



Suchtbehandlung: Abgrenzung GKV versus IGeL

Entwöhnungen von Abhängigen sind überwiegend nicht zu Lasten der GKV berechnungsfähig, ausgenommen Substitutionsbehandlungen bei Opiat-abhängigen. Bei alltäglichen Abhängigkeiten wie Nikotin-, Spiel-, Internetsucht usw. ergeben sich – wenn auch nur bedingt – Möglichkeiten zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dem EBM.

Abhängige konsultieren ihren Hausarzt zumeist, wenn die Abhängigkeit noch nicht zu Folgeerkrankungen geführt hat oder noch kein durch die Sucht bedingter sozialer Abstieg eingetreten ist. Stellt der Hausarzt das Vorliegen einer Sucht bei einem Patienten fest oder offenbart sich ein Patient von sich aus dahingehend, dass er abhängig ist und eine Behandlung wünscht, sind die entsprechenden Suchtformen als Behandlungsdiagnosen mit dem entsprechenden ICD-10-Code anzugeben, zum Beispiel die Abhängigkeit von Nikotin mit den Code F17.2, von Alkohol mit F10.2, bei Spielsucht mit F63.0 usw.

Die vordringliche und klassische Behandlung einer Sucht besteht darin, den Abhängigen möglichst zu entwöhnen. Entwöhnungsbehandlungen – ausgenommen die substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger, abzurechnen nach den GOP 01949 bis 01960 EBM – sind nicht zu Lasten der GKV berechnungsfähig. Suchen Patienten ihren Hausarzt auf, weil sie sich wegen einer Sucht behandeln lassen möchten, ist klarzustellen, dass derartige Behandlungen nur als Selbstzahlerleistungen (IGeL) möglich sind. Die erste Konsultation sollte allerdings zu Lasten der GKV über die Krankenversichertenkarte abgerechnet werden, da die Patienten in der Regel davon ausgehen, dass mit der Abhängigkeit eine Erkrankung vorliegt. Führen allerdings Abhängigkeiten, zum Beispiel von Alkohol oder Nikotin, bei längerem Missbrauch zu Folgeerkrankungen, ist deren Behandlung zu Lasten der GKV

durchzuführen. Bei vielen alltäglichen Suchtformen weisen die Betroffenen zwar eine gewisse Abhängigkeit und Auffälligkeit auf, Zeichen einer manifesten Erkrankung bestehen aber zumeist nicht, etwa bei der Internetsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht, Spielsucht usw. Es gibt nahezu keine Tätigkeit im Alltagsleben, deren Ausübung sich nicht zu einer Sucht entwickeln kann, bei der Betroffene eine Behandlung durch ihren Hausarzt wünschen.

Suchtbehandlung als GKV-Leistung

Zumeist berichten Patienten über eine bestimmte Sucht, wenn sie ohnehin aus anderen Gründen bei ihrem Hausarzt in Behandlung sind. Häufig werden Süchte auch von Angehörigen der Betroffenen vorgetragen. Die Beratung zu einer Sucht ist bei mindestens zehn Minuten Dauer je vollendete zehn Minuten nach 03230 EBM (problemorientiertes ärztliches Gespräch) berechnungsfähig. Die GOP 03230 kann auch berechnet werden, wenn die Erörterung der Probleme eines Suchtkranken mit einer Bezugsperson geführt werden.

Abhängige als Chroniker

Bei vielen Abhängigen gelingt eine Entwöhnung nicht. Kommen Abhängige regelmäßig wegen derselben Sucht zur Behandlung, können die Voraussetzungen zur Abrechnung der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 gegeben sein, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten Suchterkrankung jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen – davon zwei persönliche – in derselben Praxis stattgefunden hat. Sucht zum Beispiel ein von einer Spielsucht betroffener Patient seinen Hausarzt entsprechend den Vorgaben zur Berechnung der Chronikerpauschale

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!

Wichtig

- Entwöhnungsbehandlungen sind in der Regel nicht zu Lasten der GKV berechnungsfähig
- **03230 EBM:** Erörterungen mit Suchtkranken oder mit deren Bezugspersonen, auch ohne Anwesenheit des Suchtkranken
- Bei chronisch Suchtkranken Chronikerpauschalen 03220 und 03221 ansetzen
- **Psychosomatische Behandlungen Suchtkranker:** 35100 und 35110 EBM, ICD-10-Codes mit „F“ angeben

len auf, ist im Zeitraum der letzten vier Quartale jeweils derselbe ICD-10-Code, z. B. F63.0 für Spielsucht, als gesicherte Erkrankung mit dem Zusatz G anzugeben.

Psychosomatik

Bei Süchten können sich Abhängigkeits-syndrome entwickeln, die einer psychosomatischen Behandlung bedürfen. Wird die differentialdiagnostische Abklärung psychosomatischer Krankheitszustände nach GOP 35100 abgerechnet, ist unbedingt der Zusammenhang zwischen der vorliegenden Sucht und der zu behandelnden psychischen Verhaltensstörung zu dokumentieren. Bei Abhängigkeiten von Alkohol können sich psychische Verhaltensstörungen (F10.8) ergeben, ebenso bei Abhängigkeiten von Nikotin (F17.8) usw.

Hinweis:

Die KVen prüfen vermehrt, ob bei Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung nach GOP 35100 und 35110 plausible Diagnosen angegeben wurden. Dabei wird vorwiegend geprüft, ob ICD-10-Codes mit dem Buchstaben „F“ angegeben sind.



Abrechnungsempfehlungen zu telemedizinischen Leistungen

In Heft 26 des Deutschen Ärzteblatts vom 26.06.2020 wurden Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer (BÄK) zu telemedizinischen Leistungen veröffentlicht.

Diese Empfehlungen sind mit der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe abgestimmt, sodass, wenn man nach den Empfehlungen vorgeht, keine Erstattungsschwierigkeiten und Nachfra-

gen beim Hausarzt zu erwarten sind. Die Empfehlungen finden Sie in der Tabelle. Dort, wo die GOÄ-Positionen als „originär“ angesetzt werden (ohne „analog“-Kennzeichnung) beruht das darauf, dass die Leistungsbeschreibung im Sinne der GOÄ (§ 4 Abs. 2a) nur eine „besondere Ausführung“ der GOÄ-Leistungslegende ist und deshalb eine Analogabrechnung nicht erforderlich ist. Bei der Rechnungserstellung sollte auch beim „originären“

GOÄ-Nr.	Beschreibung	Punkte	Euro*
1 analog	Beratung durch den Arzt mittels E-Mail (Chat und SMS ausgeschlossen)	80	10,72
1 bzw. 3 originär	Beratung durch den Arzt mittels Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde)	80 bzw. 150	10,72 bzw. 20,11
5 analog	Visuelle symptomatische klinische Untersuchung mittels Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde)	80	10,72
2 analog	Ausstellung von Rezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen mittels Videotelefonie, E-Mail (Chat und SMS ausgeschlossen), durch Medizinische Fachangestellte	30	3,15
70 analog	Erstellung oder Aktualisierung und ggf. elektronische Übersendung eines Medikationsplans	40	5,36
76 analog	Verordnung und ggf. Einweisung in Funktionen bzw. Handhabung sowie Kontrolle der Messungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen	70	9,38
60 originär	Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und/oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts	120	16,09
60 analog	Gemeinsame ärztliche telekonsiliarische Fallbeurteilung im Rahmen diagnostischer Verfahren (z. B. bildgebender Verfahren wie CT-, MRT-, Röntgenaufnahmen, Videoendoskopie etc. und/oder z. B. histologischer Befundungen wie Schnittdiagnostik, Ausstrich) („Telekonsil“)	120	16,09
661 analog	Telemetrische Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers, eines Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT), wenn die Daten über eine größere räumliche Entfernung übertragen werden (z. B. aus der häuslichen Umgebung des Patienten heraus)	530	55,61

Tab.: Abrechnungsempfehlungen der BÄK zu telemedizinischen Leistungen vom 14./15.05.2020.

*die angeführten Euro-Beträge beziehen sich auf den Ansatz des 2,3- bzw. 1,8-fachen Faktors

Wichtig

- Die BÄK gibt im Deutschen Ärzteblatt vom 26.06.2020 (Heft 26) mit privaten Kostenträgern konsentiertere Empfehlungen zur Abrechnung telemedizinischer Leistungen
- Auch wenn einige Fragen aufgeworfen werden, sollte man die Leistungen wie in den Empfehlungen beschrieben abrechnen. Ablehnungen von Kostenträgern und Rückfragen von Patienten sind dann sehr unwahrscheinlich

Ansatz der GOÄ-Ziffer die Leistungsbeschreibung wie in der Tabelle angeführt erfolgen. Bei den als „analog“ gekennzeichneten Ziffern ist das nach § 12 Abs. 4 GOÄ ohnehin erforderlich.

Warum bei der Nr. 1 analog Chats und SMS ausgeschlossen wurden, erschließt sich aus der Veröffentlichung nicht. Bei der Nr. 5 analog heißt „Videoübertragung“ nicht, dass der Patient ein Video übertragen muss. Fotos reichen auch. Ebenso erschließt sich nicht, warum der Medikationsplan (einer, der inhaltlich etwa der GOP 01630 EBM entspricht) nur der Nr. 70 und nicht der Nr. 76 analog zugeordnet wurde.

Zuschläge

„Unzeitzuschläge“ (A ff. bzw. E ff.) gelten auch bei der telemedizinischen Leistungserbringung. Allerdings muss dafür eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein (z. B. Dringlichkeit). Organisatorische Notwendigkeiten allein reichen nicht.

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!



Den IGeL-Monitor im Auge behalten

Im „IGeL-Report 2020“ des „IGeL-Monitors“ wurden Ergebnisse einer Versichertenumfrage vorgestellt, die wieder einmal fragwürdig sind. Hausärzte sollten sie aber trotzdem beachten.

In sachlicher Hinsicht kann man den „IGeL-Monitor“ nur eingeschränkt ernst nehmen. Viele der zuvor über Jahre in seiner Kritik stehenden ärztlichen IGeL-Angebote wurden schließlich in den Leistungsbereich der GKV übernommen. Gestern noch fragwürdige IGeL – heute „gute“ GKV-Leistung? Besonders betrifft das die Bereiche von Vorsorge und Früherkennung. Angefangen hat das z.B. mit Koloskopien zur Früherkennung von Darmkrebs, relativ aktuell sind das immunologische Stuhltests und das sonographische Screening auf Bauchaortenaneurysmen. Außerhalb des im EBM und in Richtlinien abgebildeten Leistungsumfangs werden von Krankenkassen Zusatz-Versicherungs-

angebote offeriert, die beispielsweise „Glaukom-Vorsorge“ und „Schlaganfall-Vorsorge“ beinhalten. Beides wird vom „IGeL-Monitor“ als „tendenziell negativ“ beurteilt. Dabei beschränkt man sich aber auf die Augeninnendruck-Messung bzw. die Sonographie der Carotiden. Dass die IGeL-Angebote komplexer sind, wird nicht beachtet.

Hausärzte sollten die Umfrage aber nicht unbeachtet lassen. Zwar ist auch sie methodisch und in der Interpretation der Ergebnisse fragwürdig, die öffentliche Wirkung sollte man trotzdem nicht unterschätzen. Teile der Presse und Politik sind darauf prompt angesprungen.

Wirtschaftliche Aufklärung und Behandlungsvertrag

Nach dem Report seien nur 57 % der befragten Personen schriftlich über die Kosten der Behandlung informiert worden,

Wichtig

- Aufklärung über Art und Nutzen der IGeL-Leistung ist selbstverständlich
- Darüber hinaus einen IGeL-Behandlungsvertrag abzuschließen ist nicht nur rechtlich verpflichtend, es vermeidet auch berechtigte Kritik
- Da der Umfang der IGeL-Leistung in der Regel feststeht (ggf. mit Spannen z.B. bei der Anzahl notwendiger Sitzungen), ist das zwar lästig, aber inhaltlich einfach

nur 49 % hätten vorher unterschrieben, dass sie die IGeL-Leistung möchten. Die Prozent-Angaben sind hinterfragbar, aber auch in Seminaren zur Abrechnung von IGeL hält ein (deutlich geringerer) Teil der Ärzte solche Formalien nicht für wichtig, teils sogar für überflüssig. Dabei muss man aber einschränken, dass dies besonders für solche IGeL gilt, deren Kosten für den Patienten gering sind.

Trotzdem darf man nicht außer Acht lassen, dass es sich bei den Forderungen nach wirtschaftlicher Aufklärung und einem Behandlungsvertrag um einzuhaltende rechtliche Forderungen handelt (s. Infokasten).

Inhalt und Art der Vereinbarung

Die Vereinbarung muss schriftlich erfolgen (s. § 630c BGB). Dazu, wie diese dann beschaffen sein muss, gab es längere Zeit Diskussionen. Der Einfachheit halber kann man sich z.B. an dem Muster orientieren, das die Bundesärztekammer auf Seite 31 ihres „Ratgebers zu Individuellen Gesundheitsleistungen“ gibt (zu finden z.B. unter bundesaeztekammer.de mit den Suchworten „Ratgeber“ und „Gesundheitsleistungen“).

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!

Bundesmantelvertrag – Ärzte

GKV-Patienten wissen oft nicht, dass sie eigentlich selbst zahlungspflichtig sind und die Krankenkasse nur für sie einspringt. Sozusagen als „Verbraucherschutzbestimmung“ ist deshalb in § 18 Abs. 8 Nr. 3 des BMV geregelt, dass der Arzt vom (GKV-) Versicherten eine Vergütung nur fordern darf, wenn für Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsumfangs vorher die schriftliche Zustimmung des Patienten eingeholt wurde und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Bürgerliches Gesetzbuch

Ebenso dem „Verbraucherschutz“ dienend heißt es in § 630c des BGB: „Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.“ Zwar ist es in weitaus erster Linie Sache des Patienten, zu wissen wie er versichert ist. Bei GKV-Versicherten aber sieht der BGH im Urteil vom 28.01.2020 (AZ.: VI ZR 92/19) den Arzt sozusagen im „Informationsvorteil“. Ein Vertragsarzt werde aus seiner Abrechnungspraxis wissen, ob die Leistung in den Leistungsbereich der GKV falle oder nicht. Erst recht muss das gelten, wenn die Leistung schon vom Arzt aus als „IGeL“ angeboten wird.

Gesetzliche Grundlagen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht.