

**Abrechnungshinweise für
ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe
im Krankenhaus nach § 115b SGB V**

Einleitung

Ab dem 01.01.2004 bildet der „neue“ Vertrag nach § 115b SGB V die Grundlage für das ambulante Operieren im Krankenhaus. Die Abrechnung erfolgt auch im Jahr 2004 wie bisher in Form einer Einzelleistungsvergütung auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Obwohl mit dem neuen, dreiseitigen Vertrag Klarstellungen in einigen Grundsatzfragen erfolgt sind, können damit nicht sämtliche und zum Teil sehr unterschiedliche Auslegungen des EBM bei der Abrechnung einzelner Gebührenpositionen beseitigt werden.

Die DKG hat daher ausgewählte Gebührenpositionen geprüft und in den Gremien beraten. Die Prüfung erfolgte auf der Basis des ab 01.01.2004 gültigen dreiseitigen „Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ vom 07.07.2003 und der zweiseitigen „Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (RT-Vertrag) vom 23.03.1993. Der bisherige RT-Vertrag ist weiterhin bis zum 30.06.2004 gültig und bildet somit eine der Abrechnungsgrundlagen im ersten Halbjahr 2004.

Aufgrund des Vertragskonstruktes ist jedoch insbesondere der EBM entscheidend für die Klärung von Abrechnungsfragen zu den Gebührenpositionen. Für die folgenden Hinweise wurden die Dienstaufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Fassung vom 01.01.2003 sowie einschlägige Kommentare zum EBM herangezogen.

Da der EBM spezifisch für den Bereich der kassenärztlichen Versorgung ausgestaltet ist, können vereinzelte Gebührenpositionen nicht wortgetreu auf die Leistungsabrechnung nach § 115b SGB V durch das Krankenhaus angewendet werden. Die DKG hat in diesen Fällen nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung von Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten (BSG Urteil vom 11.04.2002; B3 KR 25/01 R) Lösungsvorschläge erarbeitet, die aus Gründen der Sachlogik am ehesten der gesetzlichen und vertraglichen Situation des Krankenhauses gerecht werden.

Es ist deutlich darauf hinzuweisen, dass die folgenden Abrechnungshinweise keine Rechtsverbindlichkeit haben. Die regionale oder kassenspezifische Abrechnungspraxis kann durchaus von diesen abweichen. Die Hinweise können jedoch eine Argumentationshilfe für die Krankenhäuser im Falle von abweichenden Interpretationen durch die Krankenkassen geben.

EBM Nr. 1 – Ordinationsgebühr

EBM Text Kapitel B I, Präambel Nr. 2:

2. Ordinationsgebühren, Konsultationsgebühr, Verwaltungsgebühr, Konsiliarpauschale

Die Ordinationsgebühr ist nur bei unmittelbarem persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt und nur einmal im Behandlungsfall (jeweils kurativ-ambulant oder belegärztlich) berechnungsfähig. Telefonische Inanspruchnahmen des Arztes oder persönliche Inanspruchnahmen, außer der mit der Ordinationsgebühr berechneten, können nur als Konsultationsgebühr abgerechnet werden. Wird im Behandlungsfall allein der Leistungsinhalt der Verwaltungsgebühr erbracht, kann dafür nur die Leistung nach Nr. 3 abgerechnet werden.

Die Leistungen nach den Nrn. 1, 2 und 3 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Bei Gruppenbehandlungen sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 2 und 3 nicht berechnungsfähig.

Mit der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 4 sind alle Leistungen abgegolten, die im Anhang zum EBM „Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen“ aufgeführt sind.

Erläuterung der KBV:

Die Ordinationsgebühr ist unabhängig von der Arztgruppe und vom Versichertenstatus des Patienten (M/F, R) einheitlich nach Nr. 1 zu berechnen. Bei Abrechnung der Nr. 1 führt die KV die jeweils zutreffende Vergütung (M/F, R) aus, so dass eine besondere Kennzeichnung durch den Arzt entfällt.

EBM Text Nr. 1 - Ordinationsgebühren

(Anmerkung: Ohne Regelungen für Psychiatrie/Psychotherapie)

1 Ordinationsgebühren, je Behandlungsfall

	Versichertengruppe	
	M/F	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte,		
Hausärztliche Internisten	265	475
Anästhesisten	340	555
Augenärzte	340	390
Chirurgen	285	285
Frauenärzte	190	190
HNO-Ärzte, Ärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	420	420
Dermatologen	195	265
Fachärztliche Internisten	235	300
Hausärztliche Kinderärzte	285	285
Fachärztliche Kinderärzte	200	200
Ärzte für Kinder- und Jugend- psychiatrie und -psychotherapie	60	110
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	325	265
Nervenärzte	130	130
Neurochirurgen	135	195
Neurologen	135	135
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	315	510
Ärzte für Psychiatrie und
Urologen	280	340
Ermächtigte Krankenhausärzte, nicht genannte Arztgruppen - außer den in den Allg. Best. B 5. aufgeführten - oder Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung	180	180
Notfallärzte, Ärzte im Notfalldienst, Notfallbehandlung	220	220

Die Notfallordinationsgebühr ist nicht neben der Konsultationsgebühr und in demselben Behandlungsfall nicht neben der Ordinationsgebühr berechnungsfähig.

Erläuterung der KBV:

Bei Berechnung der Nr. 1 auf dem Abrechnungsschein für den ärztlichen Notfalldienst führt die KV die Abrechnung der dafür einheitlich für alle Arztgruppen festgelegten Punktzahl aus.

Kommentierung

1. Ordinationsgebühren

Entsprechend der Präambel Bl.2. ist die Ordinationsgebühr nur bei unmittelbarem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechnungsfähig. Damit wird klargestellt, dass Auftragsleistungen sowie telefonische und mittelbare Konsultationen über die Ordinationsgebühr nicht berechnungsfähig sind. Hierfür kann ggf. die Konsultationsgebühr nach EBM Nr. 2 angesetzt werden.

2. Behandlungsfall

Der Behandlungsfall (im Sinne des EBM) wird im vertragsärztlichen Bereich in § 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für den (ehemaligen) Primärkassenbereich und in § 25 Ersatzkassenvertrag (EKV) definiert. Hiernach ist die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken ambulant zu Lasten derselben Kranken- bzw. Ersatzkasse vorgenommene Behandlung jeweils ein Behandlungsfall (Quartalsfall für die jeweiligen Vertragsärzte).

Die am Eingriff nach § 115b SGB V im Krankenhaus beteiligten Ärzte sind nicht als selbständige Vertragsärzte zu bewerten. Vielmehr wird der Eingriff als ambulante Krankenhausleistung erbracht. Dies hat zur Folge, dass die ambulante Operation nach § 115b SGB V als ein Behandlungsfall des Krankenhauses zu bewerten ist. Bei ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V im Krankenhaus umfasst ein Behandlungsfall den Eingriff aus dem Katalog sowie die prä-, intra-, und postoperativen Leistungen. Die Rechnung wird nicht am Ende eines Quartals erstellt, sondern nach Abschluss des ambulanten Behandlungsfalles.

Eine quartalsweise Einschränkung oder Abgrenzung kann daher der Sachlogik folgend keine Anwendung auf das Krankenhaus finden. Somit ist die Ordinationsgebühr nicht erneut abrechnungsfähig, wenn die Behandlungsepisode zufällig die Quartalsgrenze überschreitet. Entsprechend ist jedoch ein neuer Behandlungsfall gegeben, wenn innerhalb eines Quartals bei demselben Patienten ein weiterer Eingriff nach § 115b SGB V durchgeführt wird.

Mit § 7 Abs. 3 des AOP-Vertrages wurde klargestellt, dass die Anästhesie durch das Krankenhaus erbracht und abgerechnet werden kann, wenn eine (operative) Leistung nach § 115b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt durchgeführt wird. Bei dieser Konstellation hat die Definition des Behandlungsfalles für das Krankenhaus keine Auswirkung auf die Abrechnungsfähigkeit der Ordinationsgebühr. Hier ist jeder der beiden Leistungserbringer separat zu betrachten. Das Krankenhaus kann demzufolge die Ordinationsgebühr für die Anästhesie direkt mit der Krankenkasse und der Belegoperator die Gebühr für seine Fachrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen.

3. Arztgruppen

Die Punktzahlen der Ordinationsgebühr im EBM sind differenziert nach Arztgruppen bzw. Fachrichtungen unterschiedlich hoch.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 11. April 2002 klargestellt, dass Krankenhäuser bei ambulanten Operationen nach § 115b SGB V die facharztbezogene Ordinationsgebühr berechnen können. Der Interpretationsbeschluss Nr. 43 des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses vom 29.09.1999, nach dem Krankenhäuser auch bei § 115b SGB V Eingriffen den „Institutionen mit Einzelleistungsabrechnung“ zuzuordnen wären, ist durch das Urteil entkräftet worden. Bei ambulanten Leistungen nach § 115b SGB V handelt es sich nicht um Leistungen „ermächtigter Krankenhausärzte“, für die Einschränkungen bezüglich der Abrechnungsfähigkeit auch bei weiteren EBM-Positionen durch den EBM vorgenommen werden.

Die Einschränkung der einmaligen Abrechenbarkeit der Ordinationsgebühr auf den Behandlungsfall durch den EBM ist aufgrund der unterschiedlichen Falldefinitionen und der unterschiedlichen Anwendungskreise im Rahmen von Krankenhausleistungen nach § 115b SGB V nicht auf das Krankenhaus übertragbar. Insbesondere die Sonderregelung im EBM für Gemeinschaftspraxen ist nach Auffassung der DKG nicht auf die Krankenhäuser anzuwenden (Gemeinschaftspraxen können die Ordinationsgebühr nur einmal abrechnen).

Im KV-System agieren die Ärzte überwiegend als eigenständige Leistungserbringer, so dass jeder beteiligte Arzt eine Ordinationsgebühr abrechnen kann. Nur ein geringer Anteil der niedergelassenen Ärzte sind in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen organisiert. Da sich der Grundsatz der einheitlichen Vergütung an der Abrechnungspraxis im KV-System und nicht an den formalen Regelungen im EBM orientieren sollte, kann somit auch das Krankenhaus für jede beteiligte Fachrichtung eine Ordinationsgebühr in Rechnung stellen. Das oben genannte Urteil macht allerdings darüber keine konkrete Aussage.

4. Versichertengruppe

Die Bewertungshöhe der Ordinationsgebühr differenziert nach Versichertenstatus der Patienten bei ihrer jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse. Aufgeführt sind die Versichertengruppen Mitglieder / Familienversicherte und Rentner. Der Versichertenstatus kann dem Überweisungsschein des niedergelassenen Vertragsarztes oder der Krankenversicherungskarte entnommen werden.

Entsprechend der Erläuterungen der KBV werden diese Angaben zur Vereinfachung der Abrechnung bei Abrechnung innerhalb des KV-Systems durch die KV ergänzt. Aufgrund der Rechnungsstellung (mit Rechnungssumme) durch das Krankenhaus an die zuständige Krankenkasse müssen diese Angaben durch das Krankenhaus bereits bei der Rechnungsstellung berücksichtigt werden.

EBM Nr. 2 – Konsultationsgebühr

EBM Text

2 Konsultationsgebühr**50 Punkte**

- Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte, Ärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Dermatologen
- Fachärztliche Internisten
- Hausärztliche Kinderärzte
- Fachärztliche
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen
- Neurochirurgen
- Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Urologen
- Notfallärzte, Ärzte im Notfalldienst, Notfallbehandlung

Unbeschadet der Allgemeinen Bestimmungen B 5. können Ärzte aus nicht in Nr. 2 aufgeführten Arztgruppen - einschl. ermächtigter Krankenhausärzte - unabhängig von ihrer Gebietsbezeichnung die Nr. 2 jeweils nur in den Fällen abrechnen, in denen während des gesamten Behandlungsfalles nur telefonische Arzt-Patienten-Kontakte als alleinige Leistungen stattgefunden haben oder in denen sie im Behandlungsfall allein Auftragsleistungen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt erbracht haben.

Die Konsultationsgebühr nach Nr. 2 ist für alle telefonischen und für alle mittelbaren Arzt-Patienten-Kontakte oder für die unmittelbaren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte berechnungsfähig, für die nicht die Ordinationsgebühr nach Nr. 1 berechnet worden ist.

Neben Ordinationsgebühren, Leistungen des Abschnitts F V (Dialyse) und in kurativ-stationären (belegärztlichen) Fällen ist die Konsultationsgebühr nicht berechnungsfähig.

Bei Gemeinschaftspraxen zwischen Ärzten verschiedener Arztgruppen ist die Konsultationsgebühr nur berechnungsfähig, wenn mindestens ein Arzt den unter Nr. 2 aufgeführten Arztgruppen angehört.

Ermächtigte Krankenhausärzte gelten unabhängig von ihrer Gebietsarztbezeichnung als eigene Arztgruppe entsprechend der Regelung zur Ordinationsgebühr nach Nr. 1.

Bei Ausführung von Auftragsleistungen können ermächtigte Krankenhausärzte die Konsultationsgebühr Nr. 2 zusätzlich berechnen.

Erläuterung der KBV:

Für folgende Arztgruppen ist die Konsultationsgebühr in der Ordinationsgebühr oder der Konsiliarpauschale enthalten und deshalb - außer bei alleiniger telefonischer Inanspruchnahme im Behandlungsfall - nicht berechnungsfähig: Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendpsychotherapie, Nervenärzte, Neurologen, Nuklearmediziner, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin oder Ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Ärzte für Pathologie, Ärzte für Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Ärzte für Strahlentherapie und Fachambulanzen mit Dispensaireauftrag nach § 311 Abs. 2 S. 1 SGB V und weitere in der Leistungslegende zu Nr. 2 nicht genannte Arztgruppen.

Kommentierung**1. Konsultation**

In der Leistungsbeschreibung wird klargestellt, dass mit dieser Gebühr nicht nur die unmittelbaren Arzt-Patienten-Kontakte abrechnungsfähig sind, für die keine Ordinationsgebühr abgerechnet wurde, sondern auch alle mittelbaren und telefonischen Kontakte. Ein mittelbarer Kontakt besteht bspw. bei einem Kontakt mit der Mutter bei der Behandlung eines Kindes.

2. Arztgruppen

Die Konsultationsgebühr ist für alle Arzt-Patienten-Kontakte berechnungsfähig, für die nicht die Ordinationsgebühr berechnet worden ist. Ebenso wie bei der Ordinationsgebühr ist das Urteil des BSG vom 11.04.2002 auch bei der Abrechnung der Konsultationsgebühr zu beachten. Nach dem Grundsatz der Gleichstellung der Krankenhäuser mit niedergelassenen Fachärzten kann die Konsultationsgebühr somit für alle beteiligten Fachrichtungen in Ansatz gebracht werden, die in der Leistungsbeschreibung der EBM Nr. 2 aufgeführt sind.

3. Erneute Konsultation am selben Tag

Bei mehr als einer Inanspruchnahme des Arztes an demselben Tag kann nur dann die Konsultationsgebühr zusätzlich zur Ordinationsgebühr oder die Konsultationsgebühr mehr als einmal berechnet werden, wenn die erneute Inanspruchnahme durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles bedingt war (Allgemeine Bestimmungen zu Kapitel B EBM). In der kassenärztlichen Versorgung bedeutet dies, dass der Patient sich aufgrund der Erkrankung erneut in der Praxis vorgestellt hat bzw. ein Hausbesuch erforderlich wurde.

Mit dieser Bestimmung des EBM wird die Abrechnung von mehr als einem Arzt-Patienten-Kontakt am gleichen Tag eingeschränkt. Die wiederholte Konsultation muss in der Beschaffenheit des Krankheitsfalles begründet sein. Denkbar wäre im Rahmen von Krankenhausleistungen nach § 115b SGB V bspw. eine Wiedervorstellung am gleichen Tag aufgrund von Komplikationen im Nachgang zu einer ambulanten Operation. Die Konsultationsgebühr ist hingegen am gleichen Tag nicht erneut abrechnungsfähig, wenn die Folgekontakte auf organisatorische Ursachen zurückzuführen sind.

EBM Nr. 5 – Nacht-, Wochenend-, Feiertagsgebühren

EBM Text

5 Gebühr für eine Inanspruchnahme des Arztes durch einen Patienten

300 Punkte

- zwischen 20 und 8 Uhr
- zwischen 8 und 20 Uhr für Besuche, Visiten und Notfallbehandlungen an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember
- für einen Besuch oder eine Visite mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit

Die Gebühr ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 8 oder nach 20 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.

Neben Besuchen nach Nr. 32 ist die Gebühr nach Nr. 5 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung

1. Sprechstunden

Das BSG hat am 20. Dezember 1995 geklärt, dass im Rahmen der Notfallbehandlung eine Dienstbereitschaft während der Nachtzeiten nicht mit dem Abhalten einer Sprechstunde gleichgestellt werden kann, da die Vorhaltung einer Notfallambulanz auch im Krankenhaus mit einem erhöhten Aufwand verbunden ist. Dies gilt sinngemäß auch für das ambulante Operieren in den in der Leistungsbeschreibung genannten Zeiträumen.

Gemäß § 2 Abs. 2 des dreiseitigen Vertrages nach § 115b SGB V (AOP-Vertrag) ist der Zeitpunkt des Beginns der Behandlung – sofern keine stationäre Aufnahme erfolgt – für die Qualifizierung eines geplanten ambulanten Eingriffs, der nicht im Rahmen eines Notfalls erfolgt, unerheblich. Diese Regelung stellt lediglich klar, dass Eingriffe nach § 115b SGB V durch das Krankenhaus auch zu den in der Leistungsbeschreibung definierten Zeiten erbracht und auch abgerechnet werden können.

Die Leistungslegende des EBM schließt die Berechnungsfähigkeit der EBM Nr. 5 im konkreten Fall allerdings aus, wenn der Patient zu den genannten Zeiten einbestellt wurde.

2. Notfallbehandlung

Ist im Anschluss an die Notfallbehandlung eine Operation erforderlich, kann diese vom Krankenhaus – sofern die Vorgaben des § 115b SGB V sowie der Verträge erfüllt werden – auch ambulant erbracht und abgerechnet werden (zur Begründung siehe allgemeine Hinweise).

Da es sich bei dieser Konstellation um eine ambulante Operation nach § 115 b SGB V handelt, für die der Patient nicht gezielt zu den angegebenen Zeiten einbestellt wurde, kann die EBM-Ziffer 5 abgerechnet werden.

EBM Nr. 17 – Intensive ärztliche Beratung und Erörterung

EBM Text

17 Intensive ärztliche Beratung und Erörterung**300 Punkte**

zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und fremdanamnestischen Angaben

Dauer mindestens 10 Minuten

Kommentierung

Die Leistungsbeschreibung dieser Gebührensiffer bezieht sich auf eine intensive Beratung bei Erkrankungen, die nachhaltig „lebensverändernd oder lebensbedrohend“ sind.

Das Sozialgericht München hat in seinen Entscheidungen vom 05.10.1990 eine „nachhaltig lebensverändernde“ Erkrankung dahingehend interpretiert, dass diese „durch einen chronischen Verlauf, eine ungünstige oder unabänderliche Prognose dazu zwingt, über schwerwiegende Konsequenzen im familiären, beruflichen oder gesellschaftlichen Leben nachzudenken und ggf. tiefgreifende Änderungen in der Lebensplanung und -gestaltung vorzunehmen“. Neben dieser Erläuterung der Leistungsinhalte ergibt sich aus dem Urteil auch, dass der Gegenstand der intensiven Beratung und Erörterung die (potentiellen) Auswirkungen der Erkrankung und deren Bewältigung sein muss, d.h. es muss sich um ein in die Zukunft gerichtetes Gespräch handeln.

Die Sichtweise des Urteils lässt erkennen, dass die Leistungsbeschreibung bei Eingriffen nach § 115b SGB V nur in begründeten Fällen erfüllt sein dürfte. Ein genereller Ausschluss der Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenposition lässt sich daraus allerdings nicht ableiten.

EBM Nr. 42 – Konsiliarische Erörterung

EBM Text

42 Konsiliarische Erörterung**80 Punkte**

zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten in demselben Quartal erhobenen Befunde, höchstens zweimal im Behandlungsfall.

Kommentierung

Im Kontext mit der nachfolgend kommentierten Gebührensnummer 44 betrachtet erhält die Nummer 42 bei einer konsiliarischen Erörterung des Krankenhausarztes mit einem nicht zum Krankenhaus gehörenden Arzt Relevanz. Hierbei kann es sich bspw. um eine Erörterung mit dem Haus- oder dem überweisenden Facharzt handeln.

Das BSG hat in einem Urteil vom 18. Februar 1970 ein Konsilium wie folgt interpretiert: „Ein Konsilium ist nach ärztlichem Sprachgebrauch die Besprechung zweier oder mehrerer Ärzte nach vorausgehender Untersuchung des Kranken zwecks Stellung der Diagnose oder Festlegung des Heilplans, nicht aber die bloße Erkundigung eines Arztes bei einem anderen Arzt nach bestimmten Ergebnissen aus dessen Behandlung.“

Hieraus folgt, dass die Erörterung nach Nr. 42 nur berechnungsfähig sein kann, wenn die am Konsilium beteiligten Ärzte jeweils mindestens einen Kontakt mit dem Patienten hatten. Denkbar wäre bspw. die Besprechung eines Krankenhausarztes mit einem externen Arzt im Nachgang zu einer präoperativen Untersuchung durch den Krankenhausarzt, um die hieraus resultierenden Erkenntnisse abzustimmen.

Im Falle einer separaten Erbringung und Abrechnung der Anästhesie durch das Krankenhaus nach § 7 Abs. 3 des AOP-Vertrag bei einer Operation durch einen Belegarzt ist zu beachten, dass die übliche Beratung zwischen Operateur und Anästhesisten oder mehreren an der Operation beteiligten Ärzten vor der Operation kein gesondert berechnungsfähiges Konsilium darstellt, sondern als unselbständige Teilleistung der Operation bzw. der Anästhesie zu bewerten ist. Das gleiche gilt für eine Besprechung nach Beendigung bzw. im Anschluss an eine Operation (vgl. Handkommentar zum EBM; Wezel / Liebold).

Die Leistungsbeschreibung des EBM sieht eine Begrenzung auf zwei Konsilien je Behandlungsfall vor. Wie in der Kommentierung zur EBM Nr. 1 erläutert, ist als Behandlungsfall des Krankenhauses der Eingriff aus dem Katalog nach § 115b SGB V, einschließlich der prä-, intra- und postoperativen Leistungen zu werten. Eine Abgrenzung aufgrund eines zufälligen Quartalswechsels erfolgt demnach nicht.

EBM Nr. 44 – Konsiliarische Erörterung innerhalb einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis

EBM Text

44 Konsiliarische Erörterung

50 Punkte

zwischen zwei oder mehr Ärzten/Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken in demselben Quartal erhobenen Befunde, einmal im Behandlungsfall.

Konsilien zwischen Ärzten derselben Gebietsbezeichnung oder Hausärzten sind nicht berechnungsfähig, wenn sie Mitglieder derselben Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis sind. Für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen ist die Leistung nach Nr. 44 nur für die Erörterung mit einem ärztlichen Mitglied der selben Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis berechnungsfähig.

Kommentierung

Die Abrechnungsmöglichkeiten für Konsilien zwischen Ärzten des Krankenhauses und externen Ärzten wird unter EBM Nr. 42 erläutert. Im Unterschied zur Nr. 42 regelt die Nr. 44 die Abrechnung von Konsilien innerhalb einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis. Zu beachten ist, dass gemäß der Leistungslegende Konsilien zwischen Ärzten derselben Gebietsbezeichnung nicht berechnungsfähig sind. Es ist demzufolge nicht möglich, ein Konsilium bspw. zwischen zwei Chirurgen in Rechnung zu stellen. Auch ist die übliche Beratung zwischen Operateur und Anästhesisten analog zur EBM Nr. 42 nicht als Konsilium einzustufen.

Die Leistungsbeschreibung bezieht neben Gemeinschaftspraxen auch gezielt Praxisgemeinschaften ein, in denen die einzelnen Vertragsärzte als selbständige Leistungsanbieter agieren. Die Abrechnungsmöglichkeit der EBM Nr. 44 ist somit ungeachtet der Gleichstellungsproblematik mit den jeweiligen Arztgruppen auch für das Krankenhaus gegeben. Im Umkehrschluss entspricht demnach die Leistungsbeschreibung der EBM Nr. 42 am ehesten einer Besprechung zwischen Krankenhausarzt und einem externen Arzt.

Die Einschränkung auf eine einmalige Abrechenbarkeit je Behandlungsfall ist auch bei der EBM Nr. 44 zu beachten. Wie in der Kommentierung zur EBM Nr. 1 erläutert, ist für das Krankenhaus der Eingriff aus dem Katalog nach § 115b SGB V einschließlich der prä-, intra- und postoperativen Leistungen als ein Behandlungsfall zu interpretieren. Eine Abgrenzung und erneute Abrechnungsmöglichkeit aufgrund eines zufälligen Quartalswechsels erfolgt demnach nicht.

Die Konsiliargebühr kann jedoch von jedem der beteiligten Ärzte mit unterschiedlicher Gebietsbezeichnung abgerechnet werden. Übertragen auf das Krankenhaus kann ein Konsilium nach Nr. 44 somit für jede beteiligte Fachrichtung in Rechnung gestellt werden.

EBM Nr. 46 – Ärztlicher Beistand eines Vertragsarztes

EBM Text

46 Beistand eines Vertragsarztes**900 Punkte**

bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes, je vollendete halbe Stunde

Neben der Leistung nach Nr. 46 sind außer der Nr. 50 und, ggf. zusätzlich die Gebühr nach Nr. 5, keine weiteren Leistungen berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nr. 46 ist auch für die ärztliche Assistenz durch Gemeinschaftspraxispartner berechnungsfähig

Kommentierung

Mit § 115b SGB V wird die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte beim ambulanten Operieren vorgegeben. Dies wurde durch das Urteil des BSG vom 11.04.2002 zur Abrechenbarkeit der Ordinationsgebühr bestätigt.

Die Leistungsbeschreibung der EBM Nr. 46 stellt im Unterschied zur EBM Nr. 51 auf die Assistenz (Beistand) durch einen weiteren Vertragsarzt ab, während sich Nr. 51 auf die Assistenz durch einen Nichtvertragsarzt bezieht. Für die Abgrenzung der Leistungsziffern Nr. 46 und 51 stellt sich somit die Frage, welche Krankenhausärzte im Falle einer Assistenz einem Vertragsarzt im Sinne der Abrechnung gleichzusetzen sind.

Ein Vertragsarzt im niedergelassenen Bereich ist nach § 4 Abs. 1 Ärzte-ZV in das Arztregister einzutragen. Hierfür ist gemäß § 3 Abs. 2 Ärzte-ZV die Approbation als Arzt sowie u.a. eine anerkannte Weiterbildung in einem Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung Voraussetzung. Übertragen auf das Krankenhaus entspricht diese Definition am ehesten der Qualifikation eines Facharztes. Voraussetzung für die Abrechnung ist allerdings analog den Ausführungen zur EBM Nr. 51 die Notwendigkeit einer ärztlichen Assistenz.

Zu beachten ist ferner, dass die Leistungsbeschreibung der Nr. 46 abweichend zur Nr. 51 keine Einschränkung für bestimmte Leistungen (zuschlagsberechtigte Operationen) enthält. Der Ausschluss weiterer Leistungen neben der Nr. 46 in der Textierung bezieht sich lediglich darauf, dass für den zweiten Facharzt nicht nochmals die operative Leistung oder die Ordinationsgebühr abgerechnet werden kann.

EBM Nr. 51 – Assistenz durch einen Arzt (Nichtvertragsarzt)

EBM Text

51 Assistenz durch einen Arzt**350 Punkte**

der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen, je vollendete halbe Stunde

Die Assistenz nach Nr. 51 kann nur berechnet werden

- für ambulante operative Leistungen mit Berechtigung zur Abrechnung der Zuschläge nach den Nrn. 81 bis 87, 111, 184, 188 oder 198
- für belegärztliche operative Leistungen, die mit mindestens 600 Punkten bewertet sind.
- für Leistungen nach den Nrn. 5120 und 5122.

Kommentierung

Diese Gebührensnummer beschreibt die Assistenz durch einen Arzt, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei einer Operation durch einen Vertragsarzt.

Wie in der Kommentierung zur EBM Nr. 46 begründet, ist der operierende Vertragsarzt am ehesten einem Facharzt im Krankenhaus gleichzustellen. Entsprechend wäre die Assistenz eines Nichtvertragsarztes im KV-System am ehesten mit der Assistenz durch einen Krankenhausarzt ohne Facharztbezeichnung (bspw. Arzt in der Weiterbildung) zu vergleichen. Mit der Gebührensnummer 51 kann demnach im Krankenhaus die ärztliche Assistenz eines Nichtfacharztes abgerechnet werden.

Die Berechnungsfähigkeit der EBM Nr. 51 ist allerdings auf zuschlagsberechtigte ambulante Operationen sowie die Leistungen nach 5120 und 5122 beschränkt. Dies führt dazu, dass eine Assistenz bei Leistungen, für die im EBM keine Zuschläge (mit den aufgeführten Nrn.) ausgewiesen sind, nicht nach der Nr. 51 abgerechnet werden kann.

Wie auch bei anderen Gebührensnummern, ist eine systematische Streichung dieser Abrechnungsposition durch die Krankenkassen nicht rechtskonform. Es ist vielmehr die tatsächliche Erforderlichkeit einer Assistenz im Einzelfall ausschlaggebend für die Abrechnungsfähigkeit.

EBM Nr. 60 – Erhebung Ganzkörperstatus

EBM Text

60 Erhebung des Ganzkörperstatus	320 Punkte
---	-------------------

einschl. orientierender Untersuchung des ZNS und der Sinnesorgane, einschl. Befragung, Beratung und Dokumentation, für die Gebiete

- Allgemeinmedizin (Praktische Medizin)
- Innere Medizin
- Kinderheilkunde

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig neben den Leistungen nach den Nrn. 13, 63 bis 69, 100, 139, 140, 142 bis 149, 157 bis 162, 165, 166, 171, 173, 180, 181, 190, 192, 800, 801, 820, 821, 841, 850, 860, 861, 953, 955 und 990.

Die Begrenzung der Berechnung der Leistung nach Nr. 60 auf einmal im Behandlungsfall findet bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr keine Anwendung.

Kommentierung

Der Leistungsumfang zur „Erhebung des Ganzkörperstatus“ enthält die Untersuchung aller Organsysteme (Handkommentar zum EBM; Wezel / Liebold). Die Abrechnungsmöglichkeit wird durch die Leistungsbeschreibung der Nr. 60 auf die genannten, konservativen Fachgebiete eingeschränkt. Operative Fachgruppen können diese EBM-Position nicht in Rechnung stellen.

Zum 01.01.2004 wurden mit den stationsersetzenden Eingriffen auch Leistungen in den Katalog nach § 115b SGB V aufgenommen, die konservative Fachdisziplinen betreffen (bspw. Innere Medizin). Insofern wäre eine Rechnungsrelevanz denkbar. Auch bei Erbringung durch die aufgeführten Fachgruppen ist jedoch der Leistungsumfang der Gebührenposition und grundsätzlich die medizinische Notwendigkeit zu beachten. Eine Abrechnung der EBM Nr. 60 nach § 115 b SGB V ist dennoch im konkreten Einzelfall nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

EBM Nr. 63 bis 66 – Beobachtung und Betreuung

EBM Text

B IV. Ambulante postoperative und tagesklinische Betreuung

Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit,

- nach zuschlagsberechtigten Operationen (Nrn. 81 bis 87, 188, 198) oder bei Eingriffen nach den Nrn. 96 bis 98, bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien/Narkosen (Nrn. 90, 186, 194)
- unter Schmerztherapie nach den Nrn. 443 oder 449
- nach ESWL nach Nr. 1860

oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. inkurables Malignom, AIDS) in der Praxis unter parenteraler Behandlung mittels Kathetersystem (peridural, zentralvenös, arteriell, Port)

EBM Nr. 63 **mehr als 2 Stunden** **900 Punkte**

EBM Nr. 64 **mehr als 4 Stunden** **1400 Punkte**

EBM Nr. 65 **mehr als 6 Stunden** **1900 Punkte**

EBM Nr. 66 **mehr als 12 Stunden** **2500 Punkte**

Neben den Leistungen nach den Nrn. 63 bis 66 sind die Leistungen nach den Nrn. 278 und 279 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nrn. 64 bis 66 sind neben der Leistung nach Nr. 443 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung

Die Gebührensätze 63 bis 66 sind abrechnungsfähig, wenn der Patient nach einem Eingriff mehr als 2 Stunden beobachtet und betreut wurde. Weiterhin muss im EBM ein Zuschlag für die ambulante Erbringung der Operation vorhanden sein. Daher können bei Leistungen, die zum 01.01.2004 neu in den Katalog aufgenommen wurden und für die keine Zuschläge im EBM aufgeführt werden, die Nrn. 63 bis 66 nicht berechnet werden.

Neben der (nach EBM) zuschlagsberechtigten Operation ist ferner auch die Durchführung einer zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesie/Narkose (Nrn. 90, 186, 194) für die Abrechnung der postoperativen Betreuung erforderlich. Lediglich wenn alle Voraussetzungen der Leistungsbeschreibung erfüllt sind, kann eine der Gebührenpositionen 63 bis 66 in Rechnung gestellt werden. So kann die postoperative Betreuung bspw. bei einer Operation in Lokalanästhesie durch den Operateur (EBM Nr. 451) nicht abgerechnet werden, selbst wenn für die Operation ein Zuschlag im EBM aufgeführt ist.

EBM Nr. 74 – Ärztlicher Kurzbericht

EBM Text

74 Kurzer ärztlicher Bericht**40 Punkte**

über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung

Neben den Leistungen nach den Nrn. 155, 168, 4900 bis 4965 ist die Leistung nach Nr. 74 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung

Voraussetzung für die Abrechnung dieser Gebührensnummer ist laut Leistungsbeschreibung die Durchführung einer Patientenuntersuchung. Auf diese muss sich der kurze ärztliche Bericht beziehen. Des Weiteren muss der Bericht an einen weiteren (krankenhausexternen) Arzt gerichtet sein.

Die Leistungen im Katalog nach § 115b SGB V betreffen überwiegend keine „Patientenuntersuchung“ im Sinne des EBM. Der EBM unterscheidet lediglich zwischen „Patientenuntersuchung“ und „Probenuntersuchung“. In der niedergelassenen Praxis betreffen beide Formen der Untersuchung gewöhnlich nur Teile einer Behandlungs- oder Diagnostikkette, über deren Ergebnisse ein weiterer Arzt unterrichtet wird.

Die Katalogleistungen betreffen dagegen überwiegend geschlossene Behandlungsepisoden. Im Einzelfall kann jedoch auch die Katalogleistung als Hauptleistung eine Patientenuntersuchung darstellen. Beispielhaft wäre hier die Koloskopie (EBM Nr. 760 und 764) zu nennen.

Sofern neben einer Operation nach § 115 b SGB V als Hauptleistung eine Untersuchung bspw. prä- oder postoperativ erforderlich ist und ein externer Arzt über die Untersuchung unterrichtet werden muss, kann für diesen Bericht die EBM Nr. 74 abgerechnet werden. Der ärztliche Bericht entspricht in diesem Falle auch dann der Leistungsbeschreibung der EBM Nr. 74, wenn er zusätzlich Informationen nach § 8 des AOP-Vertrages enthält.

Gemäß § 8 des AOP-Vertrages ist dem Versicherten im Nachgang eines Eingriffs nach § 115b SGB V eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Reha-Maßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen.

Die Leistungsbeschreibung der Nr. 74 entspricht nicht dem Wortlaut dieser Kurzinformation nach § 8 AOP-Vertrag. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass ein „reiner“ OP-Bericht ohne zusätzliche Angaben, weder den Vorgaben des § 8 AOP-Vertrag entspricht noch nach EBM zusätzlich abrechnungsfähig ist. Der OP-Bericht ist in der EBM-Systematik mit der operativen Leistung abgegolten. Weitere Erläuterungen finden sich in der Kommentierung der EBM Nr. 75 (Brief ärztlichen Inhalts).

EBM Nr. 75 – Brief ärztlichen Inhalts

EBM Text

75 Brief ärztlichen Inhalts**80 Punkte**

in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten (Anamnese, Befunde, epikritische Bewertung, ggf. Therapieempfehlung)

Kommentierung

Im Unterschied zur EBM Nr. 74 stellt Nr. 75 nicht auf eine Patientenuntersuchung ab, so dass sich die unter Ziffer 74 dargestellte Problematik des Begriffs „Patientenuntersuchung“ hier nicht stellt.

Briefe, die im Schreibautomaten aus standardisierten Textbausteinen zusammengestellt werden, genügen dem Leistungsinhalt der EBM Nr. 75 in der Regel nicht. Der Brief sollte daher individuell formuliert sein, d.h. eine Erstellung durch Vordrucke o.ä. ist nicht möglich.

Des Weiteren umfasst die Leistungsbeschreibung eine Anamnese, einen Befund sowie eine epikritische Bewertung. Die Entscheidung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 04.09.1996 führt dazu aus: „Nach eindeutigem Wortlaut der Leistungslegende ist die Nr. 75 aber nur erfüllt, wenn der Brief eine Anamnese enthält.“ Entsprechend ist diese Entscheidung auf die Befunde und insbesondere auch die epikritische Bewertung als Leistungsinhalte der EBM Nr. 75 zu übertragen.

Gemäß § 8 des AOP-Vertrages ist dem Versicherten im Nachgang eines Eingriffs nach § 115b SGB V eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Reha-Maßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen.

Auch die Leistungsbeschreibung der Nr. 75 ist nicht identisch mit den Inhalten der Kurzinformation nach § 8 AOP-Vertrag. Es ist auch hier darauf hinzuweisen, dass ein „reiner“ OP-Bericht ohne zusätzliche Angaben, weder den Vorgaben des § 8 AOP-Vertrag entspricht noch nach EBM zusätzlich abrechnungsfähig ist. Der OP-Bericht ist mit der operativen Leistung abgegolten.

Unabhängig von den Inhalten des § 8 AOP-Vertrag ist eine Berechnung der EBM Nr. 75 berechtigt, wenn der Arztbrief der Leistungsbeschreibung der EBM Position entspricht. Der Arztbrief sollte daher neben den Informationen gemäß § 8 AOP-Vertrag auch eine Anamnese und Epikrise enthalten, um die Abrechnungsfähigkeit der EBM Nr. 75 zu gewährleisten. Die Leistungsbeschreibung der EBM Nr. 75 wird durch die Vorgaben des § 8 AOP-Vertrages mit Ergänzung einer Anamnese und Epikrise erfüllt.

EBM Nr. 463 – Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose

EBM Text

463 Fortsetzung einer Anästhesie/Narkose**450 Punkte**

nach Nr. 462, je vollendete weitere 15 Minuten

Die Leistung nach Nr. 462, ggf. Nr. 463 - ausgenommen die Plexusanästhesie oder die intravenöse Regionalanästhesie - kann von dem die Narkose/Anästhesie ausführenden Arzt nur dann berechnet werden, wenn er die Narkose/Anästhesie während ihrer gesamten Dauer geleitet hat. Für den Operateur sind - von Notfällen abgesehen - diese Leistungen, mit Ausnahme der Plexusanästhesie oder der intravenösen Regionalanästhesie, nicht berechnungsfähig.

Kommentierung

Gemäß der Leistungslegende kann die EBM Nr. 463 nur in Verbindung mit einer Anästhesie/Narkose nach EBM Nr. 462 abgerechnet werden.

Die EBM Nr. 462 ist ansatzfähig für eine Plexusanästhesie, eine Spinal- oder Periduralanästhesie, eine intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität oder eine Kombinationsnarkose (mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation). Mit der Gebührenziffer 462 ist eine Anästhesie von bis zu 30 Minuten Dauer abgegolten.

Die Fortsetzung der Anästhesie nach diesen 30 Minuten muss mindestens 15 Minuten dauern, um die EBM Nr. 463 in Rechnung zu stellen. Die Gebührenposition Nr. 463 kann dann für jede weiteren vollendeten 15 Minuten auch mehrfach berechnet werden.

Da sich der Anwendungskreis des EBM primär auf die Honorierung von ärztlichen Leistungen bezieht, ist die Anästhesiezeit für die Zeitvorgaben der EBM Nrn. 462 und 463 als die Zeitspanne zu interpretieren, in der die Anästhesie/Narkose ununterbrochen unter ärztlicher Leitung steht. Die Zeitangaben sollten daher nicht mit der Narkosezeit im engeren Sinne wie bspw. der Ein-/Ausleitungszeit verwechselt werden.

Grundsätzlich sind sämtliche Leistungen, die medizinisch erforderlich sind und erbracht werden, auch bei Eingriffen nach § 115b SGB V abrechnungsfähig. Eine Begründungspflicht bei der Rechnungsstellung durch das Krankenhaus besteht weder aufgrund der Verträge zum ambulanten Operieren noch aufgrund des EBM als Abrechnungsgrundlage. Entsprechende Forderungen der Krankenkassen sind daher unbegründet. Ungeachtet dessen sollte aus der medizinischen Dokumentation ersichtlich sein, in welchem Zeitraum eine Anästhesie/Narkose unter ärztlicher Leitung durchgeführt wurde.

EBM Nr. 3450 – Laborgrundgebühr

EBM Text

3450 Laborgrundgebühr, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	15
Frauenärzte	15
Hautärzte	5
Kinderärzte	10
Nuklearmediziner	20
Strahlentherapeuten	10
Urologen	30
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	20
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
Angiologie	10
Endokrinologie	40
Gastroenterologie	15
Hämatologie und Onkologie	10
Kardiologie	10
Nephrologie	75
Pneumologie	10
Rheumatologie	60

Mit der Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 sind für die aufgeführten Arztgruppen die ärztlichen Leistungen des Kapitels O mit Ausnahme der Kosten für die laboratoriumsmedizinischen Analysen abgegolten. Diese Kosten sind nach den vertraglich vereinbarten Kostenbeträgen neben der Laborgrundgebühr oder für sich allein berechnungsfähig.

BMÄ und E-GO

Bei Gemeinschaftspraxen wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der beteiligten und in Nr. 3450 aufgeführten Ärzte errechnet.

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der entsprechenden in Nr. 3450

Kommentierung

Im Zuge der Überarbeitung des Kapitels O im EBM im Jahr 1999 wurde die Systematik des Laborteils grundlegend geändert. Für die Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen wurde die Honorierung ärztlicher Leistungen von den bei der Erbringung der Laborleistungen anfallenden Kosten getrennt. Die Honorierung der ärztlichen Leistungen ist seitdem weiterhin Bestandteil des EBM, die Kostenaufstellungen für die einzelnen Laborleistungen werden nach BMÄ und E-GO zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in den Anhängen zu Kapitel O vereinbart.

Die Leistungsbeschreibung der Nummer 3450 spricht von einem Ansatz je ambulanten kurativen Behandlungsfall, unabhängig davon, ob tatsächlich Laborleistungen veranlasst oder erbracht werden. Die Laborgrundgebühr entspricht somit nicht einer Vergütung für eine bestimmte und tatsächlich erbrachte Leistung, sondern vielmehr einer pauschalen Abschlagszahlung mit der Intention der Leistungssteuerung im KV-System. Durch die Abschlagszahlung soll dem niedergelassenen Arzt der Anreiz gegeben werden, Laborleistungen mengenmäßig nicht auszuweiten.

Aufgrund der gesetzlich vorgegebenen einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte muss auch diese Gebührensatz für den Krankenhausbereich

abrechnungsfähig sein, auch wenn keine Laborleistungen durchgeführt wurden. Der Interpretationsbeschluss Nr. 37 des EBM-Bewertungsausschusses, nach dem Krankenhäuser die Laborgrundgebühr im Rahmen von ambulanten Ermächtigungen nicht berechnen können, ist nicht auf die grundsätzliche Abrechenbarkeit der Ziffer im Rahmen des ambulanten Operierens übertragbar.

Voraussetzung für die Abrechnung der EBM Nr. 3450 ist gemäß der Textierung, dass eine der behandelnden Fachrichtungen in der Leistungslegende des EBM aufgeführt ist. Die für das ambulante Operieren im Krankenhaus relevanten Fachrichtungen Chirurgie und Anästhesie sind bspw. nicht genannt.

Ausgenommen von der Abrechnung dieser Ziffer sind weiterhin Überweisungsfälle mit Auftragsleistungen. Da ambulante Operationen im Krankenhaus jedoch eigenständige Behandlungsfälle des Krankenhauses darstellen, handelt es sich nicht um eine Auftragsleistung. Die Einschränkung im EBM ist im Rahmen von Eingriffen nach § 115b SGB V daher irrelevant.

In der Praxis wird die Abrechnung der Laborgrundgebühr durch die Krankenkassen des Öfteren abgelehnt. Dies ist aus den vorgenannten Gründen nicht begründet. Aufgrund der geringen Bewertung der Ziffer (Punkte) sollte das Krankenhaus allerdings abwägen, ob eine Auseinandersetzung mit den einzelnen Krankenkassen sinnvoll erscheint.

EBM Nr. 3452 – Wirtschaftlichkeitsgebühr Labor

EBM Text

3452 Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40
Anästhesisten	15
Chirurgen	10
Frauenärzte	30
Hautärzte	5
HNO-Ärzte	5
Kinderärzte	15
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5
Notfallärzte	5
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5
Nuklearmediziner	45
Radiologen	5
Strahlentherapeuten	20
Urologen	70
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
Angiologie	25
Endokrinologie	80
Gastroenterologie	35
Hämatologie und Onkologie	240
Kardiologie	20
Nephrologie	165
Pneumologie	20
Rheumatologie	130

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

Ausgenommen von der - für die Nrn. 3450 und/oder 3452 relevanten - Zählung der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle sind Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U - mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach Nrn. 7180, 7181 und 7215 - abgerechnet werden.

Kommentierung

Auch die Wirtschaftlichkeitsgebühr ist nach der Leistungsbeschreibung für die aufgeführten Fachrichtungen für jeden kurativ-ambulantem Behandlungsfall abrechnungsfähig, auch wenn keine Laborleistungen veranlasst oder erbracht werden. Auch sind hier die für das ambulante Operieren im Krankenhaus häufig relevanten Fachrichtungen Chirurgie und Anästhesie enthalten.

Die Intention dieser Abrechnungsziffer liegt aber in einer wirtschaftlichen Veranlassung oder Erbringung von Laborleistungen. Dies wird mit Hilfe einer Malusregelung, die in den Anhängen zu Kapitel O beschrieben wird, umgesetzt. Dadurch wird bei Überschreiten einer festgelegten, fachgruppenspezifischen Gesamtpunktzahl ein Abzug von den abgerechneten Punkten der Wirtschaftlichkeitsgebühr vorgenommen. Diese Malusregelung wurde für den niedergelassenen Bereich konzipiert und ist nicht auf das Krankenhaus anwendbar.

Nach dem Gleichbehandlungsgrundsatz müsste auch die Wirtschaftlichkeitsgebühr für Krankenhäuser abrechnungsfähig sein. Die Intention der Gebührensatznummer kann jedoch aufgrund der nicht anwendbaren Malusregelung nicht umgesetzt werden. Die

Sinnhaftigkeit des Ansatzes der Wirtschaftlichkeitsgebühr könnte daher in Frage gestellt werden.

Als Kompromiss bietet sich an, die Wirtschaftlichkeitsgebühr als „Honoraranteil“ der Laborleistung nur in Rechnung zu stellen, wenn auch tatsächlich Laborleistungen erbracht worden sind und abgerechnet werden. Allerdings wäre hierzu eine vorherige Absprache mit den Krankenkassen sinnvoll, um die Akzeptanz bei der Rechnungsstellung und -prüfung sicherzustellen.

EBM Nr. 3454 – Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin

EBM Text

3454 Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O

für bis zu 6000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O	65 Punkte
für den 6001. bis 12000. Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O	10 Punkte
für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O	2 Punkte

EBM Nr. 3456 – Grundpauschale für sonstige Arztgruppen

EBM Text

3456 Grundpauschale für Ärzte aus nicht in Nr. 3454 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung, je kurativ-ambulantem Überweisungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O

für bis zu 12000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O	15 Punkte
für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O	3 Punkte

Bei Gemeinschaftspraxen ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschalen nach den Nrn. 3454 und 3456 je beteiligten Arzt anzuwenden.

Bei Gemeinschaftspraxen zwischen den in den Nrn. 3454 und 3456 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach Nr. 3454 anzuwenden.

Die Leistungen nach den Nrn. 3450, 3454 und 3456 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Gemeinsame Kommentierung

Wie in den Ausführungen zu der Ziffer 3450 erläutert, handelt es sich bei Laborleistungen im Rahmen eines Eingriffs nach § 115b SGB V durch das Krankenhaus nicht um Auftragsleistungen. Dies wird aber durch die Leistungsbeschreibungen dieser beiden Gebührenziffern vorausgesetzt. Des Weiteren ist der parallele Ansatz der Ziffern 3450 (keine Auftragsleistungen), 3454 und 3456 (beides ausschließlich für Auftragsleistungen) ausgeschlossen.

Die Gebührennummern 3454 und 3456 können demzufolge im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V nicht abgerechnet werden.

Erstattung von Sachmitteln

Pauschalerstattungen nach Kapitel U des EBM

Mit den Gebührensatzungen nach Kapitel U werden verschiedene Sachmittel pauschal erstattet. In diesem Kapitel sind bspw. Pauschalerstattungen für Versandmaterial, die Versendung von Briefen und auch Sachmittel für Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen enthalten. Die Pauschalen werden nach BMÄ und E-GO zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vereinbart.

Die Leistungen nach § 115b SGB V werden gemäß § 7 Abs. 1 des AOP-Vertrages auf der Grundlage des EBM und ggf. des BMÄ und der E-GO vergütet. Durch die Ergänzung von BMÄ und E-GO im Vertragstext wurde klargestellt, dass neben dem EBM im engeren Sinne auch die Leistungen und Kapitel nach BMÄ oder E-GO Vergütungsgrundlage für Krankenhäuser im Rahmen von Leistungen nach § 115 b SGB V sind. Die Pauschalerstattungen nach Kapitel U sind somit auch für Krankenhäuser abrechnungsfähig.

Sachmittelpauschale nach § 6 des RT-Vertrages

Die zweiseitige „Vereinbarung zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V“ (RT-Vertrag) vom 23.03.1993 zwischen GKV und DKG wurde seitens der GKV zum 30.06.2004 gekündigt. Der RT-Vertrag ist jedoch weiterhin bis zum 30.06.2004 gültig und bildet somit eine der Abrechnungsgrundlagen im ersten Halbjahr 2004.

In § 6 des RT-Vertrages wurde eine pauschale Vergütung von Sachmitteln vereinbart, deren Vergütung nicht in den Honoraren nach EBM enthalten ist. Bspw. können die im KV-System vorhandenen Möglichkeiten der Finanzierung von Sachmitteln über Sprechstundenbedarfsvereinbarungen oder der Rezeptierungen von Arzneimitteln nicht im Rahmen von § 115 b SGB V auf das Krankenhaus ausgeweitet werden.

Text des § 6 des RT-Vertrages

§ 6 Pauschale nach § 8 Vertrages zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V (Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe)
(1) Die für die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus einschließlich der für die erforderlichen prä- und postoperativen Leistungen benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme nach § 6 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in Höhe von 10% vergütet, soweit sie nicht mit der Gebühr für ärztliche Leistungen abgegolten sind oder eine Abrechnung der besonderen Kosten für die entsprechende Leistung im EBM vorgesehen ist. Der Zuschlag wird bei einer gesamten Honorarsumme von mehr als EUR 127,82 auf 8% der gesamten Honorarsumme reduziert.
(2) Materialien nach Abs. 1 (Implantate und nichtionische Röntgenkontrastmittel) werden nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie EUR 25,56 im Einzelfall übersteigen.

Mit der Sachmittelpauschale nach § 6 RT-Vertrag werden die „benötigten Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe“

vergütet, „soweit sie nicht mit der Gebühr für ärztliche Leistungen abgegolten sind oder eine Abrechnung der besonderen Kosten für die entsprechende Leistung im EBM vorgesehen ist.“ Die Höhe der Pauschale beträgt 10 v.H. der gesamten Honorarsumme bis zu einer Honorarsumme von 127,82 € und 8 v.H. ab einer Honorarsumme von 127,83 €.

Die Bezugsgröße für die Berechnung der Sachmittelpauschale nach § 6 RT-Vertrag bildet die gesamte „Honorarsumme“. Nicht in die Bezugsgröße einzubeziehen sind allerdings Pauschalerstattungen nach EBM bzw. BMÄ / E-GO Kapitel U, da diese ausdrücklich und ausschließlich Sachkostenerstattungen darstellen. Ebenfalls nicht in die Bezugsgröße der Sachmittelpauschale einzubeziehen sind die nach Einzelaufwand in Rechnung zu stellenden Implantate (siehe unten) sowie der Erstattungsbeitrag für die Qualitätssicherung nach § 115 b SGB V.

Erstattung von Sachmitteln nach Einzelaufwand (§ 6 RT-Vertrag)

Implantate und nichtionische Röntgenkontrastmittel werden gemäß § 6 Abs. 2 des RT-Vertrages nach Einzelaufwand zusätzlich in Rechnung gestellt. Aus formaljuristischer Sicht stellt die Aufzählung dieser Artikelgruppen innerhalb der Klammern eine abschließende Liste dar. Auf die Erstattung weiterer Sachmittel besteht somit kein Rechtsanspruch auf Basis der derzeitigen Verträge auf der Bundesebene.

Obwohl die Erstattung von Implantaten eindeutig durch den RT-Vertrag geregelt ist und keinerlei Einschränkungen auf die Art des Implantates gemacht werden, versuchen vereinzelte Krankenkassen die Erstattung durch eigenwillige Interpretationen der Begriffe „Implantate“ und „Einzelaufwand“ zu verweigern. So werden bspw. bei Osteosynthesematerial die Kosten auf die „einzelnen“ Schrauben und Platten „heruntergebrochen“, so dass die abrechnungsrelevante Grenze von EUR 25,56 mit den einzelnen Komponenten nicht erreicht wird. Auch wird vorgebracht, dass es sich nur um ein Implantat handelt, wenn dieses „auf Dauer“ im Körper verbleibt.

Implantate sind gemäß des Klinischen Wörterbuches Pschyrembel die „zusammenfassende Bezeichnung für all jene Stoffe und Teile, die zur Erfüllung bestimmter Ersatzfunktionen für einen begrenzten Zeitraum oder auf Lebenszeit in den menschlichen Körper eingebracht werden. ... Als Ersatzfunktionen kommen vor allem die ... Unterstützung von Heilprozessen (z. B. Ruhigstellung einer Fraktur mittels Osteosynthese) ... in Betracht.“ Eine Osteosynthese wiederum ist die „operative Vereinigung reponierter Knochenfragmente“ mittels Nägeln, Platten, Schrauben oder Drähten. Somit ist nicht die einzelne Schraube oder Platte als isoliertes Implantat zu verstehen. Das Implantat besteht aus der Gesamtheit der eingesetzten Materialien.

Der Begriff „Einzelaufwand“ bezieht sich – verdeutlicht durch den Bezug auf den „Einzelfall“ – logischerweise auf den Aufwand für einen einzelnen Patienten bzw. für eine Operation.

Der Definition von Implantaten entsprechen auch Materialien wie bspw. „Netze“, die bei Leistenbruchoperationen verwendet werden.

Allgemeine Hinweise

Arztgruppen / Fachgebiete

Die Systematik des EBM ist auf den Anwenderkreis der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zugelassenen Vertragsärzte ausgerichtet. Ein Vertragsarzt agiert i.d.R. als freiberuflicher, eigenständiger Leistungsanbieter.

Aufgrund dieser EBM-Systematik können insbesondere die fachgebietsbezogenen EBM-Regelungen nicht wortgetreu auf das Krankenhaus als Leistungserbringer ambulanter Operationen nach § 115b SGB V angewendet werden. Sämtliche an der Behandlung beteiligten medizinischen Fachrichtungen sind Fachbereiche des Krankenhauses. Dies betrifft auch „interne Auftragsleistungen“, die vom Krankenhaus durchgeführt werden, wie bspw. Röntgen- oder Laboruntersuchungen.

Abgrenzung zur ambulanten Notfallbehandlung

Das Bundessozialgericht hat in einer Grundsatzentscheidung vom 24.5.1972 (Az: 3 RK 25/69) ausgeführt, dass eine Notfallbehandlung dann vorliegt, wenn ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Die ambulante Notfallbehandlung durch Krankenhäuser beruht auf § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V. Danach ist eine Inanspruchnahme von Nicht-Vertragsärzten nur in Notfällen möglich.

Diese auf die Akutversorgung ausgerichtete Definition lässt erkennen, dass ambulante Operationen nicht mit einer Notfallbehandlung gleichgesetzt werden können.

Die ambulante Notfallbehandlung betrifft primär die Beseitigung von akuten Gefahren für den Patienten. Die Notfallbehandlung ist kein regelmäßiges, planbares Angebot. Sie zielt auf dringliche Erstversorgung und gebotene Sofortmaßnahmen. Dem Patienten muss es unzumutbar sein, noch einen fachlich zuständigen Arzt aufzusuchen oder dorthin verwiesen zu werden. Nur in diesen Fällen kann die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Notfallambulanz des Krankenhauses eine Notfallvergütung beanspruchen. Dabei liegt ein Notfall für die Inanspruchnahme der Krankenhausambulanz nach dem o.g. Grundsatzurteil des BSG vom 24.5.1972 jedenfalls dann **nicht** vor, wenn die fragliche Behandlung objektiv auch durch einen Vertragsarzt möglich war. Dies gilt nach dem Grundsatz der Gleichstellung mit den Vertragsärzten auch für die nach dem Katalog nach § 115 b SGB V angemeldeten Leistungen eines Krankenhauses, da diese durch das Krankenhaus „objektiv“ durchgeführt werden können.

Die ambulante Notfallbehandlung ist stets nur die Erstversorgung. Die weitere ambulante Versorgung erfolgt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung oder durch das Krankenhaus in den Grenzen der rechtlichen Möglichkeiten wie bspw. dem ambulanten Operieren nach § 115b SGB V.

Ein deutlicher Indikator dafür, dass der Leistungsumfang einer Behandlung nach § 115b SGB V wesentlich über den einer ambulanten Notfallbehandlung hinausgeht, lässt sich aus der Höhe der Vergütung ableiten. Die im Vergleich zu der Bewertung

ambulanter Operationen i.d.R. sehr niedrigen Pauschalvergütungen für die ambulante Notfallbehandlung sind auch unter einer Durchschnittsbetrachtung nicht für den Leistungsumfang einer Behandlung nach § 115b SGB V ausgelegt.

Weiterhin haben die Vertragspartner auf der Bundesebene im Einvernehmen auch Leistungen zur „Einrichtung von Frakturen“ zum 01.01.2004 in den Katalog nach § 115 b SGB V aufgenommen. Diese Art der Versorgung von Frakturen ist in der Regel direkt im Anschluss an die Erstversorgung eines ambulanten Notfalls und der Bestätigung der Diagnose zwingend erforderlich. Aus der einvernehmlichen Aufnahme dieser Leistungen in den Katalog lässt sich eindeutig schließen, dass auch den Krankenkassen (zumindest auf Bundesebene) bewusst ist, dass ein ambulanter Eingriff nach § 115b SGB V nicht mit der Vergütung für ambulante Notfälle abgegolten werden kann.

Ist im Anschluss an die Notfallbehandlung eine Operation erforderlich, kann diese vom Krankenhaus – sofern die Vorgaben des § 115b SGB V sowie der Verträge erfüllt werden – auch ambulant erbracht und abgerechnet werden. Die Art des Zugangs des Patienten ist für die Erbringung einer Leistung nach § 115b SGB V irrelevant.

Wird die Operation allerdings direkt im Anschluss an die Notfallbehandlung durchgeführt, d.h. ohne dass der Patient den Verantwortungsbereich des Krankenhauses verlassen hat, ist die Notfallbehandlung nicht zusätzlich abrechnungsfähig, da der ambulante Behandlungsfall bereits nach § 115b SGB V abgerechnet wird. Auch ggf. erforderliche präoperative Leistungen sind gemäß AOP-Vertrag Bestandteil der Rechnung.

Zuschlagsziffern

Ab dem 01.01.2004 sind nicht mehr sämtliche Leistungen nach § 115b SGB V mit Zuschlagsziffern „für die ambulante Erbringung“ im EBM versehen. Die Gebührenpositionen einschließlich der Zuschläge des EBM werden durch den Bewertungsausschuss von KBV und GKV festgelegt. Es ist derzeit noch unklar, ob der Ausschuss zum 01.01.2004 weitere Zuschlagsziffern in den EBM aufnehmen wird. Für die Abrechnung gilt, dass alle Zuschläge ansatzfähig sind, soweit diese im Katalog oder im EBM enthalten sind.

Für Krankenhäuser, die die Kostenerstattung von Belegoperatoren an das Krankenhaus auf der Basis dieser Zuschläge vereinbart haben, empfiehlt sich eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Verträge.

Gastroskopie als Katalogleistung

Entgegen vereinzelter Falschdarstellungen in der Presse ist eine diagnostische Gastroskopie als alleinige Maßnahme keine ambulante Leistung nach § 115b SGB V. Die Definition der Leistungen im Katalog nach § 115b SGB V ergeben sich aus der EBM Textierung und den näheren Ausführungen in der Spalte „Kommentare“. Die Gastroskopie wird in der aktuellen Fassung des Kataloges für das Jahr 2004 wie folgt ausgewiesen:

EBM Nr.	Leistungsbeschreibung	Kommentare ²⁾
741	Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease- Nachweis (einschl.Kosten)	Als Zusatzleistung in Verbindung mit weiteren Maßnahmen nach den Nrn: 750, 751 oder 752

Die Leistungen nach den Nrn. 750, 751 oder 752 betreffen Maßnahmen an den Gallen- und Pankreaswegen bzw. deren Ausführungsgang.

Im EBM wird zur Nr. 750 ausgeführt, dass neben der Leistung nach Nr. 750 die Leistung nach Nr. 741 nicht berechnungsfähig sei. Nach Rechtsauffassung der DKG hat die Regelung im vereinbarten Katalog nach § 115b SGB V jedoch als Spezialregelung Vorrang vor den Ausführungen im EBM. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die einzelnen Krankenkassen trotz der Vereinbarung auf der Bundesebene die Abrechnung der EBM Nr. 741 auch in Verbindung mit der Nr. 750 in Frage stellen werden.

Unabhängig von dieser Einschränkung zur Gastroskopie als alleinige, diagnostische Maßnahme sind grundsätzlich alle Leistungen, die in Verbindung mit einer Katalogleistung nach § 115b SGB V notwendig sind, im Rahmen der prä-, intra- oder postoperativen Leistungen auf der Grundlage des EBM abrechnungsfähig.