikationsstellung zur ambulanten Kataraktoperation
- Überweisung des Patienten an einen operativ tätigen Augenarzt
- postoperative Betreuung des Patienten (mindestens drei Behandlungen)
- Aufbewahrung des durch den Operateur weitergeleiteten Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97441 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Betreuungsmodul besitzen.
- Die GOPen 97442, 97443 und 97444 und 97445 sind neben der GOP 97441 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Mit der Abrechnung der GOP 97441 sind die EBM-GOP

06212 und 06211 (Grundpauschalen) abgegolten und dürfen bei Patienten, bei denen ausschließlich die Indikation Katarakt vorliegt, im gleichen Behandlungsfall nicht abgerechnet werden.

- Die GOP 97441 darf nur abgerechnet werden, wenn die Bestätigung des Operateurs vorliegt, dass eine ambulante Kataraktoperation durchgeführt wurde. Als Bestätigung gilt der Dokumentationsbogen, der durch den Operateur auszufüllen und an den nachbehandelnden, konservativ tätigen Augenarzt weiterzuleiten ist. Der konservativ tätige Augenarzt ist verpflichtet, diesen Dokumentationsbogen als abrechnungsbegründende Unterlage in seiner Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.

GOP 97442: Katarakt Operationsmodul A

Beschreibung Operationsmodul A

alle Leistungen des Operateurs inklusive der selbst durchgeführten Anästhesie und postoperativen Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative und präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie

- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollständig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Fakultativer Leistungsinhalt

Postoperative Betreuung bei selbst behandelten Patienten oder auf Wunsch des konservativ tätigen Augenarztes

Abrechnungsbestimmung

- insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall
- Die GOP 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97442 (Operationsmodul A) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.

- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97442 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.
- Bei der Abrechnung der GOP 97442 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde. Die GOP 97442 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97444 nicht durch den Anästhesisten angesetzt wurde.

GOP 97443: Katarakt Operationsmodul B

Beschreibung Operationsmodul B
alle Leistungen des Operateurs ohne selbst durchgeführte Anästhesie und postoperative Überwachung

Obligater Leistungsinhalt

- Indikationsstellung zur ambulant durchzuführenden Kataraktoperation
- Erörterung des medizinischen Augenbefunds mit dem Patienten
- Individuelle Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken der geplanten ambulanten Kataraktoperation
- Präoperative Vorbereitung
- Durchführung der Operation in Kleinschnitttechnik unter Verwendung einer faltbaren Linse
- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit in der frühen postoperativen Phase
- Ausfüllen des Dokumentationsbogens und Weiterleitung des ausgefüllten Bogens an den zuweisenden beziehungsweise nachbehandelnden Augenarzt beziehungsweise Aufbewahrung des vollstän-

dig ausgefüllten Dokumentationsbogens in der eigenen Praxis, falls die postoperative Nachbehandlung durch den Operateur selbst durchgeführt wird.

Abrechnungsbestimmung

Die GOPen 97442 und 97443 können im Krankheitsfall in Summe insgesamt nicht öfter als zweimal abgerechnet werden.

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97443 (Operationsmodul B) ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Operationsmodul besitzen.
- Die GOPen 97441 und 97444 sind neben der GOP 97443 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Bei der Abrechnung der GOP 97443 ist stets anzugeben, welches Auge (links/rechts) operiert wurde.

GOP 97444: Katarakt Anästhesiemodul

Beschreibung Anästhesiemodul
alle Leistungen eines zur Kataraktoperation hinzugezogenen Anästhesisten

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung des Patienten zu den Risiken der geplanten Anästhesie
- Präanästhesiologische Vorbereitung
- Durchführung der notwendigen Anästhesie
- Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu sechs Stunden nach der Operation

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, insgesamt maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die Abrechnung der GOP 97444 ist ausschließlich Ärzten gestattet, die eine Teilnahmeerlaubnis am Anästhesiemodul besitzen.
- Die GOPen 97441, 97442 und 97443 und 97445 sind neben der GOP 97444 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig. Die GOP 97444 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Behandlungsfall die GOP 97442 nicht durch den Operateur angesetzt wurde.

GOP 97445: Nachbehandlung durch den Operateur

Beschreibung

Nachbehandlung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung mindestens einer postoperativen Nachbehandlung
- Vervollständigung des Dokumentationsbogens (Dokumentation des/der Nachbehandlungstermin(e) und Aufbewahrung des Dokumentationsbogens als abrechnungsbegründende Unterlage in der eigenen Praxis)

Abrechnungsbestimmung
maximal einmal am Behandlungstag, maximal zweimal im Krankheitsfall

Anmerkung

- Die GOP 97445 darf nur abgerechnet werden, wenn Nachbehandlungstermine mittels des Dokumentationsbogens nachgewiesen werden. Der Dokumentationsbogen ist als abrechnungsbegründende Unterlage in der Praxis aufzubewahren und der KVB auf Verlangen vorzulegen.
- Die GOP 97445 darf nur dann angesetzt werden, wenn im gleichen Fall (gleicher Patient/ gleiches Auge) die GOP 97441 beziehungsweise 97445 nicht durch einen anderen Arzt angesetzt wurde.
- Die GOPen 97444 und 97441 sind neben der GOP 97445 durch den gleichen Arzt nicht berechnungsfähig.

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Heidi Huber
Telefon 09 41/ 39 63 - 2 36,
E-Mail: Heidi.Huber@kvb.de

Abrechnung der Dialyse

Zum Bereich „Dialyse“ finden Sie in der folgenden Aufstellung eine Übersicht über die einschlägigen Kostenpauschalen und Leistungen sowie ihre Abrechnungsbesonderheiten. Bitte beachten Sie diese sorgfältig.

Kostenpauschalen, Kapitel 40 EBM, Abschnitt 40.14.

Definition Behandlungswoche und Bestimmungen zu den Kostenpauschalen für die Ferien- und Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort

Definition einer Behandlungswoche

Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (das heißt mindestens drei Hämodialysetage beziehungsweise IPD-Dialysetage oder mindestens vier von sieben Peritonealdialysetage als CAPD beziehungsweise CCPD) durchgeführt werden.

Die Vorverlegung einer Dialyse unter Berücksichtigung sozialer und lebensqualitativer Aspekte kann von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Die Dialyse am Sonntag zählt in diesem Fall als erste Dialyse der aktuellen Woche. Für die Berechnung einer Wochenpauschale in der Vorwoche wie auch in der aktuellen Woche müssen in den jeweiligen Wochen mindestens drei Dialysen erbracht worden sein.

Quartalsübergreifende Dialysen

Liegt die Kalenderwoche, in der mindestens drei Dialysen durchgeführt wurden zwischen zwei Abrechnungsquartalen, ist für die Abrechnung der Wochenpauschale das Abrechnungsquartal maßgeblich, in der die letzte Dialyse der Woche durchgeführt wurde.

GOP 40800, 40802, 40804, 40820 (Kostenpauschale je Behandlungswoche), GOP 40810 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei Infektionsdialyse), GOP 40812 (Zuschlag zu 40800, 40802, 40804 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD):

Die Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD, als Zentrums- beziehungsweise Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration) sowie gegebenenfalls die Zuschläge nach den GOPen 40810 und 40812 können erst nach mindestens drei durchgeführten Hämodialysen beziehungsweise nach mindestens vier von sieben durchgeführten Peritonealdialysen abgerechnet werden.

GOP 40801, 40803, 40805, 40806, 40807, 40808 (Kostenpauschale bei Ferien- oder Pendlerdialyse/ Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40821 (Kostenpauschalen Kinderdialyse ferien- oder berufsbedingter Aufenthalt), GOP 40822 (Kinderdialyse – Einzeldialyse am Wohnort), GOP 40811 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei Infektionsdialyse), GOP 40813 (Zuschlag zu 40801, 40803, 40805 – 40808 bei intermittierender Peritonealdialyse, kurz IPD): Die Kostenpauschalen für die Ferien- oder Pendlerdialyse sowie für Einzeldialysen am Wohnort sind maximal zweimal pro Woche abrechnungsfähig.

GOP 96660 – interkurrente (stationäre) Dialysesachkostenpauschale:

Die GOP 96660 kann für die interkurrente stationäre Dialyse (je Dialysetag) unabhängig vom Dialysever-

fahren bei allen BKK-, IKK- und LKK-Versicherten abgerechnet werden. Für Versicherte aller anderen Krankenkassen gilt die Regelung zu den Wochenpauschalen (GOP 40800ff.).

Eine interkurrente stationäre Dialyse liegt vor wenn:

- ein Patient im Krankenhaus liegt und das Krankenhaus über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt
- der Grund des stationären Aufenthalts nicht mit der Niereninsuffizienz zusammenhängt

GOP 13602 – Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten:

Die GOP 13602 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135, Absatz 2 SGB V verfügen, einmal im Behandlungsfall (entspricht einer Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Quartal) abrechnungsfähig.

GOP 13610 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- beziehungsweise Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß Paragraph 135 Absatz 2 SGB V) und GOP 13611 – Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD):

Die GOPen 13610 und 13611 können je Dialysetag abgerechnet werden.

GOP 13612 – Zuschlag zu den GOPen 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse:

Die GOP 13612 kann je vollendeter Trainingswoche abgerechnet werden. Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens drei Hämodialysetage oder sieben Peritonealdialysetage.

Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung 5.1 sind in BAGen die Leistungen der einzelnen Schwerpunktabschnitte des Kapitels 13 uneingeschränkt und von Ärzten mit mehreren Zulassungen mit einem Abschlag von zehn Prozent (Allgemeine Bestimmung 6.2.1) berechnungsfähig.

Labor

Solange sich der Kranke in **Dialysebehandlung** befindet, können die Laborleistungen nach den GOPen 32038 (Hämoglobin), 32039 (Hämatokrit), 32065 (Harnstoff), 32066 (Kreatinin (Jaffé-Methode)), 32067 (Kreatinin, enzymatisch), 32068 (Alkalische Phosphatase), 32081 (Kalium), 32082 (Calcium), 32083 (Natrium), 32086 (Phosphor anorganisch) 32112 (PTT) weder von dem die Dialyse durchführenden, noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die GOP 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die GOP 32036 (Leukozytenzählung).

Bei Fragen erreichen Sie unsere
Expertin Susanne Merten
Telefon 09 11 / 9 46 67 – 2 40
E-Mail Susanne.Merten@kvb.de

Fortbildung „Akutsituationen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst“

Ein Notfall im Bereitschaftsdienst ist immer wieder eine Herausforderung. Frischen Sie in kürzester Zeit Ihre Kenntnisse über die wichtigsten medizinischen und organisatorischen Komponenten der Akut- und Notfallversorgung auf. Unser Seminarkonzept ist lernzielorientiert, kompakt und praxisbezogen.

Wir führen die Module in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e. V. (Modul I und Update Modul I) durch.

Sie profitieren von:

- Zielgruppenorientierung
- aktuellen, umsetzbaren Lösungen statt Schubladenkonzepten
- praktischem Reanimationstraining in Kleinstgruppen (Modul I und Update Modul I)
- erfahrenen notärztlichen Referenten und Tutoren
- Fortbildungspunkten
- umfangreichen Zusatzinformationen und Tipps in den Seminaren

Teilnehmen können:

- Vertragsärzte, die sich für die Bereitschaftsdienste entsprechend fortbilden möchten
- Nichtvertragsärzte, die als Vertreter beziehungsweise im Rahmen von Ermächtigungen am Bereitschaftsdienst teilnehmen möchten (Paragraph 4 BDO-KVB)
- alle interessierten Ärzte, die sich auf richtiges Handeln in Notfallsituationen vorbereiten möchten

Modul I

- kardiozirkulatorische Notfälle
- Wichtiges, Richtiges und Hilfreiches zur Reanimation

- Richtlinien der Bundesärztekammer und des European Resuscitation Council (ERC 2010)
- Versorgungsalgorithmen, Checklisten
- umfassendes Reanimationstraining an neuen Simulatoren in Kleinstgruppen, Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 9

Teilnahmegebühr: 90,- Euro

Uhrzeit: 9.00 bis 16.15 Uhr

Termine Modul I:

- Samstag, 28. April 2012 Würzburg/KVB
- Samstag, 7. Juli 2012 München/KVB
- Samstag, 13. Oktober 2012 Fachhochschule Nürnberg
- Samstag, 17. November 2012 Augsburg/KVB

Neu: Update Modul I

Notfälle erfordern Ihr schnelles und effektives Handeln. Wenn Sie eine Reanimation durchführen müssen, erwartet man von Ihnen als Arzt souveränes Vorgehen. Um das gewährleisten zu können, müssen Sie regelmäßig alle Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation trainieren. Das ist der Erfolgsfaktor Nummer eins für ein geordnetes und effektives Vorgehen nach den aktuellen Guidelines.

Am Update Modul I können alle Ärzte teilnehmen, die in den vergangenen fünf Jahren das Modul I in der KVB absolviert haben. Basiskenntnisse (BLS, ALS) werden vorausgesetzt.

- Guidelines: Aktuelle Entwicklungen und Umsetzung
- umfassendes und individuelles Reanimationstraining in Kleinstgruppen

- Airway-Management
- Fallsimulation

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 45,- Euro

Uhrzeit: 9.30 bis 12.45 Uhr

Termine Update Modul I:

- Samstag, 12. Mai 2012 Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012 Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012 Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012 Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012 München/KVB

Modul II

- Beurteilung des kindlichen Zustands
- pädiatrische Akut- und Notfälle, Fallbeispiele
- Atemwegserkrankungen und Atemwegsverlegung bei Kindern
- Vergiftungen und Ingestionsunfälle
- typische Verletzungen, Verbrennungen/Verbrühungen im Kindesalter

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.15 Uhr

Termine Modul II:

- Mittwoch, 18. April 2012 München/KVB
- Mittwoch, 26. September 2012 Regensburg/KVB
- Mittwoch, 7. November 2012 NH-Hotel Nürnberg City
- Mittwoch, 21. November 2012 Augsburg/KVB

Fortbildung „Notfalltraining für das Praxisteam“

Modul III

- wichtige Aspekte zur Durchführung der Leichenschau
- interessante Kasuistiken aus dem Bereitschaftsdienst
- Informationen zu Abrechnung, Praxisgebühr und Formularen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Fortbildungspunkte: 3

Teilnahmegebühr: 40,- Euro

Uhrzeit: 17.00 bis 20.35 Uhr

Termine Modul III:

- Mittwoch, 20. Juni 2012
München/KVB
- Mittwoch, 24. Oktober 2012
Regensburg/KVB
- Mittwoch, 28. November 2012
NH-Hotel Nürnberg City

Die Teilnehmerzahl in den Fortbildungsseminaren ist begrenzt. Eine schriftliche Anmeldung ist grundsätzlich erforderlich. Anmeldung unter Fax 0 89 / 57 09 34 00 – 21

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 89 oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare/Akutsituationen im Bereitschaftsdienst*.

In unserem neu konzipierten Seminar werden Ärzte und ihr Team auf typische Notfallsituationen vorbereitet. Sie erlernen professionelle Lösungswege und Versorgungsstrategien nach den aktuellen Guidelines. In einem ausführlichen, individuellen Training an modernen Simulatoren können sie die notfallmedizinisch relevanten Aspekte herausarbeiten und ihr Notfallmanagement praktisch erproben. Gerne berücksichtigen wir dabei individuelle Praxischwerpunkte.

Wir führen die Seminare in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung, und der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte agbn e.V. durch. Die Veranstaltungen sind QM-konform und entsprechen den Forderungen der Bundesärztekammer und des Gemeinsamen Bundesausschusses an die jährlich erforderliche Notfall-schulung für Arztpraxen.

Teilnehmen können Ärzte und deren Medizinische Fachangestellte (Praxisteam)

Themenschwerpunkte:

- Erkennen von und Verhalten in Notfallsituationen
- Notfallmanagement
- Erstversorgung bis zum Eintreffen von Rettungsdienst und Notarzt
- Vorgehensweise bei kardiovaskulären Notfällen
- Theorie und Praxis der kardiopulmonalen Reanimation bei Erwachsenen
- Einsatz von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) in der Praxis
- individuelle Fallsimulationen

Fortbildungspunkte: 6

Teilnahmegebühr: 95,- Euro

Uhrzeit: 13.30 bis 18.00 Uhr

Termine:

- Samstag, 12. Mai 2012
Augsburg/KVB
- Samstag, 16. Juni 2012
Nürnberg/KVB
- Samstag, 21. Juli 2012
Regensburg/KVB
- Samstag, 22. September 2012
Bayreuth/KVB
- Samstag, 1. Dezember 2012
München/KVB

Die nächsten Seminartermine der KVB

Hinweis

Bitte beachten Sie, dass die nebenstehenden Seminare nur eine Auswahl aus dem umfassenden Seminarprogramm der KVB darstellen.

Informationen zu KVB-Seminaren

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter der Telefonnummer 0 89 / 57 09 34 00 - 20

Informationen zu Seminaren rund um die Themen Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätszirkel (QZ)

erhalten Sie von unseren Mitarbeitern unter den Telefonnummern
09 11/ 9 46 67 - 3 22
09 11/ 9 46 67 - 3 23
09 11/ 9 46 67 - 3 36

Online-Anmeldung im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/Online-Anmeldung*.

Anmeldeformulare und weitere Seminare finden Sie in unserer Seminarbroschüre und im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Fortbildung/KVB-Seminare*.

Fax: 0 89 / 57 09 34 00 - 21

Gebühr

Die Seminare sind zum Teil gebührenpflichtig und in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt.

Fortbildungspunkte

Bei der Teilnahme an unseren Seminaren sammeln Sie auch Fortbildungspunkte. Die jeweilige Anzahl können Sie bei Ihrer Seminaranmeldung erfragen.

*in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Akademie für Ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer (die Anzahl der Fortbildungspunkte entnehmen Sie bitte der Seminarbroschüre)

KVB-Seminare

Gründer-/Abgeberforum

Abrechnungsworkshop Hautärzte

Abrechnungsworkshop Urologen

Alles rund ums Arbeitsrecht

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Psychotherapeuten

Ärztliche Führungsrolle in der Praxis

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Kooperationen - mit der Praxis in die Zukunft

Abrechnungsworkshop Anästhesisten und Chirurgen

Datenschutz in der Praxis für Psychotherapeuten

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Hausärzte

Fortbildung Hautkrebscreening*

Alles rund ums Arbeitsrecht

DMP-Fortbildungstag für Hausärzte*

Gründer-/Abgeberforum

Statistiken der KVB: Darstellung und Erläuterung Fachärzte

QM-/QZ-Seminare

Lokale Moderatorentreffen

QEP - Einführungsseminar für Psychotherapeuten in Kooperation mit DGPT

Kompaktkurs für psychotherapeutische QZ-Moderatoren

Regionale Moderatorentreffen

Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
Praxisinhaber	kostenfrei	21. April 2012 21. April 2012 21. April 2012	10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr 10.00 bis 16.00 Uhr	Augsburg Nürnberg Straubing (Hotel Heimer)
Praxismitarbeiter	kostenfrei	24. April 2012	14.00 bis 17.00 Uhr	Würzburg
Praxismitarbeiter	kostenfrei	25. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	25. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	24. April 2012 25. April 2012	15.00 bis 18.00 Uhr 15.00 bis 18.00 Uhr	München Regensburg
Praxisinhaber	95,- Euro	27. April 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	120,- Euro	28. April 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	28. April 2012	10.00 bis 15.00 Uhr	München
Praxismitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Regensburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Augsburg
Praxisinhaber	kostenfrei	2. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Straubing
Praxisinhaber	160,- Euro	5. Mai 2012	9.00 bis 17.00 Uhr	Nürnberg
Praxisinhaber	kostenfrei	9. Mai 2012	15.00 bis 19.00 Uhr	München
Praxisinhaber	120,- Euro	12. Mai 2012	9.00 bis 16.30 Uhr	München
Praxisinhaber	kostenfrei	12. Mai 2012	10.00 bis 16.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber	kostenfrei	16. Mai 2012	15.00 bis 18.00 Uhr	Würzburg
Zielgruppe	Teilnahmegebühr	Datum	Uhrzeit	Veranstaltungsort (KVB-Bezirksstelle)
QZ-Moderatoren	kostenfrei	18. April 2012	16.00 bis 19.00 Uhr	Bayreuth
Praxisinhaber und -mitarbeiter	220,- Euro	20. April 2012 21. April 2012	15.00 bis 20.30 Uhr 9.00 bis 17.00 Uhr	München
Praxisinhaber	110,- Euro	12. Mai 2012	9.00 bis 19.00 Uhr	München
QZ-Moderatoren	kostenfrei	23. Mai 2012	16.00 bis 20.00 Uhr	Nürnberg (Süd-/Westpark Hotel)

