Autor: Dr. Jörg A. Rüggeberg

EBM-Kommentar

In dieser Serie erhalten Sie eine aktualisierte Kommentierung des jeweils gültigen EBM. Diese Kommentierung ist in loser und ungeordneter Reihenfolge in einzelne Themenbereiche unterteilt und beinhaltet eher Grundsätzliches. Sie finden hier sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Hinweise zur Optimierung Ihrer Abrechnung. Vergeblich werden Sie allerdings nach Tipps suchen, die vor den Prüfgremien keinen Bestand haben. Daneben wird die Grundsatzkommentierung jeweils ergänzt durch eine über einen Link aufzurufende Datei, die Sie wie einen Loseblattordner abspeichern können. In dieser Zusatzdatei sind die einzelnen Leistungen aufgeführt und werden dort Punkt für Punkt nochmals kommentiert. Wenn es Veränderungen des EBM geben sollte, werden wir die jeweiligen Dateianhänge entsprechend ändern und darauf aufmerksam machen. Sie können dann die veränderte Datei erneut herunterladen und die bisherige Datei durch die aktualisierte Version ersetzen. Zusätzlich werden wir sowohl den Kommentar als auch die zugehörigen Dateien auf unserer homepage einstellen, so dass Sie auch auf diesem Weg jederzeit Zugang zu den Informationen haben.

EBM aktuell

In dieser Ausgabe behandeln wir sozusagen als Entspannung die Ziffern aus dem Kapitel 40. Das sind die so genannten Kostenpauschalen, die in vielen KV-Regionen ohne Begrenzung zu festen Preisen vergütet werden. Es sind zwar nur relativ kleine Beträge, aber dennoch darf man den Ansatz dieser Ziffern nicht vergessen.
Die komplette Version inclusive aller Leistungslegenden, Bewertungen und Einzelkommentare finden Sie wie immer als Download-Datei auf unserer homepage www.bdc.de.

V Kostenpauschalen (BMÄ und E-GO)

40.1 Präambel

1. Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können im Zusammenhang mit ihren Leistungen folgende Kostenpauschalen dieses Kapitels abrechnen: Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126, 40142 und 40144.

2. Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.3 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind nur die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40100, 40850, 40852, 40854 und 40855 berechnungsfähig.

3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen der Abschnitte 40.6, 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.16 von Belegärzten nicht berechnet werden.

Kommentar

Kostenpauschalen sind immer an andere EBM-Leistungen gebunden und können nicht isoliert angesetzt werden. Die einzige Ausnahme stellen die Versandpauschalen dar. Diese sind zwar auch an die Leistung eines Briefes gebunden, die aber wegen des Ausschlusses gegen die Grundpauschale nicht als solche berechnet werden darf, obwohl sie erbracht wird.

Alle Sachkostenpauschalen werden nicht als Punkte ausgewiesen, sondern als Eurobetrag.

Zu beachten ist, dass in allen Kven zusätzliche Vereinbarungen zu Sachkostenerstattungen bestehen, z.B. für die Fahrkosten bei Besuchen. Diese Vereinbarungen sind regional sehr unterschiedlich und können hier nicht abgehandelt werden.

Bezüglich der Präambel zum Gesamtkapitel ist für die Fachgruppe Chirurgie/Orthopädie nur der dritte Satz relevant. Danach können die Sachkostenpauschalen für arthroskopische Eingriffe bei belegärztlichen Operationen nicht abgerechnet werden. Diese sind nur im ambulanten Bereich anzusetzen.

40.3 Kostenpauschalen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien

1. Die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 ist nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig. Wird die Auftragsleistung von dem annehmenden Arzt ganz oder teilweise zur Durchführung an einen anderen Arzt weiterüberwiesen, ist die Nr. 40100 in demselben Behandlungsfall für die Weitergabe weder vom weitergebenden noch vom annehmenden Arzt berechnungsfähig.

2. Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft, eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Die Kostenpauschale 40100 steht im Prinzip nur den Pathologen und Laborärzten zu und ist unabhängig von der Menge anfallender Untersuchungen nur einmal im Quartal berechnungsfähig.

Der zweite Satz schließt Porto und andere Versandkosten innerhalb derselben wirtschaftlichen Gemeinschaft aus, auch wenn die Betriebsstätten ggf. weit auseinander liegen.

Versandkostenpauschalen sind unabhängig von der tatsächlichen Art und der dadurch entstehenden Kosten des Versands abzurechnen. Es spielt also keine Rolle, ob die über die GOP zu erstattenden Kosten tatsächlich auch in dieser Höhe angefallen sind.

40100 **Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der**

- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleitungen des Kapitels 32,

- Histologie,

- Zytologie,

- Zytogenetik und Molekulargenetik,

2,60 €

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Kommentar

Die Kostenpauschale 40100 steht im Prinzip nur den Pathologen und Laborärzten zu und ist unabhängig von der Menge anfallender Untersuchungen nur einmal im Quartal berechnungsfähig.

40104 **Kostenpauschale für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren**

5,10 €

Abrechnungsbestimmung

Je Versand

Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigrammen ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Beim Versand von Röntgenbildern muss ein Befund mitgeliefert werden. Wird der Transport durch den Patienten durchgeführt, kann die Pauschale im Gegensatz zu den „Brief-Pauschalen“ nicht angesetzt werden.

40106 **Kostenpauschale für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern**

1,50 €

Abrechnungsbestimmung

je Versand

Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Wird der Transport durch den Patienten durchgeführt, kann die Pauschale nicht angesetzt werden.

40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

Abrechnungsbestimmung

Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse an den auftragserteilenden Arzt können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist.

Kommentar

Dieser Ausschluss ist bereits in der Präambel formuliert.

40120 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z. B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax — 0,55 €

Kommentar

Portokosten können immer auch dann berechnet werden, wenn die eigentliche Leistungsziffer (Brief) wegen der Sperre gegen die Grundpauschale nicht abgerechnet werden darf. Mit dieser Pauschale ist jegliche Übermittlung von Befunden oder Berichten abzurechnen, unabhängig davon, ob es sich um einen postalischen Versand, eine Übermittlung per FAX oder e-mail oder auch einen Botentransport handelt. Auch bei einem Sammelversand mehrerer Briefe an denselben Empfänger fällt die Ziffer jedes Mal an. Es wird nicht die eigentliche Briefmarke, sondern der Gesamtaufwand vergütet.

40122 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g und/oder digitalen Befunddatenträgern (z. B. im Postdienst Kompaktbrief) — 0,90 €

Kommentar

Diese Ziffer ist ebenfalls nicht an die Briefmarke, sondern an das Gewicht des Versandstücks geknüpft. Mit dieser Ziffer wird auch der Transport einer CD mit patientenbezogenen Daten vergütet.

40124 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g (z. B. im Postdienst Großbrief) — 1,45 €

40126 **Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g (z. B. im Postdienst Maxibrief)** **2,20 €**

40.5 **Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, für Besuche durch Mitarbeiter**

40142 **Kostenpauschale für Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01620 , 01621 oder 01622 , bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können,** **1,50 €**

Abrechnungsbestimmung

Je Seite

Kommentar

Wenn Formularanfragen der Kassen in freier Form beantwortet werden, kann pro Seite diese Pauschale zusätzlich zu der Vergütung für die Formulare angesetzt werden.

40144 **Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses,** **0,13 €**

Abrechnungsbestimmung

Je Seite

Kommentar

Mit dieser Pauschale werden Kopien per FAX oder per Zweitausdruck aus dem PC pro Seite vergütet. Allerdings können nur Kopien berechnet werden, die an Ärzte gehen, die in die Behandlung einbezogen sind. Eigenkopien, Kopien für Patienten oder für Kassen müssen privat nach GOÄ berechnet werden.

40150 **Kostenpauschale für drei ausgegebene Testbriefchen, wenn die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01734 oder 32040 nicht erbracht werden konnten** **1,30 €**

Abrechnungsbestimmung

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40150 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01734 und 32040 berechnungsfähig.

Kommentar

Für den Fall, dass Testbriefchen ausgegeben, aber nicht zur Auswertung zurückgegeben werden, kann die Kostenpauschale anstelle der GOP 01734 angesetzt werden.

40154 **Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den Bezug des 13C-Harnstoffs gemäß Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen** **25,60 €**

40160 **Kostenpauschale bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741 , 13401 , 13421 oder 13422 für die beim Eingriff eingesetze(n) Einmalsklerosierungsnadel(n)** **15,00 €**

Kommentar

Die Pauschale kann nur genommen werden, wenn Sklerosierungsnadeln verwendet worden sind. Andere Sachkosten im Zusammenhang der oben genannten Leistungen sind mit der Leistung bereits abgegolten.

40240 **Kostenpauschale einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen** **5,10 €**

Abrechnungsbestimmung

Die Pauschale nach der Nr. 40240 kann nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Arzt im Einzelfall delegiert worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Pauschale nach der Nr. 40240 berechnungsfähig.

Kommentar

Diese Pauschale vergütet den Außeneinsatz praxiseigenen Personals, anstelle der sonst für den Arzt fälligen Besuchsziffer. Diese kann daneben nicht berechnet werden. Die Wegekosten für einen ärztlichen Besuch sind in den einzelnen KVen über gesonderte Verträge spezifisch geregelt und nicht Bestandteil des EBM.

40260 **Pauschalerstattung einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 40240** **2,60 €**

Abrechnungsbestimmung

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40260 kann nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Arzt im Einzelfall delegiert worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Pauschale nach der Nr. 40260 berechnungsfähig.

Kommentar

Analoge Regelung zur GOP 01413; siehe Kommentar dort

40.8 **Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe**

Kommentar

Betrifft nur die Mammographie

40454 **Kostenpauschale für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips** **320,00 €**

Abrechnungsbestimmung

Je Seite

40455 **Zuschlag zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 für die Verwendung von Markierungsclips** **100,00 €**

Abrechnungsbestimmung

Je Seite

40.13 **Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen**

Kommentar

Grundsätzlicher Zuschlag zu den EBM-Ziffern 31141 bis 31147, der nicht abhängig ist von tatsächlich verbrauchten Materialien. Implantate wie z.B. Interferenzschrauben können per Einzelrezept zusätzlich berechnet werden, dagegen nicht Karbonfaserstifte.

40750	**Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142**	**122,00 €**
40752	**Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144**	**200,00 €**
40754	**Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147**	**333,00 €**

Gelegentlich erfolgt eine diagnostische Arthroskopie im Zusammenhang mit einer anderen aufwendigen Leistung, z.B. einer Metallentfernung aus dem Tibiakopf. In diesen Fällen wird ein Simultaneingriff nach den dort beschriebenen Regeln abzurechnen sein. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die GOP-Nr. 31148 (als Zuschlagsziffer für einen Simultaneingriff) keinen Sachkostenzuschlag erhält. Das bedeutet, dass die Arthroskopie in jedem Fall als Haupteingriff mit dem Sachkostenzuschlag und der anderer Eingriff mit den entsprechenden Simultanziffern abzurechnen ist

Immer wieder problematisch ist die Abrechnung von Meniscusankern oder ähnlichen teuren Implantaten im Rahmen rekonstruktiver arthroskopischer Eingriffe. Aus dem Text der eigentlichen Op-Ziffern 31141 – 31148 (*Die Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 Euro. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.*) geht hervor, dass lediglich bei Implantaten im Zusammenhang mit Bandersatzoperationen died oben genannte Zusatzfinanzierung von Materialien greift. Daraus folgern einige Kassen, dass Ankersysteme mit der Kostenpauschale abgegolten sind und nicht zusätzlich als Implantat bezahlt werden. Leider ist die Sachlage hier absolut unübersichtlich und von Kasse zu Kasse und KV zu KV verschieden. Wir empfehlen, ggf. zusätzliche Implantatkosten geltend zu machen, auf einen Rechtsstreit in der Durchsetzung der Bezahlung aber zu verzichten. Nach unserer Erfahrung wird in den meisten Fällen bezahlt.