

Erlkönig - Leistungen

Mit der Angabe von Leistungsziffern teilen Sie den Kostenträgern mit, welche Diagnostik und Therapie Sie für eine Patientin oder einen Patienten durchgeführt haben. Die Erfassung von Leistungsziffern ist Grundlage der gesetzlichen und privaten Abrechnung.

Leistungen suchen

Leistungsziffern suchen und erfassen Sie für einen Patienten ebenfalls über das zentrale Suchfeld, indem Sie die gewünschte Ziffer in die Eingabezeile eingeben. RED wird dann prüfen, ob die eingegebene Ziffer existiert und das Ergebnis anzeigen. RED akzeptiert auch mehrere Ziffern, wenn diese durch einen Bindestrich getrennt sind. RED ermöglicht es Ihnen auch, Leistungen über ihre Bezeichnung zu suchen. Dafür geben Sie einfach Ihren Suchbegriff, ggf. ergänzt um einen Suchfilter, in das Suchfeld ein.

Eine Suche ohne Suchfilter wird Ihnen, insbesondere wenn Sie über einen Suchbegriff suchen, Leistungsziffern aus den verschiedenen Leistungskatalogen anzeigen. Um schneller die gewünschten Leistungen zu finden, können Sie Suchfilter verwenden. Durch die Angabe eines Suchfilters teilen Sie RED mit, dass Sie nur Leistungen eines bestimmten Kataloges sehen möchten.

- "#/" Suche nach allen Leistungsziffern aller Kataloge
- "#lk" Suche nur nach EBM-Ziffern für gesetzlich Versicherte
- "#lp" Suche nach Ziffern aus der GOÄ und UV-GOÄ für privat Versicherte und BG-Fälle
- "#lpp" Suche nur nach Ziffern aus der GOÄ für private Episoden

Die Ergebnisse Ihrer Suche zeigt RED Ihnen in einer Trefferliste an. Sie können aus der Trefferliste eine einzelne Leistungsziffer übernehmen, indem Sie auf deren Bezeichnung klicken oder tippen. Möchten Sie mehrere Ziffern auf einmal übernehmen, verwenden Sie die Schaltfläche "Übernehmen" in der rechten oberen Ecke der Trefferliste. Alle Leistungsziffern der Trefferliste, die durch einen Haken markiert sind, werden dann zur weiteren Bearbeitung übernommen.

[blocked URL](#)

[blocked URL](#)

Zusatzangaben für EBM-Leistungen

Nachdem Sie eine oder mehrere Leistungen zur Bearbeitung übernommen haben, zeigt RED Ihnen die Detailseite der Leistungserfassung. Leistungsziffern können mit einer ganzen Reihe von Zusatzangaben ergänzt werden, die erforderlich sind, um ihre Abrechnung zu begründen. Da dies nicht bei allen Leistungsziffern erforderlich ist, sind die dafür notwendigen Eingabefelder (systematisch gruppiert, Links unterhalb der Eingabezeile) erreichbar. Durch Klick auf den entsprechenden Link werden die Eingabefelder für Zusatzangaben ein- und auch wieder ausgeblendet.

Beschreibung

Den Beschreibungstext der Leistungsziffer können Sie anzeigen, indem Sie auf den Link "Beschreibung" klicken. RED zeigt Ihnen dann den Beschreibungstext der Ziffer aus dem Leistungskatalog an.

[blocked URL](#)

Abbildung: Beschreibungstext zur ausgewählten Ziffer

Besuche

In der Gruppe "Besuche" sind zusätzliche Angaben zur Dokumentation von Hausbesuchen zusammengefasst.

Zone: Um Wegegebühren vergütet zu bekommen, ist in einigen KV-Bereichen (z.B. KV Bayern) zusätzlich zur Angabe einer Leistungsziffer für die Wegepauschale die Angabe einer Zone (Z1, Z2, Z3, Z4) erforderlich. In anderen KV-Bereichen sind stattdessen die entsprechenden Leistungsziffern für Wegepauschalen in Ansatz zu bringen.

Doppelkilometer: In einigen KV-Bereichen muss zur Abrechnung von Wegepauschalen zusätzlich zu der entsprechenden Leistungsziffer eine Angabe der einfachen Entfernung in Kilometern anzugeben. Diese Angabe wird benötigt, um den korrekten Erstattungsbetrag zu berechnen.

Besuchsort: In diesem Eingabefeld kann als zusätzliche Begründung für die Abrechnung der Besuchsort eines Hausbesuchs angegeben werden. Durch Klick auf den Link "Hausbesuch" wird die aktuelle Adresse der aktuellen Patientin oder des aktuellen Patienten verwendet.

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Besuche"

Begründung

In der Gruppe "Begründung" sind allgemeine Angaben zusammengefasst, mit denen die Abrechnung der ausgewählten Leistungsziffer zusätzlich begründet werden können.

Freier Begründungstext

In diesem Feld werden verschiedene Sachverhalte dokumentiert. Im Gegensatz zu den anderen Begründungsfeldern ist der in diesem Feld eingegebene Inhalt nicht an ein bestimmtes Thema gebunden. In der Abrechnung privater Leistungen wird dieses Feld daher etwa verwendet, um eine erhöhte Steigerung zu begründen. In der gesetzlichen Leistungsabrechnung wird dieses Feld verwendet, um zusätzliche Sachverhalte zu dokumentieren, die nicht in eines der anderen Begründungsfelder passen.

LP 1 - Beratung auch telefonisch 13

GoÄ - Grundleistungen und allgemeine Leistungen

1 entfernen Untersuchung Zusätze und Wegegeld Beschreibung

Faktor 3

Freier Begründungstext aus

Ausführliche Erläuterung eines schwierigen Sachverhaltes

Datum 31.12.2018 Uhrzeit

Geben Sie in dieses Feld etwas ein, zeigt RED Ihnen eine Vorschlagsliste bereits verwendeter Begründungstexte, aus der Sie schnell den gewünschten Text auswählen können. Sie können aber auch einen neuen Text eingeben, der dann als neuer Begründungstext in die Liste aufgenommen wird. Wichtig - da Sie mehrere Begründungen eingeben können, müssen Sie Ihren Text mit der **Return-Taste** bestätigen.

Die vorhandenen Begründungen können Sie ändern und löschen [Erlkönig - Begründungstexte](#)

Prozent der Leistung: Wurde eine EBM-Leistung noch nicht vollständig erbracht, kann in diesem Feld erfasst werden, zu welchem Prozentsatz die Leistung zum Zeitpunkt der Abrechnung bereits erbracht wurde.

GO-Zusatz: Einige Gebührenordnungspositionen des EBM werden bei Vorliegen besonderer Sachverhalte mit einem Zusatz gekennzeichnet, der aus einem Buchstaben besteht.

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Begründung"

Kosten

Für einige Leistungen nach dem EBM können Sachkosten unter Beifügung der Rechnung geltend gemacht werden, sofern

- sie nicht bereits mit der EBM-Leistung abgegolten sind
- die entsprechenden Materialien nicht als Sprechstundenbedarf bezogen werden können
- die entsprechenden Materialien dem Patienten nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnet werden können
- keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) besteht
- die Kostenträger dem Arzt die entsprechenden Ausgaben direkt vergüten

Die Cent-Beträge von Sachkosten können für EBM-Leistungen im Feld "Betrag" dokumentiert werden. Zu jedem Betrag muss mindestens eine Begründung im Feld "Kostenbezeichnung" erfasst werden. Es können zu einer Leistungsziffer mehrere Beträge mit jeweils einer oder mehreren Bezeichnungen erfasst werden.

Im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung werden GOÄ-Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, über Pseudoziffern abgerechnet. Dabei werden die GOÄ-Nummern im Feld Sachkostenbezeichnung und die Preise im Feld Sachkosten/Materialkosten in Cent erfasst (KBV-Info vom 04.12.2014).

[blocked URL](#)

Abbildung: Erfassung einer Kostenposition mit mehreren Begründungen

Untersuchung

In der Gruppe "Untersuchung" werden verschiedene Ziffernzusätze zusammengefasst, die zur Begründung bestimmter medizinischer Untersuchungsverfahren verwendet werden müssen.

Name des Arztes: Bei einigen Leistungen des EBM, die anderen Ärzten zugute kommen, müssen deren Namen angegeben werden, z.B. bei Gebühr für Kopien eines Berichtes an den Hausarzt oder Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten. Es können mehrere Arztnamen dokumentiert werden.

Untersuchte Organe: Bei einigen diagnostischen und therapeutischen Gebührenordnungspositionen ist anzugeben, welche Organe untersucht wurden. Im EBM betrifft dies in der KV Sachsen beispielsweise die Teilkörperszintigraphie (17310). Es können mehrere Organe angegeben werden. Organe können durch Mehrfachauswahl der angebotenen Schaltflächen ausgewählt werden. Weitere Organe können erfasst werden, indem Sie auf den Link "Weitere Organe erfassen" klicken und die gewünschten Organe in dem dann erscheinenden Eingabefeld eingeben und mit Return bestätigen. Ein einmal so erfasstes Organ wird beim nächsten Mal direkt in der Auswahl angeboten.

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Untersuchung"

Art der Untersuchung: Für einige Leistungen im diagnostischen Bereich muss angegeben werden, was untersucht wurde. Dies betrifft insbesondere "ähnliche" Untersuchungen, die in der Leistungsbeschreibung der entsprechenden Gebührenordnungsposition nicht vorgesehen ist, für die aber keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. In diesen Fällen muss die abzurechnende Leistungsziffer um die Art der Untersuchung ergänzt werden, beispielsweise die Erregerart und die Art der Färbung bei mikroskopischen Untersuchungen, die Substanz(en) oder Substanzgruppe, der Antikörper oder die Antikörperspezifität, der Krankheitserreger oder das Antigen. Es ist eine Angabe zulässig.

Menge AM/KM und Einheit: Für einige Leistungsziffern muss als Abrechnungsbegründung die Menge des verwendeten Arzneimittels bzw. Kontrastmittels angegeben werden.

Erbringungsort: Für einige Gebührenordnungspositionen muss als Abrechnungsbegründung der Ort ihrer Erbringung bzw. der Standort des zu ihrer Erbringung verwendeten Gerätes dokumentiert werden.

Chirurgie

In der Gruppe "Chirurgie" sind besondere Ziffernzusätze zusammengefasst, die etwa als Begründungen bei vor- oder nachstationären Behandlungen angegeben werden müssen.

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Chirurgie". Für die gewählte Leistung muss eine Zusatzangabe dieser Gruppe gemacht werden.

Komplikation: Für die Abrechnung einiger Gebührenordnungspositionen im Bereich Chirurgie ist es erforderlich, dass aufgetretene Komplikationen dokumentiert werden. Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen sind nur unter Angabe des Erst-OPDatums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung abrechenbar.

OP-Datum: Für EBM-Leistungen des Abschnitts 31.4. (postoperative Behandlungskomplexe) hat der abrechnende Vertragsarzt das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.

Schnitt-Naht-Zeit: Zusätzliche operative Eingriffe zum Haupteingriff einer Kategorie können nur als Simultaneingriff (vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) berechnet werden. Das bedeutet, dass neben einem Haupteingriff einer bestimmten Kategorie ein Simultaneingriff nur mit einer Zuschlagsposition entsprechend der Dauer des Eingriffs berechnet werden kann. Der weitere Eingriff muss somit mehr als 15 Minuten zusätzlich zur Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes dauern, um einmal einen Simultaneingriff abrechnen zu können. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe ist die gesamte Operationsdauer (Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit) im Feld "Schnitt-Naht-Zeit" zu dokumentieren.

GOP/OPS

Bei der Leistungsdokumentation chirurgischer Untersuchungen muss zusätzlich ein oder mehrere OPS-Codes als Abrechnungsbegründung und zur Dokumentation erfasst werden. Für einige wenige Leistungen aus dem Kapitel 31.2 des EBM kann der Fall auftreten, dass nicht ein OPS-Code, sondern eine Gebührenordnungsposition als zusätzliche Abrechnungsbegründung herangezogen wird. Dies betrifft in der Regel OP-Eingriffe, bei denen kein OPS-Code vorliegt.

Wird eine Leistung ausgewählt, die als Begründung einen OPS-Code benötigt, wird RED eine Liste der dieser Ziffer zugeordneten OPS-Codes anzeigen, aus der ein oder mehrere OPS-Codes ausgewählt werden können. Alternativ kann statt des OPS-Codes eine Gebührennummer ausgewählt oder eingegeben werden.

blocked URL

Abbildung: Auswahl eines OPS-Codes von der Liste der mit der gewählten Leistung verknüpften OPS-Codes

Poststationär

In der Gruppe "Poststationär" sind Begründungen zusammengefasst, die bei dieser Art der Behandlung angegeben werden müssen.

Zusatzkennzeichen Poststationär: Werden Leistungen in Folge einer stationären Behandlung erbracht (z.B. Wundkontrolle), müssen diese mit diesem Kennzeichen versehen werden.

Aufnahme- und Entlassdatum: Für einige Gebührenordnungspositionen im Bereich der Postoperativen Behandlungskomplexe müssen als Abrechnungsbegründung das Aufnahme- und das Entlassdatum des betreffenden stationären Aufenthaltes angegeben werden.

blocked URL

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Poststationär"

Früherkennung

Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen müssen mit einigen Zusatzangaben versehen werden. Werden Leistungen im Rahmen der Krebsfrüherkennung erbracht, ist zu dokumentieren, ob in der Vergangenheit bereits eine Früherkennung durchgeführt wurde. In diesem Fall muss das Kennzeichen Wiederholungsuntersuchung auf "Ja" gesetzt werden. Zusätzlich kann das Jahr dokumentiert werden, in dem die letzte Früherkennung durchgeführt wurde. Zusätzlich kann die Patienten-ID des Dokumentationsbogens Koloskopie erfasst werden, wenn diese nicht elektronisch durchgeführt wurde.

blocked URL

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Früherkennung"

Zusatzangaben für GOÄ-Leistungen

Nachdem Sie eine oder mehrere GOÄ-Leistungen zur Bearbeitung übernommen haben, zeigt RED Ihnen die Detailseite der Leistungserfassung. Leistungsziffern können mit einer ganzen Reihe von Zusatzangaben ergänzt werden, die erforderlich sind, um ihre Abrechnung zu begründen. Da dies nicht bei allen Leistungsziffern erforderlich ist, sind die dafür notwendigen Eingabefelder (systematisch gruppiert, Links unterhalb der Eingabezeile) erreichbar. Durch Klick auf den entsprechenden Link werden die Eingabefelder für Zusatzangaben ein- und auch wieder ausgeblendet.

[blocked URL](#)

Abbildung: Steigerungsfaktor und Begründung bei einer GOÄ-Leistung

Faktor: Gebührenordnungspositionen der GOÄ werden mit einem Multiplikator (Steigerungsfaktor) abgerechnet. Der Steigerungsfaktor soll die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der Leistungserbringung sowie die besonderen Umstände bei der Ausführung berücksichtigen (§ 5 GOÄ). Ist eine Behandlung wegen der persönlichen Umstände des Patienten beispielsweise aufwändiger, etwa wenn der Patient die Anweisungen nicht richtig verstehen oder umsetzen kann, kann die Gesprächs- oder Untersuchungsleistung mit einem erhöhten Steigerungsfaktor angesetzt werden. Die Höhe des Steigerungsfaktors wird definiert durch:

- **Einfachsatz:** Steigerungsfaktor von 1
- **Schwellenwert:** Übersteigt der Steigerungsfaktor den Schwellenwert, muss dies für die erbrachte Leistung begründet werden. Die Begründung muss sich auf den konkreten Einzelfall beziehen. Für ärztliche Leistungen beträgt der Schwellenwert 2,3, für technische Leistungen 1,8 und für Laborleistungen 1,15.
- **Höchstsatz:** bis zu diesem Wert kann nur mit Begründung gesteigert werden. Übersteigt der Steigerungsfaktor den Höchstsatz, muss dies vor der Behandlung mit dem Patienten oder der Patientin gesondert schriftlich vereinbart und unterschrieben werden. Diese vertragliche Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Für ärztliche Leistungen beträgt der Höchstsatz 3,5, für technische Leistungen 2,5 und für Laborleistungen 1,3.

RED ermittelt aus der für den aktuellen Patienten oder die Patientin angegebenen Vertragsart automatisch den korrekten Steigerungsfaktor. Diesen können Sie hier ändern.

Freier Begründungstext: Im diesem Feld werden verschiedene Sachverhalte dokumentiert. Im Gegensatz zu den anderen Begründungsfeldern ist der in diesem Feld eingegebene Inhalt nicht an ein bestimmtes Thema gebunden. In der Abrechnung privater Leistungen wird dieses Feld insbesondere dazu verwendet, eine erhöhte Steigerung zu begründen.

Untersuchung

In der Gruppe "Untersuchung" werden verschiedene Ziffernzusätze zusammengefasst, die zur Begründung bestimmter medizinischer Untersuchungsverfahren verwendet werden müssen.

Untersuchte Organe: Bei einigen diagnostischen und therapeutischen Gebührenordnungspositionen ist anzugeben, welche Organe untersucht wurden. In der GOÄ betrifft dies beispielsweise die sonographische Untersuchung (410 und 420). Es können mehrere Organe angegeben werden.

Organe können durch Mehrfachauswahl der angebotenen Schaltflächen ausgewählt werden. Weitere Organe können erfasst werden, indem Sie auf den Link "Weitere Organe erfassen" klicken und die gewünschten Organe in dem dann erscheinenden Eingabefeld eingeben und mit Return bestätigen. Ein einmal so erfasstes Organ wird beim nächsten Mal direkt in der Auswahl angeboten.

Art der Untersuchung: Für einige Leistungen im diagnostischen Bereich muss angegeben werden, was untersucht wurde. Dies betrifft insbesondere "ähnliche" Untersuchungen, die in der Leistungsbeschreibung der entsprechenden Gebührenordnungsposition nicht vorgesehen ist, für die aber keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. In diesen Fällen muss die abzurechnende Leistungsziffer um die Art der Untersuchung ergänzt werden

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben der Gruppe "Untersuchung"

Zusätze und Wegegeld

RED bietet für GOÄ-Leistungen eine einfache Funktion, um zusätzlich Leistungen für Wegegelder abzurechnen. Nach Auswahl der Gruppe "Zusätze und Wegegeld" erscheint eine Auswahl, in der man die zurückgelegte Wegstrecke sowie den Zeitbezug (Tag oder Nacht) angeben kann. RED ermittelt aus diesen Angaben die korrekte Wegeziffer und fügt diese zur Bearbeitung hinzu.

[blocked URL](#)

Abbildung: Zusatzangaben Wegegeld