

Abrechnungs-Ausschlüsse unter der Lupe

— Der EBM beinhaltet eine Vielzahl von Abrechnungsausschlüssen – bei denen es sich manchmal lohnt, die Terminologie genau zu beachten. Denn nicht immer gilt ein Ausschluss „neben“ einer bestimmten Nr. für den ganzen Behandlungsfall und damit das Quartal.

MMW-KOMMENTAR

*Definitiv nebeneinander ausgeschlossen sind Positionen, die **im Rahmen derselben Sitzung nicht nebeneinander** berechnungsfähig sind. Der Ausschluss „nicht neben“ hingegen bezieht sich nur auf denselben Behandlungstag. Eine Abrechnung ist trotzdem möglich, wenn mehrere Sitzungen stattfinden. Hier ist lediglich eine Uhrzeitangabe auf dem Abrechnungsbeleg erforderlich. Die Initiative muss allerdings vom Patienten ausgehen und nicht von der Praxis.*

*Ein umfangreicher Ausschluss ist gegeben, wenn die Leistung als „**im Behandlungsfall nicht neben**“ gekennzeichnet ist. Der Behandlungsfall umfasst alle Leistungen desselben Arztes bzw. derselben Praxis bei demselben Versicherten in demselben Quartal zulasten derselben Krankenkasse. Nur wenn sich einer dieser Parameter ändert – in der Regel das Quartal –, liegt ein neuer Behandlungsfall vor, und die Ansatzkombination ist wieder möglich.*



Bei genauem Hinsehen finden sich manchmal regelrechte Schlupflöcher.

*Dies ist aber auch bei einem Wechsel der Krankenkasse der Fall. Dann sind u. a. die Versichertenpauschale, die Chronikerpauschalen nach den Nrn. 03 220 und 03 221, die Geriatrie-Nrn. 03 360 und 03 362 sowie die palliativmedizinische Betreuung nach den Nrn. 03 370 bis 03 373 auch im selben Quartal erneut berechnungsfähig. Ist eine Leistung **im Krankheitsfall** von der Berechnung ausgeschlossen, kann sie erst nach Ablauf der drei nachfolgenden Quartale wieder angesetzt werden.*

Auch Kombinationen von Ausschlüssen sind beachtenswert. So ist z. B. die Nr. 03 360, das geriatrische Assessment, einmal im Behandlungsfall und zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Da Patienten häufig an verschiedenen Erkrankungen leiden, könnten z. B. Palliativpositionen im Laufe eines Quartals neben Geriatrieleistungen und den Chronikerpauschalen berechnet werden. Dies muss lediglich an unterschiedlichen Behandlungstagen erfolgen.

Diese Kosten berechnen Sie gesondert

— In den Allgemeinen Bestimmungen des EBM findet man in den Abschnitten 7.1 und 7.2 erst einmal Kosten, die man *nicht* gesondert berechnen kann. Das sind neben allgemeinen Praxiskosten – Miete, Gehälter etc. – die Kosten für viele Einmalinstrumente, für Reagenzien, Substanzen und Materialien, die bei Laboruntersuchungen gebraucht werden, sowie für Versand und Transport.

MMW-KOMMENTAR

Gesondert berechnungsfähig sind Versandkosten hingegen für Arztbriefe (z.B. nach den Nr. 01 600 und 01 601) und im Rahmen von Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboruntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, und zwar mit den Pauschalen im EBM-Kapitel V. Das ist für Hausärzte wichtig. Zusätzlich berechenbar sind laut Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Be-

stimmungen außerdem Kosten für Arznei- und Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Patient behält, für Einmalinfusionsbestecke, -katheter und -nadeln, für Einmalbiopsienadeln, sowie für Telefonate mit dem Krankenhaus zu einer stationären Behandlung. Die Berechnung ist in den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen geregelt.