

REFRESHER

Mehrfachberechnung derselben EBM-Positionen nebeneinander

Ob eine EBM-Position im Rahmen einer Sitzung mehrfach nebeneinander berechnet werden kann, hängt von bestimmten Formulierungen in den Leistungsbeschreibungen der einzelnen EBM-Nrn. ab. Wer die grundlegende Systematik erfasst hat, kann durch die korrekte Auslegung der gegenseitigen Ausschlüsse im EBM sicherstellen, dass die EBM-Positionen, falls möglich, optimal mehrfach berechnet werden. |

Bedeutung von „je Sitzung“ und „nicht neben“

Der häufigste Berechnungsausschluss einer EBM-Nr. neben einer oder mehreren anderen Positionen lautet **„nicht neben“**. Von den EBM-Nrn., deren Berechnung nebeneinander ausgeschlossen ist, kann

- in einer Sitzung nur
- eine dieser EBM-Nrn. berechnet werden.

Eine **Sitzung** umfasst im Rahmen derselben Konsultation den gesamten Behandlungszeitraum bis zum Abschluss der Behandlung und bis der Patient die Praxis verlassen hat. Wird eine Behandlung unterbrochen, etwa weil der Arzt sich anderweitig um einen dringenden Fall kümmern muss oder weil der Patient eine Auszeit wünscht, handelt es sich dennoch um eine Sitzung.

Nur wenn der Patient nach Abschluss der Behandlung die Praxis verlassen hat, dann aber aus eigener Initiative an demselben Tag wieder in die Praxis kommt, z. B., weil er weiterhin Schmerzen hat, handelt es sich um eine **neue** Sitzung. Der Berechnungsausschluss „nicht neben“ gilt dann nicht mehr! Eine EBM-Nr., die neben einer anderen EBM-Nr. von der Berechnung ausgeschlossen ist, kann in einem solchen Fall mit Uhrzeitangabe erneut berechnet werden.

Eine EBM-Nr. kann im Rahmen einer Sitzung nur einmal berechnet werden, auch wenn der zur Berechnung geforderte obligate Leistungsinhalt zur Erzielung eines Behandlungsergebnisses mehrfach erbracht werden muss (s. Beispiel 1).

■ Beispiel 1

Bei einer Spirographie nach EBM-Nr. 03330 wird wegen eines suspekten Ergebnisses ein bronchial wirksames Mittel gegeben und direkt im Anschluss daran erneut eine Spirographie durchgeführt. Die Nr. 03330 ist nur **einmal** berechnungsfähig.

Der Unterschied zwischen „und/oder“ und „oder“

Bei vielen EBM-Ziffern sind die obligaten Leistungsinhalte mittels **„und/oder“** bzw. einfach mittels **„oder“** miteinander verknüpft. Unabhängig davon,

Definition der Sitzung im Sinne des EBM

Patient kommt aus eigener Initiative erneut in die Praxis = neue Sitzung

Nur „oder“ besser für die Abrechnung

ob im Rahmen einer Sitzung eine oder mehrere der mittels „und/oder“ verknüpften obligaten Leistungsinhalte erbracht werden, ist die entsprechende EBM-Nr. nur einmal berechnungsfähig (s. Beispiel 2).

■ Beispiel 2

Die EBM-Nr. 02510 beinhaltet acht (!) verschiedene Methoden der Wärmetherapie, die alle mittels „und/oder“ miteinander verbunden sind. Auch bei Durchführung mehrerer verschiedener Wärmetherapien in einer Sitzung ist die Nr. 02510 nur einmal berechnungsfähig.

Beispiele verdeutlichen Unterschied zwischen „und/oder“ und „oder“

Anders verhält es sich bei der Verknüpfung mehrerer obligater Leistungsinhalte einer EBM-Nr. mittels „oder“. Für die Erbringung eines jeden der durch „oder“ verbundenen Leistungsinhalte kann die entsprechende EBM-Nr. abgerechnet werden (s. Beispiel 3).

■ Beispiel 3

Die orientierende Laboruntersuchung nach EBM-Nr. 32030 beinhaltet eine orientierende Untersuchung mit Reagenzträgern oder mit Reagenzzubereitungen. Die beiden Leistungsbestandteile sind mit „oder“ verknüpft. Ergibt sich die Indikation zur Durchführung beider Untersuchungsverfahren, ist die Nr. 32030 unter Angabe der Art der Untersuchungen zweimal nebeneinander berechnungsfähig.

Keine Verteilung der Mindestzeiten auf mehrere Sitzungen

Mindestzeitvorgaben

Einige EBM-Nrn. beinhalten als obligaten Leistungsbestandteil eine Mindestzeitvorgabe, z. B. „Dauer mindestens 15 Minuten“. Die angegebene Mindestzeit ist **im Rahmen einer Sitzung** zu erbringen. Eine Verteilung auf mehrere Sitzungen, z. B. bei einer Mindestdauer von 15 Minuten 8 Minuten vormittags und 7 Minuten bei einer weiteren Sitzung nachmittags oder am nächsten Tag, ist nicht möglich.

Muss aber der Arzt die Mindestdauer unterbrechen, weil er anderweitig dringend benötigt wird, etwa für eine Notfallbehandlung, so ist eine Unterbrechung möglich. Dauert eine Behandlung länger als die vorgegebene Mindestzeit, ergibt sich daraus **keine zusätzliche** Berechnungsmöglichkeit. Beispiele für Mindestzeitvorgaben finden Sie in den EBM-Nrn. 03372 (Besuchszuschlag) oder in den Nrn. 35100 und 35110 (Psychosomatik), bei denen die Mindestdauer jeweils 15 Minuten beträgt.

Sonderfall EBM-Nr. 35110

Eine besondere und **häufig fehlinterpretierte** Leistungsbeschreibung findet sich bei der verbalen psychosomatischen Intervention nach EBM-Nr. 35110. Obligat ist eine Mindestdauer von 15 Minuten, sodass – wie oben ausgeführt – die EBM-Nr. 35110 bei längerer Leistungserbringung **nicht** mehrfach nebeneinander berechnet werden kann.

Cave: Keine Ausnahme für Nr. 35110 – je Sitzung nur einmal!

Verwirrend ist allerdings die Anmerkung zur EBM-Nr. 35110, dass diese Nr. bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig ist. Unter Berücksichtigung der Vorgabe der Mindestdauer von 15 Minuten bedeutet dies, dass an demselben Tag mehrere verbale Interventionen gemäß Nr. 35110 in separaten Sitzungen stattgefunden haben müssen. Wie oben ausgeführt, handelt es sich nur dann um separate Sitzungen, wenn

- der Patient die Praxis nach Beendigung einer verbalen Intervention verlassen hat und
- aus eigener Veranlassung
- zu einem späteren Zeitpunkt
- erneut in die Praxis kommt.

Nur in einer solchen Konstellation ist die EBM-Nr. 35110 mit Uhrzeitangabe erneut berechnungsfähig. Häufige falsche Auslegung der Nr. 35110: Nach Erbringung der Mindestdauer von 15 Minuten wird eine Pause eingelegt, vielleicht weil der Patient einen Spaziergang machen oder rauchen will. Nach einer derartigen, willkürlich herbeigeführten Unterbrechung ist die Nr. 35110 **nicht erneut berechnungsfähig**.

Mindestzeiten müssen nicht angegeben werden

Vielfach besteht Unsicherheit, ob mit der Abrechnung von EBM-Nrn. mit einer Mindestzeitvorgabe die Uhrzeiten der Erbringung anzugeben sind, also z. B. etwa bei der Nr. 35110 die Angabe „von 9:00 bis 9:15 Uhr“. Im EBM gibt es hierzu keine Vorgaben. Mit der Abrechnung einer entsprechenden EBM-Nr. dokumentiert der Arzt, dass er die obligaten Leistungsbestandteile erbracht und – falls vorhanden – die vorgegebenen Mindestzeiten auch eingehalten hat.

PRAXISTIPP | Dem Vernehmen nach verlangen einige KVen dennoch Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von EBM-Positionen mit Mindestzeitvorgaben, was unter Beachtung der Vorgaben im EBM jedoch nicht nachvollziehbar ist. Wenn dies bei der für Sie zuständigen KV der Fall sein sollte, haben Sie zwei Optionen:

- Sie können den Vorgaben Ihrer KV Folge leisten und die Uhrzeiten der Leistungserbringung bei der Abrechnung von EBM-Nrn. mit Mindestzeitvorgaben angeben, oder
- Sie verweisen auf den EBM, der die Uhrzeitangabe der Leistungserbringung bei EBM-Nrn. mit Mindestzeitvorgaben nicht vorsieht und unterlassen die Uhrzeitangaben. In diesem Fall müssen Sie aber damit rechnen, dass die KV die entsprechenden EBM-Nrn. aus Ihrer Honoraranforderung streicht und eine Auseinandersetzung mit der KV auf Sie zukommt.

Wenn die KV Uhrzeitangaben bei der Abrechnung von EBM-Nrn. mit Mindestzeitvorgaben verlangt, muss die KV bekannt geben, für welche EBM-Nrn. diese Vorgabe gelten soll.

MERKE | Nach dem EBM ist die **Angabe der Uhrzeit** einer Inanspruchnahme der Vertragsärzte nur bei den im **organisierten Notfalldienst** zu berechnenden EBM-Nrn. 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 (Besuch im Notfalldienst) erforderlich. Da diese EBM-Nrn. keine Mindestzeitvorgaben beinhalten, ist nur die Uhrzeit der Inanspruchnahme anzugeben, also z. B. 01212 19:45 Uhr.

Sitzung „künstlich“ unterbrechen nicht gestattet; u. U. Abrechnungsbetrug!

Von der Einhaltung der Mindestzeiten wird ausgegangen

EBM fordert Uhrzeitangabe bei Leistungen im organisierten Notfalldienst