



EUROPA FACHBUCHREIHE
für Berufe im Gesundheitswesen

**Dr. med. Susanne Nebel,
Bettina Vogedes**

Medizinische Fachangestellte Patientenbetreuung und Abrechnung

Band 2 – Behandlungsfälle

9. Auflage

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL · Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG
Düsselberger Straße 23 · 42781 Haan-Gruiten

Europa-Nr.: 65216

Medizinische Fachangestellte – Patientenbetreuung und Abrechnung

Autoren:

Dr. med. Susanne Nebel, Mettmann
Bettina Vogedes, Mönchengladbach

Illustrationen:

Michael Hüsch, Köln, www.designheimer.de
Barbara Sailer, Köln, www.barbarasailer.de
Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, Augsburg
Steffen Faust, Berlin

9. Auflage 2018

Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da bis zur Behebung von Druckfehlern untereinander unverändert.

ISBN 978-3-8085-6746-3

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2018 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
<http://www.europa-lehrmittel.de>

Umschlagfoto: M.Schuppich-fotolia.com

Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin

Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86167 Augsburg

Druck: M. P. Media-Print Informationstechnologie, 33100 Paderborn

Vorwort

Mit dem **2. Band** der Reihe „**Medizinische Fachangestellte – Patientenbetreuung und Abrechnung, Behandlungsfälle**“ vervollständigen wir unser Lehrbuchangebot für die Ausbildungsinhalte der Medizinischen Fachangestellten für das Fach Abrechnung. Wie schon der 1. Band orientiert sich dieses Lehrbuch an den Lernfeldern des Rahmenlehrplans für den Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte.

Im Mittelpunkt dieses Buches stehen die beiden Gebührenordnungen **EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)** und **GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)**. Zunächst werden die Gebührenordnungen, wie in Lernfeld 2 gefordert, vorgestellt. Intensive Berücksichtigung findet dabei die besondere Strukturierung des jeweiligen Werks, dessen Kenntnis unerlässlich für einen korrekten und sicheren Umgang ist. Anschließend werden aus den medizinischen Lernfeldern praxisnahe Behandlungsfälle vorgestellt, in denen das erworbene Wissen angewendet und vertieft wird. Die beiden Gebührenordnungen sind in diesem Lehrbuch jeweils unterschiedlich farblich unterlegt (EBM: grün; GOÄ: gelb), um sie optisch schnell unterscheiden zu können und dadurch den Umgang mit diesem Buch zu erleichtern. Der Text der Gebührenordnungen wird zum besseren Verständnis teilweise verkürzt oder sprachlich modifiziert wiedergegeben. Es empfiehlt sich, die Originaltexte beim Arbeiten mit diesem Buch zu berücksichtigen.

Die Abrechnung von Behandlungsfällen aus dem **hausärztlichen Bereich** steht im Vordergrund. Sie wird durch die Hausärztin unserer Musterpraxis, Frau Dr. Söhnke, repräsentiert. Durch den Orthopäden der Musterpraxis, Herrn Dr. Helbig, wird die Abrechnung eines Facharztes beispielhaft ergänzt. Da Dr. Helbig als Durchgangsarzt tätig ist, werden auch die Besonderheiten der **UV-GOÄ** (Unfallversicherungs-GOÄ) berücksichtigt.

Das Thema „**Prävention**“ findet in unserem Buch besondere Berücksichtigung. Es werden nicht nur die Abrechnungsmöglichkeiten erläutert, sondern auch die medizinischen Grundlagen von präventiven Maßnahmen kurz dargestellt. Vor allem im Bereich der Prävention werden dem Patienten ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen „**Individuelle Gesundheitsleistungen**“ angeboten. Hier werden von einer Medizinischen Fachangestellten Kenntnisse vorausgesetzt, um die Patienten sinnvoll beraten zu können.

Unsere beiden Bücher sind vor allem schülerzentriert konzipiert und simulieren, ausgehend von einer Modell-Arztpaxis, den beruflichen Alltag der Auszubildenden. Jede Thematik wird durch eine praxisnahe Situation eingeleitet, die zum Nachdenken und zur Diskussion anregen soll. Mit den abschließenden Übungsfragen und Behandlungsfällen kann der erarbeitete Stoff angewendet und gefestigt werden.

Die **9. Auflage** enthält die aktuellen **Neuerungen des EBM 2018**, insbesondere die Veränderungen durch die **Laborreform** und das **Screening auf ein Bauchaortenaneuryisma**. Das EBM-Kapitel 30.13 „**Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung**“ ist neu in das Buch aufgenommen worden. Die Erläuterungen zu den Besuchen, die der Arzt an seine MFA delegiert, sind ergänzt und überarbeitet worden.

Die Verwendung nur eines grammatischen Geschlechtes bei Berufs- oder Gruppenbezeichnungen wurde im Hinblick auf den Lesefluss gewählt. Sie stellt keine Meinungsäußerung zur Geschlechterrolle dar.

Wir wünschen allen, die mit diesem Buch arbeiten, viel Freude und Erfolg.

Autoren und Verlag freuen sich über positive wie kritische Rückmeldungen (lektorat@europla-lehrmittel.de).

Das Autorenteam

Sommer 2018

Inhaltsverzeichnis

Lernfeld 2: Patienten empfangen und begleiten

5	Gebührenordnungen	9
5.1	Einführung	9
5.2	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	13
5.2.1	Aufbau	14
5.2.2	Allgemeine Bestimmungen (EBM-Bereich I)	17
5.2.3	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen (EBM-Bereich III)	21
5.2.4	Arztgruppenübergreifende Gebührenordnungspositionen (EBM-Bereiche II und IV)	23
5.2.5	Leistungsinhalt und Abrechnungsbestimmungen einer Gebührenordnungsposition	26
5.2.6	Hierarchie der Gebührenordnungspositionen	31
5.2.7	Kosten und Kostenpauschalen (EBM-Bereich V)	35
5.2.8	KV-spezifische Abrechnungsregelungen	37
5.3	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	38
5.3.1	Aufbau	40
5.3.2	Paragrafenteil	41
5.3.3	Gebührenverzeichnis	47
5.3.4	Leistungsvergütung	48
5.3.5	Basistarif	50
5.3.6	Privatliquidation	51

Lernfeld 4: Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren

6	Leistungsabrechnung beim Hausarzt und beim Orthopäden	53
6.1	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen des Hausarztes nach dem EBM	53
6.1.1	Versichertenpauschalen des Hausarztes	54
6.1.2	Vorhaltepauschale und Zuschläge für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	59
6.1.3	Chronikerpauschalen und Gesprächsleistungen	62
6.1.4	Besondere Leistungen	66
6.1.5	Hausärztlich-geriatrische und palliative Versorgung	68
6.2	Arztgruppenübergreifende hausarztrelevante Gebührenordnungspositionen des EBM	72
6.2.1	Nicht-persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	72
6.2.2	Schriftliche Mitteilungen	78
6.2.3	Abrechnung von Leistungen aufgrund einer Überweisung nach Muster 6	81
6.2.4	Psychosomatische Grundversorgung	82
6.2.5	Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen	84
6.2.6	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (EBM-Kapitel 30.13)	87
6.3	Leistungsabrechnung des Orthopäden nach dem EBM	90
6.3.1	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen des Orthopäden	91
6.3.2	Strahlendiagnostik und physikalische Therapie	94

6.4	Grundleistungen nach der GOÄ	97
6.4.1	Allgemeine Bestimmungen des GOÄ-Abschnitts B	97
6.4.2	Beratung und Untersuchung	101
6.4.3	Spezielle Leistungen bei lebensverändernden und chronischen Krankheiten	105
6.4.4	Injektionen und Infusionen	107
6.4.5	Internistische Untersuchungen	107
6.4.6	Schriftliche Mitteilungen	109
6.4.7	Strahlendiagnostik und physikalische Therapie	110

Lernfeld 5: Zwischenfällen vorbeugen und in Notsituationen Hilfe leisten

7	Behandlungen unter besonderen Bedingungen	113
7.1	Behandlung außerhalb der Sprechstunde oder in der Samstagssprechstunde	113
7.1.1	Abrechnung nach dem EBM	114
7.1.2	Abrechnung nach der GOÄ	117
7.2	Notfall und organisierter Not(-fall)dienst	120
7.2.1	Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen	121
7.2.2	Schweregradzuschläge	125
7.2.3	Abklärungspauschalen	127
7.2.4	Reanimation	129
7.3	Besuche	132
7.3.1	Planbare Besuche (EBM)	133
7.3.2	Dringende Besuche und Besuche im organisierten Not(-fall)dienst (EBM)	136
7.3.3	Fahrtkosten (EBM)	139
7.3.4	Delegierte Besuche (EBM)	141
7.3.5	Begleiten und Verweilen (EBM)	146
7.3.6	Planbare Besuche (GOÄ)	147
7.3.7	Dringende Besuche (GOÄ)	149
7.3.8	Wegegeld (GOÄ)	151
7.3.9	Besuche durch nicht-ärztliches Personal (GOÄ)	151
7.3.10	Begleiten und Verweilen (GOÄ)	152

Lernfeld 8: Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankungen des Urogenitalsystems begleiten

8	Empfängnisregelung und Laboruntersuchungen	154
8.1	Empfängnisregelung	154
8.2	Laboruntersuchungen	157
8.2.1	Abrechnung nach dem EBM	157
8.2.2	Abrechnung nach der GOÄ	162

Lernfeld 9: Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankungen des Verdauungssystems begleiten

9	Ultraschalluntersuchungen und Endoskopie	167
9.1	Ultraschalluntersuchung	167
9.1.1	Abrechnung nach dem EBM	168

9.1.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	168
9.2	Endoskopische Untersuchungen.....	170
9.2.1	Abrechnung nach dem EBM	170
9.2.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	172

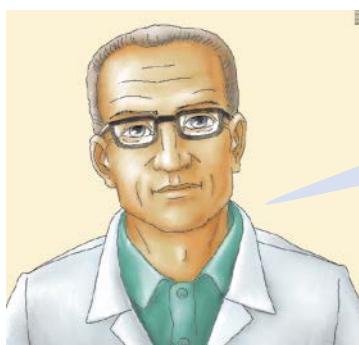
Lernfeld 10: Patienten bei kleinen chirurgischen Behandlungen begleiten und Wunden versorgen

10	Abrechnung von Wundbehandlungen und Arbeitsunfällen.....	174
10.1	Kleine chirurgische Maßnahmen	174
10.1.1	Abrechnung nach dem EBM	175
10.1.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	179
10.2	Die UV-GOÄ	181

Lernfeld 11: Patienten bei der Prävention begleiten

11	Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen	187
11.1	Präventive Leistungen im Überblick	187
11.2	Impfungen	190
11.2.1	Abrechnung bei gesetzlich Versicherten	190
11.2.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	193
11.3	Mutterschaftsvorsorge	195
11.3.1	Abrechnung nach dem EBM	195
11.3.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	198
11.4	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen.....	199
11.4.1	Abrechnung nach dem EBM	199
11.4.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	206
11.5	Gesundheitsuntersuchung.....	208
11.5.1	Abrechnung nach dem EBM	209
11.5.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	211
11.6	Krebsfrüherkennung.....	212
11.6.1	Untersuchungen bei Frauen (EBM)	212
11.6.2	Untersuchungen bei Frauen (GOÄ)	217
11.6.3	Untersuchungen bei Männern (EBM).....	218
11.6.4	Untersuchungen bei Männern (GOÄ)	220
11.6.5	Untersuchungen bei Frauen und Männern (EBM).....	221
11.6.6	Untersuchungen bei Frauen und Männern (GOÄ)	225
11.7	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	226
11.8	Disease-Management-Programme (DMP).....	229
Anhang: Hinweise zum Stoffkatalog für Auszubildende aus den Kammerbereichen		
Nordrhein und Westfalen-Lippe		233
Sachwortverzeichnis		237

Das Praxisteam stellt sich vor:



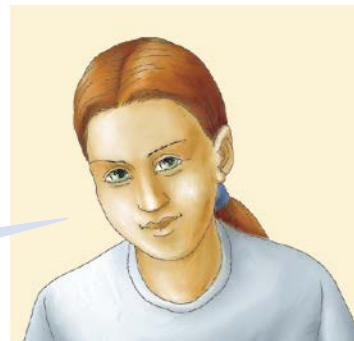
Dr. med. Michael Helbig,
43 Jahre, Arzt für Orthopädie
und Sportmedizin,
Durchgangsarzt



Dr. med. Petra Söhnke, 47 Jahre,
Ärztin für Allgemeinmedizin,
Diabetologie, Naturheilkunde
und Akupunktur



Marina Vogt, 41 Jahre, MFA,
Entlastende Versorgungsassisten-
tin (EVA), Erstkraft der Praxis-
gemeinschaft



Stephanie Hilden,
30 Jahre, MFA



Gülay Yildiz, 28 Jahre,
MFA, Teilzeitkraft



Kristina Beckers, 18 Jahre,
Auszubildende



____ Jahre, Auszubildende

Lernfeld 2:

Patienten empfangen und begleiten

5 Gebührenordnungen

Thematische Einordnung in den Rahmenlehrplan:



Lernfeld 2 thematisiert den Empfang und die Begleitung des Patienten. Zum Inhalt dieses Lernfelds gehören die „**Grundlagen der ärztlichen Abrechnung**“¹.

In der Arztpaxis erfolgt die Leistungsabrechnung entweder auf der Grundlage der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** oder des **Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)**. In Kapitel 5 wird thematisiert, welche Gebührenordnung bei einer bestimmten Patientengruppe angewendet wird. Der Umgang mit den Gebührenordnungen als Nachschlagewerke steht im Vordergrund dieses Kapitels. Die Auszubildenden lernen mit dem Vokabular und der Systematik der Gebührenordnungen umzugehen und werden so in die Lage versetzt, den Behandlungsmaßnahmen bei einem Patienten abrechenbare Gebührenordnungspositionen bzw. Gebührenordnungsnummern zuzuordnen. Thematisiert werden die speziellen Bestimmungen, die bei der Abrechnung beachtet werden müssen, um fehlerhafte Abrechnungen zu vermeiden.

5.1 Einführung



Fallbeispiel:

Die Auszubildende Kristina Beckers beobachtet die MFA Gülay Yildiz bei der Eingabe von Daten in den Praxiscomputer.

Kristina: *Sag mal Gülay, was sind das eigentlich für Ziffern, die du da in den Computer eingibst?*

Gülay: *Also, Frau Dr. Söhnke und Herr Dr. Helbig haben doch heute viele Patienten behandelt. Das heißt, sie haben bestimmte Leistungen erbracht. Diesen Leistungen sind Abrechnungsziffern zugeordnet, die ich jetzt in den Computer eingebe ...*

Kristina: *Ja, ja, das habe ich schon verstanden. Aber heute war doch meine Klassenlehrerin, Frau Meier-Lübbke, mit ihrem Mann bei uns in der Praxis. Frau Dr. Söhnke hat bei beiden Patienten genau dieselben Untersuchungen durchgeführt und deshalb bei beiden Patienten auch dieselben Leistungen erbracht. Das ist doch richtig, oder?*

Gülay: *Ja, genau!*

Kristina: *Na ja, dann verstehe ich aber nicht, warum du für beide Patienten unterschiedliche Ziffern in den Computer eingibst.*

¹ Siehe Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf Medizinischer Fachangestellter/Medizinische Fachangestellte (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.11.2005), Seite 10



Info:

Das Honorar für ihre Leistungen dürfen Ärzte nicht willkürlich festlegen. Sie sind verpflichtet, sich an Gebührenordnungen zu halten. Grundsätzlich werden ärztliche Leistungen nach der amtlichen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** vergütet, es sei denn, der Patient dokumentiert durch Vorlage seines Behandlungsausweises den Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung. Legt beispielsweise ein gesetzlich Krankenversicherter seine elektronische Gesundheitskarte vor, müssen die ärztlichen Leistungen, die zu den gesetzlich festgelegten Pflichtleistungen für gesetzlich Krankenversicherte zählen, nach dem **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** abgerechnet werden. Da Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zählen, werden diese auch bei gesetzlich Versicherten nach der GOÄ abgerechnet.

Der **EBM** wird nicht nur für **gesetzlich Krankenversicherte**, sondern auch für die Abrechnung der meisten „**Sonstigen Kostenträger**“ angewendet. Eine Ausnahme stellen hier die **Bahnbeamten** dar, die über die Krankenversorgung für **Bahnbeamte (KVB)** in den Beitragsklassen I–III versichert sind. Sie werden nach der **GOÄ mit erniedrigten Steigerungssatz** abgerechnet. Ebenso gilt für **Privatpatienten mit Basistarif** ein bestimmter erniedrigter GOÄ-Steigerungssatz.

Die Berechnung von Leistungen im Rahmen eines **Arbeitsunfalls** erfolgt aufgrund des **Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger (UV)** auf der Grundlage der **UV-GOÄ** (Gebührenordnung im Rahmen von Arbeitsunfällen), die sich an die GOÄ anlehnt.

Die folgenden Abbildungen ordnen den verschiedenen Kostenträgern die anzuwendende Gebührenordnung zu:

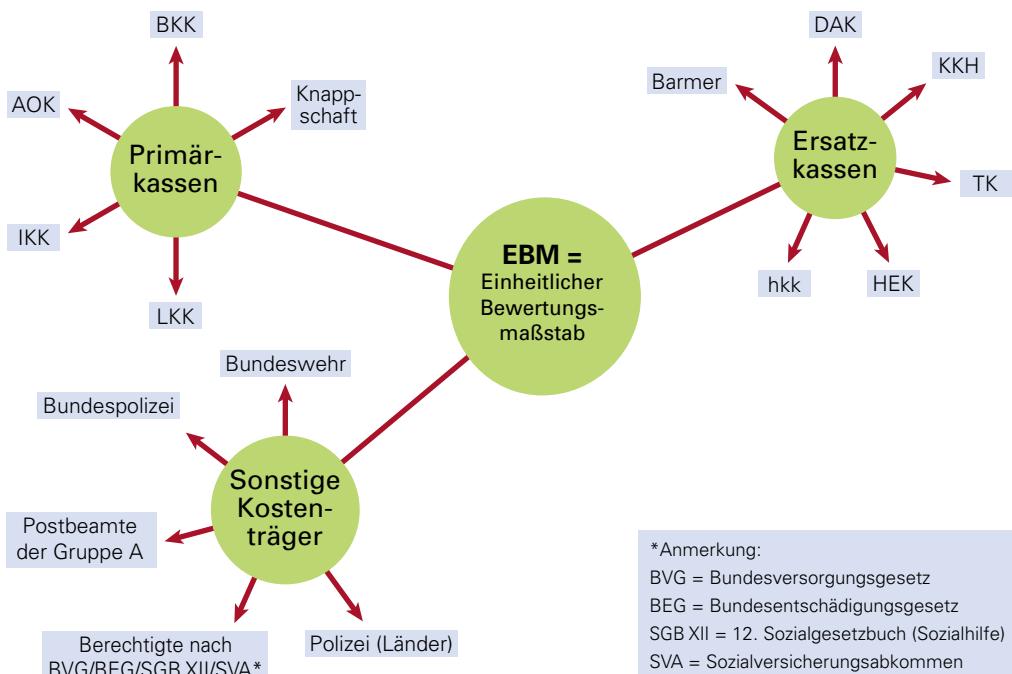


Abb. 1 Kostenträger, die nach dem EBM abrechnen

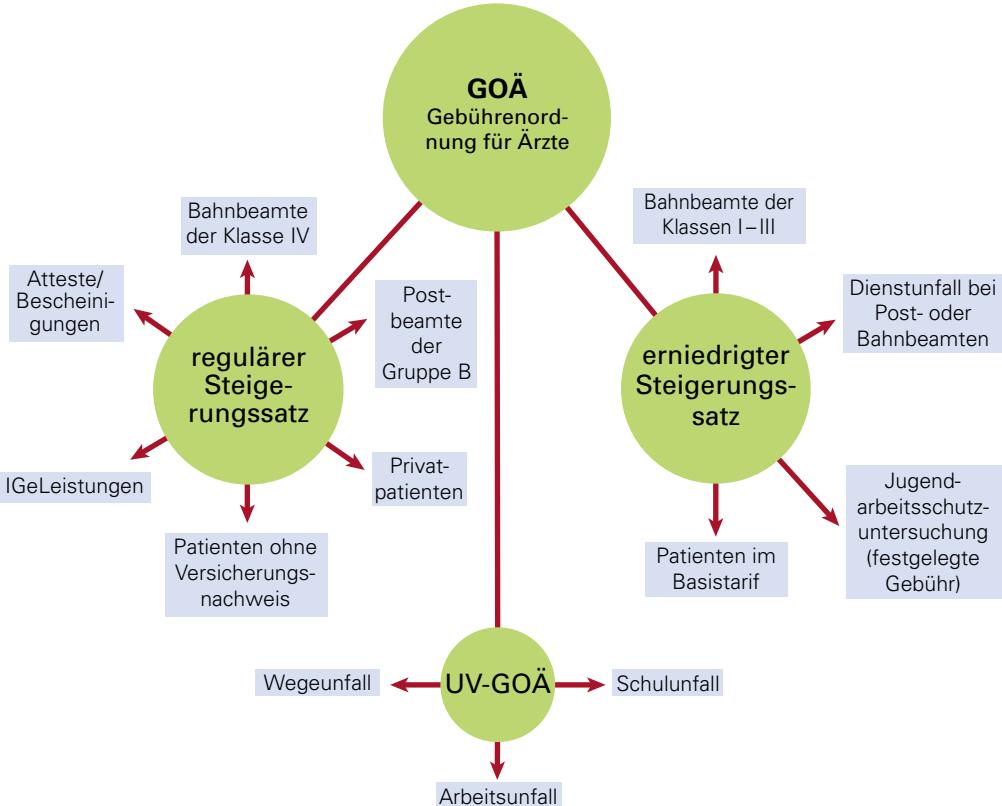


Abb. 1 Kostenträger, die nach der GOÄ abrechnen



Übungen:

1. Erläutern Sie, warum Gülay bei dem Ehepaar Meier-Lübbke (siehe Fallbeispiel) bei gleichen ärztlichen Leistungen unterschiedliche Ziffern einträgt.
2. Wofür stehen die Abkürzungen GOÄ und EBM?
3. Heute erscheinen verschiedene Patienten in der Praxisgemeinschaft von Dr. Helbig/Dr. Söhnke. Ordnen Sie den Patienten die richtige Gebührenordnung, EBM, GOÄ oder UV-GOÄ, zu:
 - a) AOK-Versicherter, der zur Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) erscheint
 - b) Polizist, der zur Abklärung einer Kniegelenkinstabilität erscheint
 - c) Privat Versicherter, der über Kopfschmerzen klagt
 - d) Postbeamter der Gruppe B, der ein Wiederholungsrezept benötigt
 - e) Knappschaft-Versicherter, der zur Behandlung seiner Arthrose erscheint
 - f) Jugendlicher, der zur Jugendarbeitsschutzuntersuchung erscheint

Lernfeld 2: Patienten empfangen und begleiten

- g) BARMER-Versicherter, der eine Überweisung zum Neurologen benötigt
 - h) Patient, der eine Karte mit der Aufschrift „KVB Klasse II“ vorlegt und zur Abklärung von unklaren Bauchschmerzen erscheint
 - i) Auszubildender zum Konditor, der sich während der Arbeit am Finger verletzt hat
 - j) Schüler, der ein Attest zur Befreiung vom Sportunterricht benötigt
 - k) Postbeamter der Gruppe A, der zur Infusionstherapie erscheint
 - l) Privat Versicherter im Basistarif, der über Herzschmerzen klagt
 - m) Bahnbeamter, der sich während der Arbeit eine Prellung des Arms zugezogen hat
4. Nennen Sie Patientengruppen, die nach der GOÄ mit erniedrigtem Steigerungssatz abgerechnet werden.
5. Was versteht man unter der UV-GOÄ und wann wird sie angewendet?



5.2 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)



Fallbeispiel:

Die Auszubildende Kristina hilft der MFA Gülay bei der Eingabe der Abrechnungsnummern, als Herr Goldschmitt anruft. Der Patient klagt über Fieber und Unwohlsein. Kristina leitet das Gespräch an Dr. Söhnke weiter und ruft die Patientendaten im Computer auf: Herr Goldschmitt ist 71 Jahre alt und bei der Techniker Krankenkasse versichert.

Kristina: *Sag mal Gülay, wo finde ich denn jetzt im EBM die Abrechnungsnummern für das Telefonat?*

Gülay: *Hatte der Patient im Behandlungsfall schon einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt?*

Kristina: *Ich verstehe deine Frage nicht! Die sprechen doch gerade persönlich am Telefon miteinander.*

Gülay: *Nein, ein Telefongespräch ist kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. War Herr Goldschmitt in diesem Quartal schon einmal persönlich bei Frau Dr. Söhnke?*

Kristina: *Also ich weiß wirklich nicht, warum du mir solche Fragen stellst. Ich möchte doch nur wissen, welche Abrechnungsnummer ich jetzt für das Telefonat eintragen muss.*

Gülay: *Die Frage musst du erst beantworten, bevor du etwas eintragen kannst.*



Info:

Der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)** wurde 1978 eingeführt und vereinheitlichte die bis dahin geltenden unterschiedlichen Gebührenordnungen der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen. Bis heute wurde der EBM viele Male überarbeitet. Kleinere Veränderungen des EBM erfolgen fast in jedem Quartal, sodass sich Arzt und Praxispersonal fortlaufend über Neuerungen informieren müssen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht auf ihrer Internetseite den jeweils aktuell gültigen EBM. Eine benutzerfreundliche EBM-Version findet sich auch auf der App „KBV2GO!“.

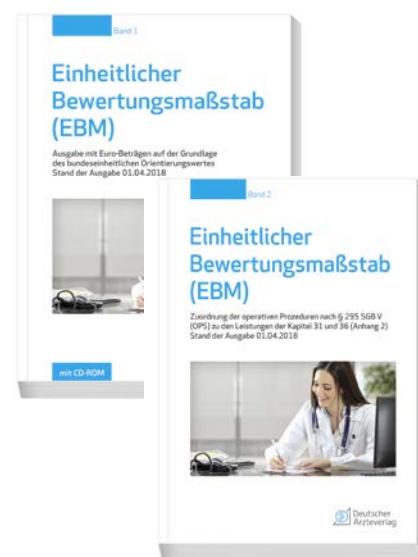


Abb. 1 EBM (© Deutscher Ärzte-Verlag GmbH)

Lernfeld 2: Patienten empfangen und begleiten

Rechtsgrundlage des EBM ist das **Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V)**. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist ein Bestandteil des **Bundesmantelvertrags** zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den gesetzlichen Krankenkassen. Erstellt und fortlaufend angepasst wird der EBM von den Mitgliedern des **Bewertungsausschusses**, der sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammensetzt. Der Katalog der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen im EBM ist abschließend. Das heißt, Leistungen, die dort nicht aufgeführt sind, fallen auch nicht unter die Honorarregelung des EBM.

Der Arzt dokumentiert seine erbrachten Leistungen in der Patientenkartei und schreibt die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen (GOP) in das Abrechnungsprogramm. Am Ende des Quartals reicht der Arzt seine Abrechnungsunterlagen seiner zuständigen **Kassenärztlichen Vereinigung** ein und erhält von dort sein Honorar. Ärztliche Leistungen, die nicht in dem EBM aufgeführt sind, werden nach der GOÄ direkt mit dem Patienten abgerechnet.

Die folgende Abbildung erläutert den Abrechnungsweg bei gesetzlich Krankenversicherten.

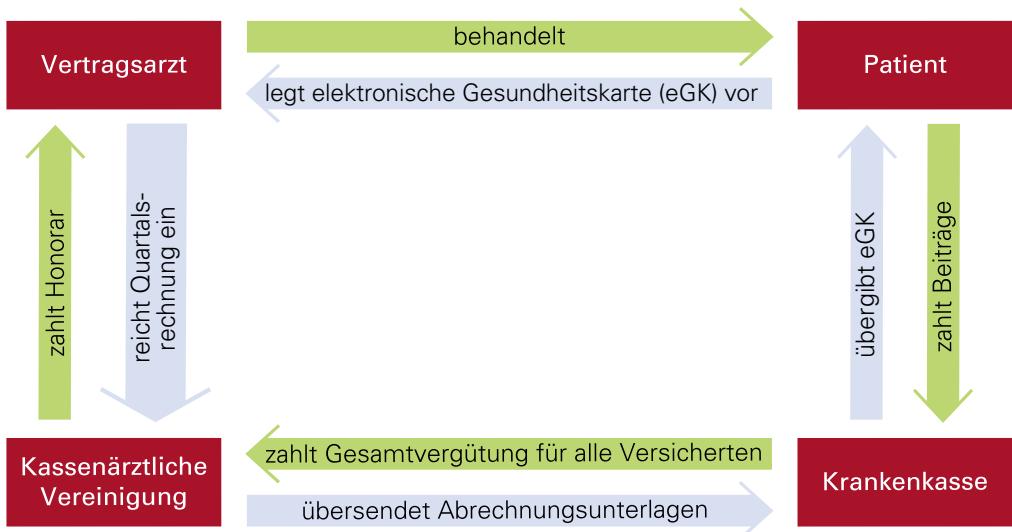


Abb. 1 Kassenärztliches Viereckmodell



Merke:

Vertragsärztliche Leistungen bei **gesetzlich Krankenversicherten** und bei den meisten Patienten aus der Gruppe der **Sonstigen Kostenträger** werden nach dem **EBM** vergütet und über die **KV** abgerechnet.

5.2.1 Aufbau

Um mit dem EBM als Nachschlagewerk richtig umgehen zu können, ist es notwendig, sich mit seiner besonderen Struktur auseinanderzusetzen.

Der **EBM** ist in **sieben Bereiche** unterteilt, die durch die **römischen Ziffern I–VII** gekennzeichnet sind. Der **Bereich I** enthält Definitionen und Vorschriften zum Umgang mit dem EBM. Die berechnungsfähigen Leistungen **aller am vertragsärztlichen System beteiligten Ärzte** sind in Form von **Gebührenordnungspositionen (GOP)** dargestellt und in den **Bereichen II–IV** enthalten. Im **Bereich V** finden sich Angaben über **Kostenpauschalen** für die Erstattung von Kosten wie Briefporto oder Kopien. Der **Bereich VI** enthält sechs Anhänge. Hier sind u.a. alle nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen aufgeführt. Im **Bereich VII** sind GOP aufgeführt, die ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnet werden dürfen. Unter der ASV versteht man eine interdisziplinäre Betreuung und Behandlung von seltenen Krankheiten oder schweren Verlaufsformen von Krankheiten. An der ASV beteiligt sind Vertragsärzte und Krankenhäuser. Die **Bereiche II–V** enthalten insgesamt **40 Kapitel**, die mit arabischen Ziffern fortlaufend durchnummieriert sind. Die Kapitel 28, 29 und 39 sind zurzeit noch nicht besetzt. Ein Kapitel kann weiter in **Abschnitte** unterteilt sein. Jede Gebührenordnungsposition bzw. jede Kostenpauschale hat eine **fünfstellige Nummer**. Die ersten beiden Ziffern der Nummer geben das EBM-Kapitel an, in dem die Gebührenordnungsposition bzw. Kostenpauschale zu finden ist. Beispielsweise stehen die Gebührenordnungspositionen, die mit den Ziffern 01 beginnen, in Kapitel 1. Sprachlich kann dieses verdeutlicht werden, indem die ersten beiden Ziffern als eine Zahl und die letzten drei als eine weitere Zahl genannt werden. Beispielsweise wird die **EBM-Nr. 13211: „dreizehn – zweihundertelf“** oder die **EBM-Nr. 01410: „null eins – vierhundertzehn“** ausgesprochen.

Folgende Darstellung zeigt den Aufbau des EBM im Überblick:

Bereich	Titel / Erläuterung
I	Allgemeine Bestimmungen Dieser Bereich enthält grundlegende und verbindliche Abrechnungsvorschriften für alle Vertragsärzte. Hier werden spezielle Begriffe des EBM definiert und erläutert.
II	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen <ul style="list-style-type: none"> enthält Kapitel 1 und 2 Die hier aufgeführten GOP sind nicht auf eine bestimmte Arztgruppe beschränkt und stehen unter bestimmten Voraussetzungen allen Vertragsärzten zur Verfügung.
III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen <ol style="list-style-type: none"> Hausärztlicher Versorgungsbereich <ul style="list-style-type: none"> enthält Kapitel 3 und 4 Fachärztlicher Versorgungsbereich <ul style="list-style-type: none"> enthält Kapitel 5 bis 27 In diesem Bereich finden sich die Gebührenordnungspositionen der Haus- und Fachärzte. Jedes Kapitel ist einer bestimmten Arztgruppe vorbehalten. Das heißt, die GOP eines Kapitels dürfen nur bestimmte Ärzte bzw. Fachärzte abrechnen. Welche Ärzte zur Arztgruppe des Kapitels gehören, ist in den Bestimmungen (in der Präambel) zu Beginn eines jeden Kapitels festgelegt.

Fortsetzung der Darstellung auf S. 16

Bereich	Titel / Erläuterung
IV	<p>Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen</p> <ul style="list-style-type: none"> enthält Kapitel 30 bis 38 <p>Die hier aufgeführten GOP sind nicht auf bestimmte Arztgruppen beschränkt. Allerdings muss der Arzt spezielle Voraussetzungen erfüllen, um diese GOP abrechnen zu können.</p>
V	<p>Kostenpauschalen</p> <ul style="list-style-type: none"> enthält Kapitel 40 <p>Hier sind Kosten für Auslagen (z. B. Porto- oder Kopierkosten) aufgeführt, die dem Arzt erstattet werden.</p>
VI	<p>Anhänge</p> <p>Darin sind u.a. die Leistungen aufgelistet, die in bestimmten Gebührenordnungspositionen enthalten sind und nicht gesondert abgerechnet werden können.</p>
VII	<p>Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen</p>

Übungen:

1. Welche Rechtsgrundlage hat der EBM?
2. Wer erstellt und aktualisiert den EBM fortlaufend?
3. Der 46-jährige Herr Kostner, Patient der DAK, kommt heute zur Krebsfrüherkennung. In diesem Rahmen bittet er um die Durchführung der PSA-Blutuntersuchung. Im EBM ist keine Gebührenordnungsposition zur Bestimmung des PSA-Wertes im Rahmen der Krebsfrüherkennung enthalten. Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung in diesem Fall abgerechnet?
4. In wie viele Bereiche wird der EBM gegliedert?
5. In welchen Bereichen ist der EBM zusätzlich in Kapitel gegliedert?
6. In welchen Bereichen des EBM sind die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu finden?
7. In welchem Bereich des EBM bzw. in welchem Kapitel sind die Kostenpauschalen für die Erstattung von Auslagen (z. B. Kosten für Kopien) zu finden?
8. Erläutern Sie, warum es sinnvoll ist, die Ziffern der Gebührenordnungsposition 03220 in folgender Weise zu lesen: null drei-zweihundert-zwanzig.



5.2.2 Allgemeine Bestimmungen (EBM-Bereich I)

Die Allgemeinen Bestimmungen (Bereich I des EBM) enthalten **grundlegende Bestimmungen** zum Umgang mit dem EBM. Hier werden Gliederung und Struktur des EBM erläutert sowie spezielle Begriffe definiert.

Wie bereits in Kapitel 5.2.1 beschrieben, erfolgt hier die Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in die Bereiche, wie aus folgendem EBM-Auszug zu erkennen ist:



1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind 3 Bereichen zugeordnet:

- II: Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen,
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen,
- IV. Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.

Kostenpauschalen stellen einen eigenständigen Bereich V. dar.

EBM-Auszug

Folgende Abbildung zeigt die drei Bereiche der Gebührenordnungspositionen mit den darin enthaltenen Kapiteln:

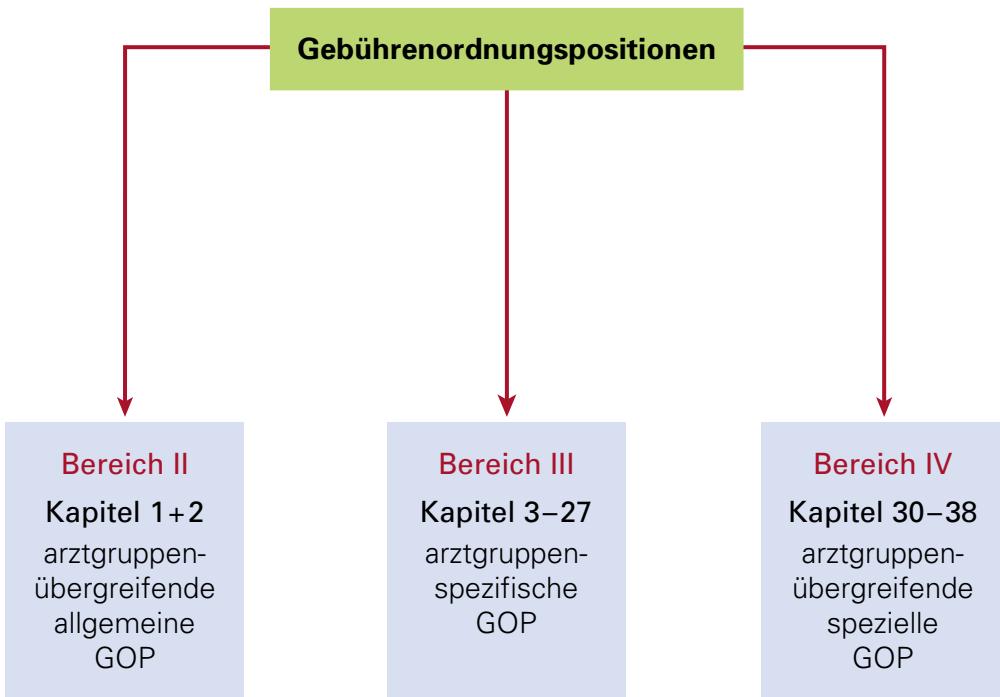
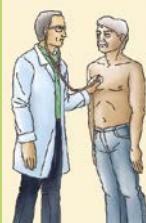


Abb. 1 Bereiche der Gebührenordnungspositionen

Lernfeld 2: Patienten empfangen und begleiten

Aus der Vielzahl der **Abrechnungsvorschriften und Definitionen des EBM-Bereiches I** wird hier eine Auswahl tabellarisch dargestellt und erläutert:

Begriff	Zitat aus den Allgemeinen Bestimmungen	Erläuterung
Behandlungsfall	<p>Der Behandlungsfall ist definiert [...] als Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • dieselben Versicherten • durch dieselbe Arztpraxis • in einem Kalendervierteljahr • zu lasten derselben Krankenkasse. 	<p>Die gesamte ambulante Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten in einer Arztpraxis während eines Quartals gilt als Behandlungsfall. Dabei ist es unerheblich, ob nur eine oder mehrere Krankheiten bei dem Versicherten behandelt werden. Bei der Bezeichnung „Arztpraxis“ kann es sich um einen Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeuten, eine Berufsausübungsgemeinschaft oder um ein Medizinisches Versorgungszentrum handeln. In der Regel kommt es in einer Arztpraxis bei einem gesetzlich Krankenversicherten nur zu einem Behandlungsfall. Ausnahmen kommen vor, z.B. wenn der Versicherte im Laufe des Quartals seine Krankenkasse wechselt.</p>
Krankheitsfall	<p>Der Krankheitsfall [...] umfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> • das aktuelle sowie • die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen. 	<p>Der Umgang mit dem Begriff „Krankheitsfall“ soll anhand der Gebührenordnungsposition 01821 (Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung) erläutert werden. Die GOP 01821 darf „einmal im Krankheitsfall“ abgerechnet werden. Das bedeutet, die GOP 01821 darf erst wieder nach Ablauf des aktuellen und drei weiterer Quartale abgerechnet werden. Rechnet der Arzt die GOP 01821 beispielsweise am 24.2.2018 ab, darf er sie das nächste Mal erst wieder frühestens ab 1.1.2019 abrechnen.</p>
Betriebsstättenfall	<p>Der Betriebsstättenfall [...] umfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung derselben Versicherten • in einem Kalendervierteljahr • durch einen oder mehrere Ärzte • derselben Betriebsstätte oder der selben Nebenbetriebsstätte • zu lasten derselben Krankenkasse • unabhängig vom behandelnden Arzt. 	<p>Der Betriebsstättenfall erhält Bedeutung, wenn ein Arzt mehrere Praxen besitzt und dort tätig ist. Er muss festlegen, welche Praxis Hauptbetriebsstätte ist, die anderen Praxen gelten dann als Zweigpraxen bzw. Nebenbetriebsstätten. Behandelt der Arzt einen Patienten im Quartal einmal in der Hauptbetriebsstätte und ein anderes Mal in der Nebenbetriebsstätte, handelt es sich um zwei Betriebsstättenfälle bei einem Behandlungsfall bzw. Arztfall.</p>

Be- griff	Zitat aus den Allgemeinen Bestimmungen	Erläuterung
Arztfall	<p>Der Arztfall [...] umfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Behandlung dieselben Versicherten • durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt • in einem Kalender- vierteljahr • zu lasten derselben Krankenkasse • unabhängig von der Betriebs- oder Neben- betriebsstätte. 	<p>Der Arztfall hat ebenfalls Bedeutung für Ärzte, die an verschiedenen Betriebsstätten mit unterschiedlichem vertragsärztlichem Status arbeiten. Behandelt beispielsweise ein Arzt denselben Patienten innerhalb eines Quartals einmal in seiner Praxis, in der er als Vertragsarzt tätig ist, und einmal im Medizinischen Versorgungszentrum, in dem er als angestellter Arzt tätig ist, handelt es sich um nur einen Arztfall.</p>
Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	<p>Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus.</p> <p>[...] Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern [...] sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z.B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.</p> 	<p>Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt liegt vor, wenn sich Arzt und Patient an einem Ort persönlich treffen und es bei diesem Treffen um die Krankheit des Patienten geht. Beispielsweise handelt es sich um einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, wenn ein Patient den Arzt in seiner Sprechstunde besucht, um sich von ihm behandeln zu lassen. Ist eine Kommunikation mit dem Patienten nicht möglich, liegt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann vor, wenn Arzt, Patient und Bezugsperson an einem Ort zusammen sind und der Arzt nur mit der Bezugsperson spricht.</p>
Anderer Arzt-Patienten-Kontakt	<p>Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde [...] und/oder mittelbaren Kontakt voraus. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt und Patient an demselben Ort voraus.</p> 	<p>Andere Arzt-Patienten-Kontakte sind alle nicht-persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte. Ein solcher liegt immer dann vor, wenn Arzt und Patient miteinander kommunizieren, ohne an demselben Ort zu sein, was z.B. beim Telefonieren oder im Rahmen einer Videosprechstunde der Fall ist. Weitere Beispiele hierfür sind Kontakte per Fax oder E-Mail. Auch wenn die Kommunikation über eine Bezugsperson läuft, der Patient bei dem Treffen nicht persönlich anwesend ist, spricht man von einem mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakt.</p>

Be- griff	Zitat aus den Allge- meinen Bestimmungen	Erläuterung
Altersklassen	<p>Die Verwendung der Begriffe Neugeborenes, Säugling, Kleinkind, Kind, Jugendlicher und Erwachsener ist an nachfolgende Zeiträume gebunden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag • Säugling ab Beginn des 29. Lebenstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat • Kleinkind ab Beginn des 2. Lebensjahres bis zum vollendeten 3. Lebensjahr • Kind ab Beginn des 4. Lebensjahres bis zum vollendeten 12. Lebensjahr • Jugendlicher ab Beginn des 13. Lebensjahres bis zum vollendeten 18. Lebensjahr • Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres 	<p>Der EBM hat für die Altersklassen klare Grenzen vorgegeben. Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersklasse ist das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme im Kalendervierteljahr.</p> 



Übungen:

1. Welche Informationen enthält der Bereich I des EBM?
2. Herr Wigand, versichert bei der AOK Rheinland/Hamburg, hatte im letzten Jahr folgende Termine bei Frau Dr. Söhnke wahrgenommen: am 22.2., am 14.3., am 15.4., am 21.10. und am 23.12. Um wie viele Behandlungsfälle handelt es sich?
3. Frau Kleisterbach erscheint am 8.4. zur Behandlung bei Herrn Dr. Helbig und legt eine Gesundheitskarte der Barmer vor. Am 21.5. erscheint die Patientin erneut zur Behandlung bei Herrn Dr. Helbig, legt aber eine Gesundheitskarte der DAK vor, da sie ihre Versicherung gewechselt hat. Wie viele Behandlungsfälle liegen vor?
4. Frau Ivanović erhält durch Dr. Söhnke am 25.10. eine Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung, die die Ärztin mit der GOP 01821 abrechnet. Die GOP 01821 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Wann darf Dr. Söhnke die GOP 01821 frühestens bei Frau Ivanović erneut abrechnen?
5. Der Internist Dr. Kindler ist sowohl als Vertragsarzt in seiner Praxis als auch als angestellter Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig. Der Patient Herr Kreiner besucht in einem Quartal Dr. Kindler einmal in dessen Arztpraxis und einmal im Medizinischen Versorgungszentrum. Um wie viele Behandlungsfälle, Arztfälle und Betriebsstättenfälle handelt es sich?
6. Unterscheiden Sie „persönliche“ und „andere Arzt-Patienten-Kontakte“.
7. Entscheiden Sie, ob in folgenden Fällen ein persönlicher oder ein anderer Arzt-Patienten-Kontakt vorliegt:
 - a) Dr. Söhnke spricht mit der Mutter die Therapie der 2-jährigen Melanie Bach ab, während Melanie im Raum anwesend ist.
 - b) Dr. Söhnke spricht mit der Mutter die Therapie der 2-jährigen Melanie Bach ab, während Melanie nicht im Raum anwesend, sondern zu Hause ist.