

Inhalt

I	Der Euro-EBM	1
1	Allgemeines	3
2	Konstrukt des EBM	4
2.1	EBM Kapitel I: Allgemeine Bestimmungen	4
2.2	EBM Kapitel II: Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen	4
2.3	EBM Kapitel III: Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	5
2.4	EBM Kapitel IV: Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen	8
2.5	EBM Kapitel V: Kostenpauschalen	8
2.6	EBM Kapitel VI: Anhänge	9
3	Anwendung des EBM	12
3.1	Die richtige Gebührenordnung zum EBM	12
3.2	Welcher Ziffernbereich ist abrechnungsfähig?	12
3.3	Die Grundpauschalen	13
3.4	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute	16
3.5	Grundpauschalen in der Notfallambulanz	18
3.6	Die vollständige Leistungserbringung	19
3.7	Falldefinition im EBM	19
4	Neuerungen und Beschlüsse der KBV	23
4.1	Bekanntmachung	23
4.2	Euphorie und Ernüchterung	23
4.3	Beispiel Neuaufnahme GOP 16220	24
4.4	Änderungsarten	24
5	Das Regelleistungsvolumen (RLV)	26
5.1	Regelleistungsvolumen	26
5.2	Berechnung des RLV	27
5.3	Abstaffelung im RLV	28
5.4	Antrag auf Ausnahme von der Abstaffelung	29
5.5	Für wen das RLV im Krankenhaus gilt	29
6	Qualitätszusatzvolumina (QZV)	34
6.1	QZV – Grundlage RLV-Fall	35
6.2	QZV – Grundlage Leistungsfall	36
6.3	QZV – Grundlage Berechnung 2008	37
7	Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer	38
7.1	LANR	38
7.2	BSNR	39
8	Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß § 106 SGB V	40
8.1	Die Prüfstelle	41
8.2	Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen	42

9	Ambulante Kodierrichtlinien (AKR) zum 01.01.2011	45
9.1	Gültigkeitsbereich der Ambulanten Kodierrichtlinien	46
9.2	Allgemeiner Teil A01 bis A11	46
9.3	Spezielle Kodierrichtlinien Teil B	49
II	Abrechnung in der Notfallambulanz	51
1	Dokumentation in der Notfallambulanz	53
1.1	Dokumentation und EDV	54
2	Was ist ein Notfall?	55
2.1	Notfalldienstzeiten und Dokumentation	57
3	Rechtsprechung GOP 01218	58
4	Allgemeine Bestimmung des EBM für die Notfallabrechnung	61
5	Erstkontakt in der Notfallambulanz	64
5.1	Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 in der Notfallambulanz	65
5.2	Sprechstundenbedarfspauschale in der Notfallambulanz	65
6	Folgekonsultation oder Mehrfachinanspruchnahme	67
6.1	Folgekonsultationen im Notdienst	67
6.2	Dokumentation der Mehrfachinanspruchnahme	69
6.3	Änderung des Versichertenstatus	70
6.4	Problempunkt Zuschlag Besuchsbereitschaft	70
7	Zusatzleistungen in der Notfallambulanz	72
7.1	Allgemeine Leistungen in der Notfallambulanz	72
7.2	Fachgruppenspezifische Leistungen	77
7.3	Problemfall Ruhe-EKG	79
7.4	Fachgruppenübergreifende spezielle Leistungen	79
8	Abrechnungsbeispiele aus der Notfallambulanz	86
8.1	Beispiele Notfallambulanz Chirurgie	86
8.2	Beispiel Notfallambulanz Orthopädie	87
8.3	Beispiel Innere Medizin	88
8.4	Beispiel psychiatrischer Notfall	88
9	Praxisgebühr	90
III	Abrechnung in der Ermächtigungsambulanz gemäß § 116a SGB V	93
1	Allgemeine Bestimmungen des EBM für die Ermächtigungsambulanz	95
1.1	Berichtspflicht	95
1.2	Qualifikationsvoraussetzungen	96
2	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte	98
3	Leistungsbereiche aus dem EBM	100

4	Abrechnungsbeispiele aus der Ermächtigungsambulanz	101
4.1	Beispiel Schrittmacherkontrolle, -programmierung für Ein- und Zwei-Kammer-Systeme (DDD)	101
4.2	Beispiel Leistungsfall transösophageale Echokardiographie	102
4.3	Beispiel Leistungsfall perkutane Gastrostomie (PEG)	102
5	Regelleistungsvolumen in der Ermächtigung	103
IV	Abrechnung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe nach § 115b SGB V	105
1	Vertrag nach § 115b und Anlage 1 („AOP-Katalog“)	107
1.1	Änderungen im AOP-Vertrag vom 01.01.2010	108
2	Überarbeitung des AOP-Kataloges zum 01.01.2011	109
2.1	Anlage 1 zum AOP-Vertrag, Abschnitte 1 bis 3	109
2.2	Kategorie 1 oder 2	115
3	Die G-AEP-Kriterien	117
4	Zulassung des Krankenhauses und Leistungsmeldung	118
5	Zugang des Patienten	119
5.1	Überweisung	119
5.2	Krankenhauseinweisung	124
6	Präoperative Leistungen	127
6.1	Leistungserbringung durch den Hausarzt	128
6.2	Leistungserbringung durch das Krankenhaus	131
6.3	Neue Rechtsprechung zu präoperativen Leistungen	132
7	Erbringung intraoperativer Leistungen	133
7.1	Intraoperative Leistungen durch das Krankenhaus	133
7.2	Intraoperative Leistungen durch Fremdanbieter	134
8	Narkosen	135
9	Postoperative Leistungserbringung	138
9.1	Postoperative Überwachung	138
9.2	Postoperative Behandlung	139
10	Vergütung gemäß § 7 AOP-Vertrag und Sachkosten gemäß § 9	143
10.1	Sachkostenberechnung ambulanter Operationen	144
10.2	Allgemeine Bestimmungen des EBM	144
10.3	Sieben Prozent pauschaler Zuschlag für Arznei- und Sachkosten	145
10.4	Sachkostenpauschalen gemäß EBM Kapitel V	146
10.5	Sachkosten nach Aufwand	148
10.6	Verrechnung von Arzneimitteln	150
11	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und häusliche Krankenpflege	151
11.1	Weitere wichtige Hinweise im Vertrag § 115b	151
12	Abrechnungsbeispiele ambulanter Operationen	153
12.1	Grundpauschale und Konsultationspauschale	153
12.2	Die operativen Prozeduren nach Anhang 2 des EBM	154

12.3	Simultaneingriffe	154
12.4	Präambel Kapitel 31.2 des EBM	159
12.5	Abrechnungsbeispiele aus dem Abschnitt 1	160
12.6	Abrechnungsbeispiele aus dem Abschnitt 2	168
V	Abrechnung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V	175
1	Gesetzliche Grundlage	177
2	Katalog hochspezialisierter Leistungen und seltener Erkrankungen	178
2.1	Anlage 1: Hochspezialisierte Leistungen	178
2.2	Anlage 2: Seltene Erkrankungen	178
2.3	Anlage 3: Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen	179
3	Vergütungsregelung	180
4	Punktwert	181
5	Leistungsmeldung	182
6	Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherungsmaßnahmen	183
7	Verordnung	184
8	Praxisgebühr bei ambulanter Behandlung nach § 116b	186
9	Überweisungserfordernis und Zuzahlung bei Leistungen nach § 116b	187
10	EBM und Abrechnung nach § 116b – Grundsätzliches	188
10.1	Qualifikationsvoraussetzungen	188
10.2	Arztfall und die interdisziplinäre Behandlung	189
11	Kosten – Sachkosten – Sprechstundenbedarf – Kontrastmittel	193
11.1	Regelungen für den Sprechstundenbedarf	193
11.2	Regelungen für Sachkosten	194
11.3	Kostenpauschalen nach Abschnitt 40 des EBM	195
11.4	Kontrastmittel	195
12	Onkologievereinbarung	196
13	Beispiele zur Abrechnung nach § 116b	198
13.1	Tipps für die Abrechnung der Leistungen nach § 116b	199
13.2	Informationsschreiben – ein „to do“ im Rahmen von § 116b	199
13.3	Abrechnungsbeispiel 1: Patienten mit pulmonaler Hypertonie	200
13.4	Abrechnungsbeispiel 2: Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren	207
VI	Abrechnung im Krankenhaus-MVZ	225
1	Was versteht man unter einem Medizinischen Versorgungszentrum?	227
2	Der Arztfall im MVZ	229
3	Der Chefarzt im Krankenhaus-MVZ	231
3.1	Fachrichtungen im Krankenhaus-MVZ	232
3.2	Der Hausarzt im Krankenhaus-MVZ	232
3.3	Hausarzt und hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b	233
3.4	Facharzt und facharztzentrierte Versorgung nach § 73c	235

4	VERAH®	236
5	Belegarzt im Krankenhaus-MVZ	238
6	Internistische schwerpunktübergreifende Gemeinschaft im MVZ	240
7	Arztfall – Betriebsstättenfall	242
8	DMP-Verträge und regionale Vereinbarungen	243
8.1	Disease-Management-Programme (DMP)	243
8.2	Impfungen	245
9	Die korrekte Anwendung des EBM im MVZ	247
9.1	Labor	248
10	Vordruckvereinbarung	255
11	Neupraxen-Jobsharing	257
12	Abrechnung im MVZ	258
12.1	Das richtige EDV-System	258
12.2	Bearbeitung des Honorarbescheids	259
12.3	Lernen aus der „sachlich rechnerischen Richtigstellung“	259
12.4	Warum Abrechnungscontrolling – und wie?	260
13	Beispielhafte Abrechnung aus dem MVZ	262
13.1	Abrechnungsbeispiel MVZ	263
VII Service		265
1	Vertrag gemäß § 115b Ambulante Operationen (AOP-Vertrag)	267
2	Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen (Anhang 1)	277
3	Vertrag gemäß § 116b Ambulante Behandlung im Krankenhaus	296
4	Abrechnungsstandard Orthopädie	299
5	Dokumentationsstandard Notfallambulanz	303
Sachwortverzeichnis		304
Die Autorin		308