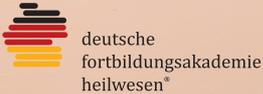


# Ärztliches Abrechnungs-Bootcamp



Update EBM fachgruppenübergreifend

Referent:  
Sabine Finkmann  
Beratung im Gesundheitswesen  
Abrechnungsspezialistin



deutsche  
fortbildungsakademie  
heilwesen®

1



**Sabine Finkmann**

- Inhaberin - Sabine-Finkmann | Beratung im Gesundheitswesen
- Inhaberin - SaFi Zone Coaching | Mediation | Persönlichkeitsentwicklung
- Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen
- Praxismanagerin | Abrechnungsabteilung der KVWL | MFA

DEUTSCHE FORTBILDUNGS-AKADEMIE HEILWESEN® & SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

2

2

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Die Gebührenordnungen  
sind mehr als nur Handbücher für  
die Abrechnungsziffern.

**Sie bilden die rechtliche  
Abrechnungsgrundlage.**

D.h. sie legen fest, welche Leistungen  
der Arzt überhaupt in Rechnung  
stellen darf.

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Als Bestandteil des Bundesmantelvertrages  
kommt dem **EBM die Qualität einer  
Rechtsnorm** zu,

(unstreitig seit BSG-Urteil vom 30. Mai 1969, Az.: 6 TKa  
13/67, BSGE 29, 254)

so dass er gegenüber allen Beteiligten  
**verbindlich ist** und von den hierin enthaltenen  
**Regelungen nicht abgewichen werden darf.**

## Grundsätze persönlicher Leistungserbringung

### Leistungen erbringen darf nur:

- der Zulassungsinhaber
- angestellte Ärzte im MVZ

### erforderlich sind hierfür:

- Anstellungsgenehmigung durch die KV
- Zeitpunkt der Zulassung/Genehmigung ist einzuhalten
- Zulassung / Umfang beachten (0,25; 0,5; 0,75; 1,0)

## Wann darf vertreten werden?

### bei:

Krankheit  
 Urlaub  
 Fortbildungen (ärztliche)  
 Teilnahme an einer Wehrübung

### wie lange?

bis zu einer Dauer von 3 Monaten innerhalb von 12 Monaten

EBM fachgruppenübergreifend

**Was ist problematisch?**

regelmäßige Vertretungen (feste Tage in der Woche)

**Was muss mitgeteilt werden?**

Anzeigen: länger als 1 Woche

Genehmigung: länger als 3 Monate

Im Zusammenhang mit einer Entbindung: bis zu 12 Monate

gilt auch für ermächtigte Ärzte!!

DEUTSCHE FORTBILDUNGS-AKADEMIE HEILWESSEN® &amp; SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESSEN

7

7

EBM fachgruppenübergreifend

**Erbringung der Leistung**

- **Vollständigkeit** der Leistungen eine Abrechnungsziffer darf nur abgerechnet werden, wenn der **komplette Leistungsinhalt erfüllt** ist.
- Eine unvollständige GOP darf nicht abgerechnet werden

**Was heißt denn vollständig erbracht?****Und was unvollständig?**

DEUTSCHE FORTBILDUNGS-AKADEMIE HEILWESSEN® &amp; SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESSEN

8

8

## Erbringung der Leistung

- Vollständigkeit der Leistungen bedeutet:
  - die **obligaten** Leistungsinhalte müssen erbracht sein
    - die **Dokumentationspflicht** muss erfüllt sein
      - die **Berichtspflicht** muss erfüllt sein

## Die ärztliche Dokumentation

Eine umfassende und korrekte Dokumentation ist bei der Ausübung des Arztberufes unerlässlich.

Der Gesetzgeber hat die in unterschiedlichen Gesetzen geregelt:

**im BGB ist die Dokumentationspflicht festgeschrieben**

**im Bundesmantelvertrag Ärzte (§ 57)**

**und in der Berufsordnung (§ 10)**

Die Dokumentation hat in erster Linie die Aufgabe, das **Behandlungsgeschehen aufzuzeichnen** und dadurch eine sachgerechte therapeutische Behandlung und Weiterbehandlung zu gewährleisten.

Die Dokumentation ist ebenfalls erforderlich, um Ärzte, die einen Patienten weiterbehandeln, zu informieren.

Auch für die vertragsärztliche Tätigkeit ist die Dokumentation von Bedeutung.

**So wird bei einer eventuellen Wirtschaftlichkeits- oder Plausibilitätsprüfung die Dokumentation angefordert.**

**Einige Leistungspositionen** im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) **setzen die Dokumentation explizit voraus**, zum Beispiel die Gebührenordnungspositionen 03220, 04220, 03221, 04221, **35100**, 03360, **35110**, 13701, Onkologie Vereinbarung.

Die **Berufsordnung** weist darauf hin, dass die erforderlichen Aufzeichnungen **nicht nur ärztliche Gedächtnisstützen sind**, sondern auch als ordnungsgemäße Dokumentation im Interesse der Patienten zu verstehen sind.

**Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass der Arzt Anamnese und Diagnose in die Dokumentation aufnimmt, durchgeführte Untersuchungen inklusive Ergebnisse, sämtliche Befunde, Therapien und deren Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen sowie Einwilligungen und Aufklärungen.**

Darüber hinaus muss er die Arztbriefe in die Patientenakte aufnehmen. Es empfiehlt sich jedoch über die gesetzlich vorgeschriebenen Bestandteile hinaus, weitere Daten und zum Beispiel die vorgenommenen Verordnungen hinzuzufügen.

**Erforderliche Dokumentationen – nicht abschließend**

Anamnese	Personaldaten des Patienten	Laborbefunde
Diagnosen	Daten der Behandlung	An Patienten gegebene Warnungen, Verweigerungserklärungen des Patienten
Untersuchungen und Untersuchungsergebnisse	Beginn und Ende der Behandlung, Anlass der Behandlung	Therapieanpassungen
Therapien und Wirkung von Therapien	Verdachtsdiagnosen	Kontrollbedürftige Befunde, umfassend erläutert
Befunde	Therapien, Verordnungen, Heil und Hilfsmittel	Ärztliche Anweisungen
Aufklärung der Patienten einschl. Einwilligung	Eingriffe, Operationen und Operationsberichte	Abweichungen von Leitlinien, Verwendung von off Label use
Arztbriefe	Röntgen- und Sonographieaufnahmen	Anamnesebögen und Datenschutzerklärungen

Ärzte sind verpflichtet, die Dokumentation **in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang vorzunehmen.**

Die Gesetzesformulierung spricht für eine Dokumentation nach Möglichkeit während der Behandlung oder aber unmittelbar nach Abschluss der Behandlung.

Nur im Ausnahmefall kann bei einfachen Behandlungen eine Dokumentation aus dem Gedächtnis erstellt werden.

Schon ein Zeitraum zwischen Behandlung und Dokumentation von mehreren Tagen kann bedenklich sein.

Bei einer Dokumentation, die erst Wochen oder gar Monate später stattgefunden hat, ist damit zu rechnen, dass eine **Beweislastumkehr zugunsten des Patienten erfolgt.**

Das heißt, der Arzt muss dann beweisen, dass die Behandlung tatsächlich entsprechend der "verspäteten" Dokumentation geschehen ist.

Pauschale "Fristen" zur Erstellung der Dokumentation haben sich jedoch noch nicht durchgesetzt.

**Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn daneben der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.**

Der Behandlungsfall ist definiert als Behandlung:

- desselben Versicherten
- durch dieselbe Arztpraxis
- in einem Kalendervierteljahr
- zu Lasten derselben Krankenkasse

Der Krankheitsfall im EBM umfasst:

das aktuelle Quartal, sowie  
die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre (Quartale)  
die der Berechnung von krankheitsfallbezogenen  
Gebührenordnungspositionen folgen.

## Zu wichtigen Abrechnungsziffern

19

### Folgende Leistungspositionen sind für **Hausärzte ausgeschlossen:**

- 01420 Überprüfung verordneter häuslicher Krankenpflege
- 01422 Erstverordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege
- 01424 Folgeverordnung psychiatrischer häuslicher Krankenpflege
- 01440 Verweilen außerhalb der Praxis (z.B. bei einem Besuch)  
ohne Erbringung berechnungsfähiger Positionen
- 01610 Bescheinigung zur Feststellung der Belastungsgrenze\*
- 01612 Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie
- 02100 Infusion
- 02320 Legen einer Magensonde (z.B. in Heimen)
- 02322 Wechsel/Entfernen eines suprapubischen Blasenkatheters
- 02323 Legen/Wechsel eines transurethralen Blasenkatheters  
(z.B. in Heimen)
- 02340 und 02341 Punktionen, u.a. von Hämatomen, Hydrocelen, Gelenken usw.
- 02350 Fixierender Verband über mindestens ein großes Gelenk
- 02360 Behandlung mit Lokalanästhetika, z.B. Neuraltherapie

20

## Leistungen, die oft vergessen werden:

- 01100, 01101, 01102\*
- 01420
- 01430, 01435
- 01602
- 02300, 02301, 02302, 10340-10342
- 02310,
- 02312
- 02313
- 02350
- 02360, 10343, 10344

01100	20,88 €	<b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Arztes <u>durch den Patienten</u></b> Mo-Fr.: 19 – 22 Uhr Sa, So, F-Tags: 07 – 19 Uhr
01101	33,35 €	<b>Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Arztes <u>durch den Patienten</u></b> Mo-Fr. 22 – 07 Uhr Sa, So, F-Tags: 19 – 07 Uhr
01102	10,76 €	Samstags zwischen 7 und 14 Uhr, neu seit 01.04.20 bis 19 Uhr <b>AUSNAHME:</b> <b>Hier auf Kontaktaufnahme durch den Arzt möglich</b> Für: Telefonate und Sprechstunde (nicht für alleinige Befundmitteilungen, nicht im ZND)

### **Post-COVID-19-Syndrom ab 1. Juli 2021 besonderer Verordnungsbedarf**

Grund ist der erwartete hohe Versorgungsbedarf an bestimmten Maßnahmen der Physio- und Ergotherapie im Zusammenhang mit einem Post-/Long-COVID-Syndrom.

Die Indikation „U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ wurde in die Diagnoseliste der besonderen Verordnungsbedarfe aufgenommen.

Bei den folgenden Heilmitteln:

#### **Physiotherapie:**

- AT – Störungen der Atmung

Mögliche Maßnahmen laut Heilmittelkatalog (Beispiele): Krankengymnastik (Atemtherapie), Inhalation

- WS – Wirbelsäulenerkrankungen

Mögliche Maßnahmen laut Heilmittelkatalog (Beispiele): Krankengymnastik-Gruppe, Manuelle Therapie

Bei den folgenden Heilmitteln:

**Ergotherapie:**

- SB1 – Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten (mit motorisch-funktionellen Schädigungen):

Mögliche Maßnahmen laut Heilmittelkatalog (Beispiel): Motorisch-funktionelle Behandlung

- PS2 – neurotische, Belastungs-, somatoforme und Persönlichkeitsstörungen:

Mögliche Maßnahmen laut Heilmittelkatalog (Beispiel): Psychisch-funktionelle Behandlung

- PS3 – wahnhaft und affektive Störungen/Abhängigkeitserkrankungen:

Mögliche Maßnahmen laut Heilmittelkatalog (Beispiele): Psychisch-funktionelle Behandlung, Hirnleistungstraining

**Ärzte können Nagelspangenbehandlung ab Juli 2022 verordnen**

Konkret geht es um die Therapie des Unguis incarnatus in den Stadien 1, 2 und 3 an unteren Extremitäten.

Damit eine Nagelspangenbehandlung bei eingewachsenen Zehennägeln als Heilmittel verordnet werden kann, muss ein Unguis incarnatus (ICD-10 L60.0) in den Stadien 1, 2 oder 3 an den unteren Extremitäten vorliegen. Außerdem muss die Befestigung einer Nagelkorrekturspange ohne weitergehende Verletzung der geschädigten Haut oder des umliegenden, entzündlich veränderten Weichteilgewebes möglich sein.

Diagnostik und konservative oder invasive Maßnahmen der Wundbehandlung bleiben für alle Stadien **ärztliche Leistungen** wie beispielsweise die Wundreinigung, die Verabreichung lokaler Therapeutika (z. B. jodhaltiger Salben) unter Abwägung der medizinischen Indikationen und Kontraindikationen.

### Ärzte können Nagelspangenbehandlung ab Juli 2022 verordnen

Zu den Aufgaben der Podologinnen und Podologen gehören die Beratung und Instruktion zu individuell durchführbaren Schneidetechniken sowie zur Nagel- und Hautpflege sowie die Beratung zu geeignetem Schuhwerk. Aufgaben sind außerdem die Fertigung und Anpassung, das Anlegen, Nachregulieren und Entfernen der Nagelkorrekturspange.

Die Materialkosten für die Nagelspangenbehandlung und auch die Nagelspange selbst, werden über die vereinbarte Vergütung nach § 125 SGB V durch die Podologinnen und Podologen abgerechnet.

### Ärzte können Nagelspangenbehandlung ab Juli 2022 verordnen

In der Fachliteratur ist die Unterteilung unter anderem in folgende drei Stadien gebräuchlich:

- › **Stadium 1:** Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen. Die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.
- › **Stadium 2:** Am Rand des eingewachsenen Nagels hat sich neues, entzündetes Gewebe (Granulationsgewebe) gebildet. Das Gewebe nässt und eitert.
- › **Stadium 3:** Der betroffene Nagelbereich ist chronisch entzündet und eitert immer mal wieder. Das Granulationsgewebe wächst bereits über den Nagel.

Sie verordnen die Nagelspangenbehandlung auf dem Verordnungsformular 13 für Heilmittel.

### Ärzte können Nagelspangenbehandlung ab Juli 2022 verordnen

Dort kreuzen sie „Podologische Therapie“ an und geben den ICD-10-Kode L60.0 sowie die entsprechende Diagnosegruppe an. Für die Behandlung mit Nagelkorrekturspangen bei Unguis Incarnatus sind im Heilmittelkatalog zwei Diagnosegruppen vorgesehen:

- › UI 1 - Unguis incarnatus Stadium 1
- › UI 2 - Unguis incarnatus Stadium 2 oder 3

Die Unterscheidung zwischen UI 1 und UI 2 ist notwendig, um eine regelmäßige ärztliche Wiedervorstellung in den höheren Stadien sicherzustellen.

So ist die Höchstmenge je Verordnung im Stadium 2 und 3 auf vier Einheiten begrenzt, im Stadium 1 können bis zu acht Einheiten auf einer Verordnung veranlasst werden.

### Intravitreale Medikamenteneingabe: Bewertung wird zum 1. Januar 2023 angepasst

Die aktuelle Überprüfung hat ergeben, dass das Punktzahlvolumen überschritten wird. Deshalb muss die GOP 31371/36371, 31372/36372 und 31373/36373 zum 1. Januar 2023 leicht abgesenkt werden (siehe Übersicht unten).

Die Zusatzpauschalen für die Begleitleistungen nach Eingriff am rechten und linken Auge (GOP 06334 und 06335) bleiben unverändert. Sofern die Begleitleistungen nach einem beidseitigen Eingriff abgerechnet werden, wird zukünftig ein Abschlag in Höhe von 15 Punkten auf die Bewertung vorgenommen.

EBM fachgruppenübergreifend

GOP	Beschreibung	Bewertung bis 31.12.2022 in Punkten	Bewertung ab 01.01.2023 in Punkten
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff am rechten Auge	129	129
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff am linken Auge	129	129
31371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	1683	1665
31372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	1683	1665
31373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	2216	2175
36371	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	807	778
36372	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	807	778
36373	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	1065	1007

DEUTSCHE FORTBILDUNGSKADEMIE HEILWESEN® &amp; SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

31

31

EBM fachgruppenübergreifend

Im Zuge der Weiterentwicklung des EBM werden zum 1. Januar 2023 die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens angepasst. Dabei wird sich insbesondere die Bewertung einzelner Operationsleistungen ändern. Darauf weist der Bewertungsausschuss in einem sogenannten Ankündigungsbeschluss hin.

Mit seinem Ankündigungsbeschluss informiert der Bewertungsausschuss die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte darüber, dass es durch die anstehende Neubewertung der Operationsleistungen sowohl zu einer Anhebung als auch zu einer Absenkung der Bewertungen kommen kann. Zu dieser frühzeitigen Information ist das Gremium verpflichtet, wenn sich die Vergütung für einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) infolge eines Beschlusses reduzieren kann.

#### **Beschluss wird für Dezember erwartet**

Parallel zu den Anpassungen der ambulanten Operationen im EBM laufen auch die Beratungen zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft zur Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren im Krankenhaus, kurz AOP-Katalog. Ziel ist auch eine einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten.

DEUTSCHE FORTBILDUNGSKADEMIE HEILWESEN® &amp; SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

32

32

### Wegfall der Neupatientenregelung – Zahlung von Zuschlägen für Vermittlung von Terminen

Am höchsten soll der Zuschlag auf die Grund- sowie auf die Versichertenpauschale sein, wenn im **Akutfall** nach der Kontaktvermittlung ein Termin **am nächsten Kalendertag** erfolgt:

Dann können bis zu **200 Prozent der jeweiligen Versicherungspauschale sowie Grundpauschale** gezahlt werden.

**Hausärzte bekommen demnach 15 Euro, wenn sie einen Termin bei einem Facharzt vermitteln.**

In einer zweiten Stufe gibt es einen **100-prozentigen Zuschlag, wenn die Behandlung spätestens am vierten Tag** nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder den Hausarzt beginnt.

Somit erhalten Fachärzte, als Anreiz für schnellere Termine die zusätzlichen Zuschläge, wenn in dieser Frist eine Behandlung beginnt.

Es folgen **80 Prozent der Pauschale, wenn die Behandlung spätestens am 14. Tag** nach der Vermittlung beginnt, sowie ein Zuschlag von **40 Prozent, wenn die Behandlung am 35. Tag beginnt**.

### Organspende: Ab 1. März neue Beratungsleistung für Hausärzte 01480 EBM

Hausärzte können ihre Patienten künftig **bei Bedarf alle zwei Jahre zur Organ- und Gewebespende beraten**.

Das sieht das aktualisierte Transplantationsgesetz vor.

Die Regelung tritt zum 1. März in Kraft.

Die Vergütung der Beratung wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der KBV beschlossen. Sie erfolgt extrabudgetär.

**Ab 1. März 2022 können Hausärzte ihre Patienten über die Voraussetzungen und Möglichkeiten einer Organ- und Gewebespende beraten.**

**Außerdem sollen sie unter anderem über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende im Organspende-Register abzugeben, informieren.**

EBM fachgruppenübergreifend

### **Organspende: Ab 1. März neue Beratungsleistung für Hausärzte 01480 EBM**

#### **GOP 01480 für die Beratungsleistung**

Zur Abrechnung der Leistungen wird **zum 1. März die Gebührenordnungsposition (GOP) 01480 in den EBM aufgenommen.**

**Sie ist mit 65 Punkten (7,32 Euro) bewertet. Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte können die GOP alle zwei Jahre pro Patient ab dem vollendeten 14. Lebensjahr abrechnen.**

[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_2022-03-01\\_EBA\\_76\\_BeeG\\_Beratung\\_Organ\\_u\\_Gewebespende.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2022-03-01_EBA_76_BeeG_Beratung_Organ_u_Gewebespende.pdf)

35

35

EBM fachgruppenübergreifend

### **Organspende: Ab 1. März neue Beratungsleistung für Hausärzte 01480 EBM**

Alle Hausärzte erhalten Anfang Februar ein Starterpaket der Infomaterialien mit Hinweis auf die kostenfreie Bestellmöglichkeit weiterer Unterlagen.

Das Paket enthält Material zur Aufklärung von zehn Patientinnen und Patienten sowie 100 Organspendeausweise.

Ein Manual für das Arzt-Patienten-Gespräch zur Organ- und Gewebespende sowie weitere Aufklärungsmaterialien können zusätzlich kostenfrei bei der BZgA bestellt werden.

[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_2022-03-01\\_EBA\\_76\\_BeeG\\_Beratung\\_Organ\\_u\\_Gewebespende.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2022-03-01_EBA_76_BeeG_Beratung_Organ_u_Gewebespende.pdf)

36

36

EBM fachgruppenübergreifend

**Diese Kostenpauschalen für Briefe werden rückwirkend zum 1. Januar 2022 von 81 auf 86 Cent angehoben:**

GOP	Inhalt
40110	Versand oder Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen – unabhängig vom Umfang
40128	Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde
40129	Versand einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes (Muster 21) an den Patienten oder die Bezugsperson im Rahmen einer Videosprechstunde
40130	Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse, wenn der elektronische Versand (eAU) an die Krankenkasse nicht möglich war
40131	Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten im Rahmen eines Hausbesuches

DEUTSCHE FORTBILDUNGS-AKADEMIE HEILWESEN® & SABINE FINKMANN, BERATUNG IM GESUNDHEITSWESEN

37

37

Die ambulanten Kodierrichtlinien

**Ihr Abrechnungszirkel ab Juli 2022 – eine Plattform für:**

- Austausch
- Vernetzen
- Lernen
- Aktuelle Abrechnungs-Änderungen
- Einbringen eigener Themen
- Besprechen von Schwierigkeiten
- Auch zu anderen Themen:



**Teilnahme?**

**scannen Sie den folgenden QR Code**

**Ihr Einsatz? 20 €**



Wie z.B. HZV, EBM, GOÄ, Persönlichkeitsentwicklung, Praxismanagement

38

38

## EBM Update, fachgruppenübergreifend



DANKE FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT

