



Geriatric-Positionen korrekt abrechnen

Die Geriatricpositionen 03360 und 03362 wurden zum I. Quartal 2014 in den EBM aufgenommen. Bei der Abrechnung dieser Gebührenordnungspositionen (GOP) ergeben sich immer wieder Probleme. Die folgenden Abrechnungsbestimmungen sollten Sie kennen.

Die Abrechnung der GOP 03360 und 03362 ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden:

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr, bei denen entweder zusätzlich ein Pflegegrad (Pflegegrad I–V) vorliegt oder eine geriatrictypische Morbidität.
- Bei Patienten unter 70 Jahren sind die GOP 03360 und 03362 bei bestimmten Diagnosen berechnungsfähig: Demenz (F00 bis F02), Alzheimer (G30), Primärer Parkinson (G20.1) und Parkinson mit Beeinträchtigung (G20.2).

Abrechnungsbestimmungen der GOP 03360

Mind. ein persönlicher APK

In der Leistungslegende zu GOP 03360 sind unter vier Spiegelstrichen obligate Leistungsinhalte aufgeführt, die bei jeder Abrechnung erbracht und dokumentiert werden müssen. Der geforderte persönliche Arzt-Patienten-Kontakt (APK) ergibt sich durch die Abrechnung der Versicherungspauschale 03000.

Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten

Unter einem weiteren Spiegelstrich wird die Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten gefordert, nachzuweisen durch Testverfahren. In der Leistungslegende sind beispielhaft einige Testverfahren genannt (z.B. der Barthel-Index) von denen bei jeder Abrechnung der GOP 03360 einer erbracht und dokumentiert werden muss. Da die Testverfahren nur beispielhaft genannt sind, können auch andere gleichwertige Tests durchgeführt werden.

Beurteilung Mobilität und Sturzgefahr

Unter einem weiteren Spiegelstrich wird die Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr gefordert. In der Leistungsbeschreibung sind Testverfahren beispielhaft genannt, es können auch andere gleichwertige Tests eingesetzt werden.

Die GOP 03360 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig. Beispiel: GOP 03360 erstmalig im IV. Quartal 2020 und noch einmal im I. Quartal 2021: Die GOP 03360 ist erneut im IV. Quartal 2021 berechnungsfähig.

Das geriatric Basisassessment nach GOP 03360 kann auch bei Verdacht oder zum Ausschluss einer geriatric Erkrankung mit dem Zusatz V oder A abgerechnet werden.

Abrechnungsbestimmungen der GOP 03362

GOP 03360 wurde bereits erbracht

Grundvoraussetzung für die Berechnung der geriatric Betreuung nach GOP 03362 ist, dass zuvor das geriatric Basisassessment gemäß GOP 03360 erhoben wurde. Die Erhebung des Basisassessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

Gesicherte geriatric Diagnose

Bei Berechnung des geriatric Betreuungskomplexes muss eine gesicherte entsprechende Diagnose vorliegen (ICD Zusatzzeichen G). In der Leistungslegende zur GOP 03362 sind eine Reihe von geriatric Syndromen beispielhaft genannt. Auch andere geriatric Syndrome berechtigen zur Abrechnung der GOP 03362. Beispielhaft genannt sind: Frailty-Syndrom (Gebrechlichkeit) R54.G, Harninkontinenz R32, Stuhlinkontinenz R15.

Die GOP 03362 kann zusätzlich zur Versicherungspauschale 03000 in demselben Behandlungsfall nur berechnet werden, wenn ein weiterer APK vorliegt.

Wichtig

- Basisassessment 03360 auch bei entsprechenden ICD-10-Codes mit dem Zusatz A oder V berechenbar
- GOP 03362 nur bei gesicherter Diagnose mit dem ICD-10 Zusatz G
- GOP 03360 und 03362 bei Patienten älter als 70 Jahre mit geriatrictypischer Morbidität oder mit Pflegegrad. Bei Patienten jünger als 70 Jahre nur bei den ICD-10-Codes F00 bis F02, G30, G20.1 und G20.2
- GOP 03360 und 03362 neben den Chronikerpauschalen 03220 und 03221 berechnungsfähig
- GOP 03360 und 03362 nur neben den Palliativpositionen 03370 bis 03373 ausgeschlossen, anlässlich anderer APK sind die Palliativpositionen zusätzlich berechnungsfähig

Abrechnungskombinationen

Palliativziffern

Patienten mit geriatric Syndromen erfüllen häufig auch die Abrechnungsvoraussetzungen für die GOP 03370 bis 03373 bei palliativmedizinischer Versorgung oder für die Chronikerpauschalen 03220 und 03221.

Die Palliativpositionen 03370 bis 03373 sind nur neben der Berechnung der Geriatricpositionen 03360 und 03362 ausgeschlossen, anlässlich anderer APK im Quartal können die Palliativpositionen 03370 bis 03373 zusätzlich zu den GOP 03360 und 03362 berechnet werden.

Chronikerziffern

Die Berechnung der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 neben den Geriatricpositionen 03360 und 03362 ist nicht ausgeschlossen.



Lungenfunktionsmessungen beim Hausarzt

Wir zeigen Abrechnungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis angewandter Lungenfunktionsdiagnostik (ohne Bodyplethysmographie) in der GOÄ auf. Vom EBM unterscheiden sich die Abrechnungsmodalitäten vor allem dadurch, dass es keine Komplexleistung (03330 EBM) gibt, sondern Einzelleistungen berechnet werden.

Die „kleinste“ Lungenfunktionsprüfung (LuFu) in der GOÄ ist die Nr. 608 (s. Infokasten). Sie kann schon für die Bestimmung auch nur eines Parameters berechnet werden, allerdings auch bei Be-

GOÄ-Nrn. auf einen Blick

Kleine LuFu

Nr. 608 GOÄ:

„Ruhe-spirographische Teiluntersuchung (z.B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt, 1,8fach 7,97 €.“

Tests auf Medikamentenwirkung

Nr. 604 GOÄ:

„vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen.“

Nr. 609 GOÄ:

„Bestimmung der relativen und absoluten Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen, 1,8fach 19,09 €.“

Ruhe-spirographie

Nr. 605 GOÄ:

„Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden.“

Nr. 605a GOÄ:

„Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation, 1,8fach 14,69 €.“

stimmung mehrerer Parameter (z.B. Peakflow und Atemstoßwert) in einer Sitzung nur einmal. Wird eine Flussvolumenkurve dargestellt und dokumentiert, ist Nr. 605a zusätzlich zu Nr. 608 GOÄ berechenbar (s. Infokasten). Nicht zusätzlich zu Nr. 608 berechenbar sind die Nrn. 603 oder 604 (Atemwegwiderstände), 605 (Ruhe-spirographische Untersuchung).

Tests auf Medikamentenwirkung

Nr. 604 GOÄ ist bei der Untersuchung mit verschiedenen Pharmaka mehrfach berechnungsfähig (s. Infokasten). Bei Verwendung nur eines Pharmakons in verschiedenen Konzentrationen ist Nr. 609 jedoch nur einmal berechnungsfähig, ggf. kann der Faktor erhöht werden (bis 2,5-fach). Zu Nr. 604 sind die Kosten abgegolten.

Inhaltlich verwandt mit der Nr. 608 ist die Nr. 609 (s. Infokasten), z.B. der Bronchospasmolysetest mittels Bestimmung der Sekundenkapazität. Die Nrn. 608 und 609 schließen sich aus. Nicht ausgeschlossen zur Nr. 609 ist aber die Nr. 604. Hinweis: Für den bronchialen Provokationstest mit Allergenen sind die Nrn. 397/398 zuständig.

Nr. 609 ist bei Verwendung verschiedener Pharmaka in einer Sitzung mehrfach berechnungsfähig. Bei Verwendung nur eines Pharmakons in verschiedenen Konzentrationen ist Nr. 609 jedoch nur einmal berechnungsfähig, der höhere Aufwand kann mit einem höheren Faktor (bis 2,5-fach) berücksichtigt werden. Zur Nr. 609 sind mit der Gebühr die Kosten (z.B. für die Bronchospasmolytika) abgegolten. Für die Nrn. 397/398 gilt das aber nur bei Verwendung serienmäßig lieferbarer Testmittel. Für einen NO-Atemtest (z.B. zur Kontrolle bei Kortikoidtherapie) ist Nr. 615 analog berechenbar (1,8-fach 23,82 €) berechenbar.

Ruhe-spirographie

„Kernleistung“ der hausärztlichen Lungenfunktionsprüfung ist die Nr. 605 GOÄ

Wichtig

- Nr. 608 GOÄ ist pro Sitzung nur einmal berechnungsfähig
- Die Nrn. 604 und 609 sind bei Verwendung verschiedener (!) Pharmaka in einer Sitzung auch mehrfach berechnungsfähig. Für Allergentests treffen die Nrn. 397/398 zu
- Für den NO-Atemtest ist Nr. 615 analog berechenbar
- Die Nrn. 605 und 605a sind pro Sitzung nur einmal berechnungsfähig
- Nr. 605a ist zu den Nrn. 605, 606 und 608 berechenbar

(s. Infokasten). Sie umfasst insbesondere Kapazitäts- und Volumenbestimmungen.

Neben Nr. 605 sind die Nrn. 606 (spiroergometrische Untersuchung) und 608 ausgeschlossen.

Nr. 605 GOÄ stellt auf eine „Untersuchung“ ab. Dies ist anders als z.B. bei der Nr. 609, die auf eine „Bestimmung“ abstellt. Nr. 605 kann deshalb in einer Sitzung nur einmal berechnet werden.

Die Darstellung der Flussvolumenkurve ist eine in der GOÄ eigenständig angeführte Leistung mit der Nr. 605a (s. Infokasten). Sie kann zusätzlich zu Nr. 605 berechnet werden, ebenso zu den Nrn. 606 (Spiroergometrie) und 608 (ruhe-spirographische Teiluntersuchung). Da Nr. 605a die Flussvolumenkurve zwar in der Einzahl anführt, dies aber „bei spiographischen Untersuchungen“ (Plural), kann sie nur einmal pro Sitzung berechnet werden (von der Ausnahme bei Bodyplethysmographie im Rahmen der Testung bronchialer Hyperreagibilität abgesehen). Der erhöhte Aufwand der Darstellung mehrerer Flussvolumenkurven zu verschiedenen Leistungen in einer Sitzung oder z.B. im Rahmen einer Spiroergometrie (Nr. 606) kann nur mit einem höheren Faktor zu Nr. 605a berücksichtigt werden (bis 2,5-fach).



Kinesiotherapie zur Schmerzbehandlung

In der hausärztlichen Praxis wird Kinesiotaping zum Beispiel zur Behandlung von Rückenschmerzen, arthrosebedingten Schmerzen, haltungsbedingten Kopfschmerzen und Sehnscheidenentzündungen eingesetzt.

Kinesiotaping kennt inzwischen fast jeder Patient. Bei vielen Sportlern sieht man am Knie oder wenn das Trikot ausgezogen wird, die „bunten Bänder“. Trotz der weiten Verbreitung ist Kinesiotaping eine IGe-Leistung. Manche Krankenkassen erstatten aber auf Antrag einen Teil der Kosten. Darauf sollte man die Patienten hinweisen.

Wie ist das Prinzip der Anwendung?

Anders als beim herkömmlichen Tape-Verband wird beim Kinesiotaping statt festem Material ein elastisches Material verwendet. Die speziellen Bänder werden so über Muskelgruppen (z.B. an Rücken, Schulter, Arm oder im Kniebereich) geklebt, dass bei Bewegungen Spannungen und Entspannungen entstehen. Etwas vereinfacht: Es entsteht eine Art Massagewirkung mit Verbesserung von Durchblutung und Lymphabfluss. Hämatome und Entzündungen klingen schneller ab. Die Wirkung erfolgt dadurch über die gesamte Anwendungsdauer, nicht nur über eine kurze Zeit.

Im Zweifel muss vor der Anwendung, ggf. auch mit bildgebenden Verfahren, eine nicht-muskuläre Ursache der Schmerzen ausgeschlossen werden. Die Diagnostik der muskulären Ursache erfolgt durch manualmedizinisch-physiotherapeutische Untersuchung. Die Abklärung der Schmerzursache kann zu Lasten der GKV erfolgen.

Wie viele Behandlungen sind üblich?

Abhängig von der Art der Erkrankung und dem Körperbereich werden ein oder mehrere Tapes (bis zu 15) appliziert. Die Tapes bleiben meist einige Tage, am Rücken auch

bis zu 14 Tagen kleben. Danach ist die Wirkung der Tapes erschöpft. Meist sind mehrere Behandlungen erforderlich (oft zwei bis drei), bei akuten Schmerzen kann aber auch eine einmalige Behandlung ausreichend sein. Die Behandlung ist schmerzfrei und in der Regel nebenwirkungsfrei. Hautreaktionen auf den Kleber sind aber nicht auszuschließen. Bei Hauterkrankungen und Varizen sollte der Einsatz von Kinesiotapes sorgfältig abgewogen werden. Da durch falsches Kinesiotaping auch Schaden angerichtet werden kann, sollte die Anwendung nur durch dafür qualifizierte Anwender erfolgen.

Wie wird abgerechnet?

Als IGeL muss die Leistung nach der GOÄ berechnet werden. Da jedoch auch die GOÄ für diese Therapie keine direkt zutreffende Leistungsposition aufweist, kann die Abrechnung nur analog erfolgen. Nach § 6 Abs. 2 der GOÄ ist der Abgriff mit einer in „Art, Kosten- und Zeitaufwand“ vergleichbaren Leistung gefordert. Dies führt zur Nr. 207 GOÄ (Tape-Verband eines großen Gelenkes, 2,3-fach 13,41 €). Bei sehr großer Ausdehnung (z.B. an der Wirbelsäule) kann Nr. 207 bis 3,5-fach (resultierend sind dann 20,40 €) gesteigert werden. Häufig ist auch ein Preis von 15 bis 20 € pro Sitzung anzutreffen, gebildet mit der Nr. 269 (Akupunktur) und einem entsprechend „krummen“ Faktor. Vorteil ist dadurch die mögliche Bandbreite der Endbeträge.

Wie berechne ich die Materialkosten?

Die Kosten für das verbrauchte Tape sind als Auslagenersatz (nach § 10 GOÄ) berechenbar. Sehr korrekt ist eine Abrechnung der bei dem Patienten verbrauchten Menge (Umrechnung des Rollenpreises und deren Länge auf die verbrauchte Länge in Zentime-

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

Wichtig

- Kinesiotaping ist in der hausärztlichen Praxis eine vor allem zur Behandlung muskulär bedingter Schmerzen erfolgreich eingesetzte Behandlungsmethode
- Die Therapie ist IGeL-Leistung. Entsprechend ist ein schriftlicher Behandlungsvertrag abzuschließen
- Die Berechnung erfolgt oft mit der Nr. 207 GOÄ analog pro behandelte Körperregion, aber auch mit der Nr. 269 analog und dem Aufwand entsprechend gewähltem „krummen“ Faktor. Die Kosten für die Pflaster können nach § 10 GOÄ als Auslagenersatz berechnet werden
- Bei Privatpatienten wird die Behandlung i. d. R. problemlos erstattet

tern). Einfacher ist, die Ergiebigkeit der Rolle für die Zahl an Behandlungen festzustellen und den Rollenpreis dann für die jeweilige Behandlung anteilig zu berechnen.

Da bei IGeL ohnehin ein schriftlicher Behandlungsvertrag mit vorheriger Benennung der Kosten geschlossen werden muss, sind auch höhere Preise, z.B. durch Berechnung der Nr. 207 statt pro behandelte Körperregion für jedes der angelegten Pflaster anzutreffen. Dabei gerät man aber ggf. in Konflikt mit der Forderung der GOÄ nach „Gleichwertigkeit“ des Honorars bei Analogabrechnung. Schließlich ist auch zu bedenken, dass die Akzeptanz des Angebots leiden könnte.

Erstattet die PKV die Kosten?

Bei Privatpatienten wird die Therapie in der Regel von der privaten Krankenversicherung und Beihilfe problemlos erstattet. Seltenen Erstattungsproblemen kann mit dem Hinweis, dass es sich um eine anerkannte Art der Schmerzbehandlung handelt, in der Regel erfolgreich begegnet werden.