



Keine Vergütung bei unvollständiger Leistungserbringung

Werden bei der Abrechnung einer Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM nicht alle obligaten Leistungsinhalte erbracht und dokumentiert, können die entsprechenden GOP nicht abgerechnet werden. Wird bei einer Prüfung festgestellt, dass der geforderte vollständige Leistungsinhalt einer GOP nicht dokumentiert ist, resultiert daraus die Streichung der entsprechenden GOP.

Die allgemeinen Bestimmungen des EBM legen unter 2.1 fest: „Eine GOP ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist.“ Und weiter: „Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht, die Dokumentationspflichten (ICD-10 GM, OPS-Code) erfüllt so wie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.“ Verdeutlicht wird das Ganze noch einmal unter 2.1.2 der allgemeinen Bestimmungen: „Eine GOP, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden.“

Vollständige Leistungserbringung

Wird der geforderte Leistungsinhalt einer GOP nicht erbracht, ist es für deren Berechnung unerheblich, ob die Erbringung des vollständigen Leistungsinhalts lediglich übersehen wurde oder ob es nicht möglich war, den geforderten Leistungsinhalt vollständig zu erbringen.

Beispiel: Notdienst

Im Notfalldienst muss ein transurethraler Blasenkatheter gelegt werden. Trotz intensiver Bemühungen gelingt es nicht, die GOP 02323 ist nicht berechnungsfähig. Oder: Eine i. v. Infusion soll bei einer Notfallbehandlung appliziert werden, es wird keine Vene gefunden, die GOP 02100 ist nicht berechnungsfähig. Weiter: Bei der Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs (GOP 03322, mindestens 18 Stunden) oder einer

Langzeit-Blutdruckmessung (GOP 03324, mindestens 20 Stunden) wird die geforderte obligate Aufzeichnungszeit nicht erreicht, sei es wegen eines technischen Defekts, sei es, dass der Patient die Aufzeichnung unterbrochen hat. Da der geforderte Leistungsinhalt nicht vollständig erfüllt ist, sind die GOP nicht berechnungsfähig.

Leistungserbringung durch mehrere Ärzte

Gemäß 2.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM hat der Arzt die Leistung unter seiner Arztnummer abzurechnen, von dem die Vollständigkeit der Leistung erreicht wird. Relevant ist das in der Regel nur für Gemeinschaftspraxen.

Beispiel: Versorgung sekundär heilender Wunden

Die Berechnung der Behandlung sekundär heilender Wunden nach der GOP 02310 setzt mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte (APK) im Quartal voraus. In einer Gemeinschaftspraxis erfolgt der erste und der zweite persönliche Kontakt bei Arzt A, ein dritter persönlicher APK bei demselben Patienten in demselben Quartal bei Arzt B. Arzt B muss die GOP 02310 unter seiner Arztnummer abrechnen. Und: Kommt es in demselben Quartal nur zu zwei persönlichen APK bei demselben Patienten, ist die GOP 02310 nicht berechnungsfähig, die Behandlung der sekundär heilenden Wunde ist dann mit der Berechnung der Versichertenpauschale abgegolten.

Fakultative Leistungsinhalte

Die Erbringung fakultativer Leistungsinhalte ist zur Berechnung der entsprechenden GOP nicht erforderlich. Werden allerdings fakultative Leistungsinhalte erbracht, sind diese zu dokumentieren. Die Möglichkeit zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte muss nicht in der eigenen Praxis

Wichtig

- Nur vollständig erbrachte Leistungen sind berechnungsfähig
- Die Vollständigkeit der Leistungserbringung muss durch die Dokumentation aller obligaten Leistungsinhalte belegt werden können
- Zur Vollständigkeit der Leistungserbringung gehört auch die Angabe des dazugehörenden ICD-10-Codes
- Fakultative Leistungsinhalte einer GOP müssen nicht erbracht werden. Werden diese allerdings erbracht, ist eine entsprechende Dokumentation erforderlich

gegeben sein. Es reicht der Nachweis, dass bestimmte Gerätschaften, die zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte erforderlich sind, zwar nicht in der eigenen Praxis vorhanden aber andernorts, zum Beispiel in einer Apparategemeinschaft, genutzt werden können.

Beispiel: Krankengymnastik

Ein Hausarzt hat die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Krankengymnastik nach den GOP 30420 und 30421. Fakultativer Leistungsbestandteil bei diesen GOP ist die Durchführung im Bewegungsbad. Das bedeutet nicht, dass der Hausarzt, der die GOP 30420 und 30421 abrechnet, in seiner Praxis ein Bewegungsbad vorhalten muss, es ist ausreichend, wenn er belegen kann, dass er eine Vereinbarung getroffen hat, dass er, falls indiziert, andernorts die Krankengymnastik im Bewegungsbad durchführen kann.

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



Diagnoseangaben in der Rechnung

Diagnoseangaben in der Rechnung sind nicht verpflichtend, aber üblich. Sie können helfen, möglichen Einwänden von Kostenträgern gegen berechnete Leistungen oder Begründungen für höher bemessene Faktoren vorzubeugen.

Der für die Fälligkeit einer Rechnung verpflichtende Mindestinhalt ist in § 12 GOÄ angeführt. In Abs. 2 heißt es: „Die Rechnung muss insbesondere enthalten: ...“. Die Angabe von Diagnosen ist nicht angeführt. Durch das Wort „insbesondere“ ist aber erlaubt, in der Rechnung weitere Angaben zu machen, somit auch Diagnoseangaben. In der Regel werden Diagnosen aufgenommen, damit der Patient keine Erstattungsprobleme bekommt. Obwohl weder die Beihilfavorschriften (orientiert an der des Bundes, Ausnahmen sind möglich), noch die Musterbedingungen der PKV (ohne Spezialtarife) die Forderung nach der Angabe von Diagnosen enthalten, treffen Rechnungen ohne Diagnoseangaben meist auf Ablehnung. Die Kostenträger meinen, sie könnten ohne Diagnoseangaben die Notwendigkeit ärztlicher Leistungen nicht prüfen. Seltene Ausnahmen von der Regel der Diagnoseangaben werden z.B. gemacht, wenn jemand anderes als der Patient zahlungspflichtig ist.

Keine ICD-Codes angeben

Im § 12 ist erst recht nicht die Angabe der ICD-10-Codes gefordert. Abgesehen von der unnötigen Mühe, sollte man das nicht tun! Mit den Codes wird den Kostenträgern ermöglicht, dazu Listen „passender“ GOÄ-Ziffern zu verknüpfen und bei jeder Abweichung davon schon durch die elektronische Prüfung der eingescannten Rechnung ohne Personaleinsatz die Rechnung zu monieren. Nicht umsonst ist im Entwurf von BÄK und PKV die Angabe des ICD-Schlüssels bzw. bei operativen Leistungen die des OPS-Codes verpflichtend vorgesehen. In Extremfällen kann das sogar zum Nachteil für den Patienten werden. So wurde z.B. von

Wichtig

- Für die Fälligkeit der Rechnung sind Diagnoseangaben nicht erforderlich. Im Interesse des Patienten an einer zügigen Erstattung (und des Arztes an einer zügigen Bezahlung) sind Diagnoseangaben aber üblich
- Die Anführung von ICD-10-Codes und ggf. OPS-Codes ist nicht nur nicht erforderlich, sie kann sich sogar schädlich auswirken
- Ausführlichere Diagnoseangaben können den Ansatz höherer Faktoren plausibler machen
- Bei Ansatz der Nr. 34 kann ein Hinweis in den Diagnoseangaben auf Verschlimmerung der Erkrankung Einwänden vorbeugen, bei der Nr. 15 ein Hinweis auf Betreuungsbedarf
- Bei erneuter Berechnung der Nrn. 1 und/oder 5 oder Nr. 4 innerhalb der Monatsfrist sollte der neue Behandlungsfall durch einen Hinweis auf die neu hinzugetretene Diagnose kenntlich gemacht werden

einer Berufsunfähigkeitszusatzversicherung die Leistung verweigert, weil zuvor in einer Arztrechnung der Code „F 45.9“ (somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet) aufgenommen worden war.

Ausführlichkeit der Diagnoseangaben

Weil die Diagnoseangaben auch ohne Kodierung zur Prüfung der Plausibilität berechneter Leistungen herangezogen werden, sollte man sich damit durchaus etwas Mühe geben. Beispiel: Wenn eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ wegen der Untersuchungen in mehreren Körperregionen mit höherem Faktor angesetzt wird, sollten die betroffenen Körperregionen auch in den Diagnoseangaben erkennbar sein, etwa durch „... (Befund oder Diagnose) im

Bereich beider Schultern und des Rückens“. Oder: Ist eine Beratungsleistung wegen des Vorliegens mehrerer Erkrankungen zeitaufwendiger, sollten ggf. nicht nur die akuten Erkrankungen, sondern auch die „Dauerdiagnosen“ angeführt sein.

Bei der Nr. 34 GOÄ (Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit ...) wird manchmal moniert: „Für die Berechenbarkeit ist der Zusammenhang nicht nachvollziehbar. Bei schon lange vorliegender Erkrankung ist Nr. 34 deshalb nicht berechenbar.“ In den Diagnoseangaben z.B. nicht nur wie bisher „Diabetes“ genannt, sondern „medikamentös schwierig einstellbarer Diabetes“ oder „Diabetes, Übergang zur Insulinpflicht“ nimmt solchen Einwänden die Grundlage.

„Beliebt“ ist auch ein Einwand zu Nr. 15 GOÄ (hausärztliche Koordination) wie: „Der erforderliche Leistungsinhalt lässt sich nicht nachvollziehen.“ Das zielt v.a. auf die für Nr. 15 geforderten „sozialen Maßnahmen“. Wenn auch eigentlich nicht erforderlich, kann man außer den medizinischen Diagnosen auch noch eine Bezeichnung wie „Betreuungsbedarf“ aufnehmen. Alternativ kann man die Leistungsbeschreibung zur Nr. 15 nicht nur auf den Kurztex (z.B. „Einleitung und Koordination flankierender Maßnahmen“) beschränken, sondern ergänzen z.B. durch „Betreuungsleistung bei ...“.

Wenn innerhalb der Monatsfrist die Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ erneut berechnet werden, schreibt die GOÄ nur dann eine Begründung vor, wenn dies am selben Tag erfolgt. Den Eintritt eines neuen Behandlungsfalls (mit erneuter Berechenbarkeit der Ziffern) in der Rechnung dadurch transparent zu machen, dass man an dem betreffenden Tag dazu schreibt „neue Diagnose ... (Angabe der Erkrankung)“ beugt möglichen Einwänden zuverlässig vor. Gleiches gilt für die Nr. 4 GOÄ (Fremdanamnese, Unterweisung).

Die Fälligkeit der Arztrechnung wird durch fehlende oder unvollständige Diagnoseangaben aber nicht aufgehoben. Sie können bei Bedarf auch nachgereicht werden.



IGeL-Monitor der Krankenkassen

Der IGeL-Monitor, mit dem die Krankenkassen ihre Versicherten über das Angebot von IGeL in den Vertragsarztpraxen informieren, wird laufend ergänzt. Derzeit werden insgesamt 58 IGeL mit folgenden Ergebnissen bewertet: 20 unklar, 24 tendenziell negativ, 8 ohne Bewertung, 4 negativ, 2 tendenziell positiv. Eine positive Bewertung erhielt keine IGeL.

Hausärzte müssen damit rechnen, dass sich ihre Patienten im IGeL-Monitor informieren und die angebotenen IGeL kritisch hinterfragen.

Akupunktur bei Migräne

Studien haben gezeigt, dass Akupunktur Migräneschmerzen ebenso gut lindert wie Medikamente, allerdings sind mögliche Nebenwirkungen bei Akupunkturbehandlungen nicht zu erwarten. Nachdem zuvor im IGeL-Monitor die Akupunktur bei Migräne als tendenziell negativ bewertet wurde, wird sie jetzt als tendenziell positiv eingestuft.

Colon-Hydro-Therapie

Ein Hinweis auf einen Nutzen konnte nicht gefunden werden. Es finden sich aber Berichte über einzelne gravierende Schäden, die unmittelbar mit der Anwendung der Colon-Hydro-Therapie zusammenhängen können, zum Beispiel Blutungen im Darm.
» Bewertung: negativ

HbA_{1c}-Bestimmung zur Früherkennung eines Diabetes

Der IGeL-Monitor kommt zu der Beurteilung, dass der HbA_{1c}-Test etwa gleiche Ergebnisse ergibt wie die direkte Glukosebestimmung. Nicht beantworten lässt sich die Frage, ob der Test eine sinnvolle Ergänzung ist, da nicht absehbar ist, wie sich Nutzen und Schaden verhalten, wenn man beide Tests kombiniert anwendet.
» Bewertung: unklar

Protein-C-Bestimmung zur Einschätzung des Thrombose-Risikos

Gemäß dem IGeL-Monitor lässt die insgesamt schwache Datenlage keine Hinweise auf einen Nutzen bei gesunden Menschen ohne zusätzliche Risikofaktoren erkennen. Da durch falsche Befunde unnötige Diagnosen und Therapien zu Schäden führen können, wird von Hinweisen auf einen geringen Schaden ausgegangen.

» Bewertung: tendenziell negativ

Immunglobulin-G-Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie

Nach dem IGeL-Monitor ist ein Nutzen als Allergie-Check aus immunbiologischer Sicht nicht zu erwarten, da für Allergien ein anderer Typ von Immunglobulinen verantwortlich ist. Ein auffälliger Befund, der den Betroffenen eine vermeintliche Nahrungsmittelallergie diagnostiziert, die er

Wichtig

- Im IGeL-Monitor finden sich überwiegend negative oder tendenziell negative Bewertungen
- Hausärzte sollten sich im Internet über den IGeL-Monitor informieren
- Es muss damit gerechnet werden, dass Patienten den Arzt mit Informationen konfrontieren, die sie aus dem IGeL-Monitor bezogen haben
- Insbesondere bei negativ oder tendenziell negativ bewerteten IGeL Argumente parat haben, warum diese IGeL dennoch in der Praxis angeboten werden
- Positiv bewertete IGeL finden sich im IGeL-Monitor nicht. Bei tendenziell positiv bewerteten IGeL (nur 2) den Patienten vermitteln, dass diese IGeL von den Krankenkassen positiv bewertet werden

gegebenenfalls gar nicht hat, wird den Patienten unnötig beunruhigen. Werden aufgrund des Tests bestimmte Nahrungsmittel gemieden, kann die Lebensqualität stark leiden. Im Extremfall kann der Verzicht sogar zu einer Mangelernährung führen.

» Bewertung: negativ

NMP-22-Test zur Früherkennung von Harnblasenkrebs

Nach dem IGeL-Monitor ist die Treffsicherheit des Tests nur sehr mangelhaft untersucht. Studien hätten gezeigt, dass die meisten positiven Testbefunde sich am Ende als Fehlalarm herausstellen. Außerdem werden bei dem Test häufig Tumore übersehen. Insbesondere Fehlalarme führen zu unnötigen, auch belastenden Abklärungsuntersuchungen. Es wird kein Hinweis auf einen Nutzen gesehen, wohl aber Hinweise auf geringe Schäden.

» Bewertung: tendenziell negativ

Lichttherapie bei Akne

Bewertet wurde die Aknetherapie mit Blau- und Rotlicht. Nach Beurteilung im IGeL-Monitor ergeben sich bei der Behandlung der Akne mit Blau- und Rotlicht weder ausreichende Hinweise auf einen Nutzen noch auf einen Schaden.

» Beurteilung: unklar

PSA-Test

Insbesondere weil bei einem positiven PSA-Test häufig eine unnötige weitere Diagnostik oder gar Behandlung durchgeführt wird, werden nur geringe Hinweise auf einen Nutzen, aber mehr Belege für einen Schaden gesehen und das, obwohl inzwischen jeder Arzt belegen kann, dass zahlreiche Prostatakarzinome primär durch einen erhöhten PSA-Wert festgestellt werden.

» Bewertung: tendenziell negativ