



## Chronische Gelenkerkrankungen

**Bei Gelenkschmerzen konsultiert der Patient in der Regel zunächst den Hausarzt, der die Behandlung einleitet und, falls erforderlich, fachgebietsbezogene Behandlungen veranlasst.**

**H**ausärzte werden von Patienten mit den verschiedensten Gelenkerkrankungen konsultiert, von Patienten mit infektiösen Arthropathien, mit entzündlichen Polyarthropathien, bei Chondropathien und insbesondere von Patienten mit Arthrosen.

### EBM-Positionen für Hausärzte

Im Hausartzkapitel des EBM gibt es keine Gebührenordnungspositionen (GOP), die speziell bei Patienten mit Gelenkerkrankungen berechnungsfähig sind. Untersuchungen sind mit der Versichertenpauschale 03000 abgegolten. Wegen der Beeinträchtigungen, die sich im alltäglichen Leben durch eine Arthrose ergeben, ist regelmäßig eine längere Erörterung erforderlich, die bei einer Dauer von mehr als zehn Minuten und darüber hinaus je vollendete zehn Minuten mit der GOP 03230 berechnungsfähig ist.

### Chronische Erkrankungen

Häufig sind Gelenkerkrankungen, insbesondere Arthrosen, chronisch. In dem Fall können die Chronikerpauschalen 03220 und 03221 bei Patienten mit Arthrose angesetzt werden. Die Voraussetzungen dafür sind, dass der Patient in dem Zeitraum der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen hausärztlich behandelt wurde mit mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten (APK) in zwei Quartalen. Die Gelenkerkrankung muss bei Berechnung der GOP 03220 und 03221 in den Vorquartalen jeweils mit einem identischen ICD-10-Code angegeben werden mit dem Zusatz G für gesichert.

Wurde ein Patient in den Vorquartalen hausärztlich wegen derselben Gelenker-

krankung von einem anderen Hausarzt behandelt, gegebenenfalls auch im Ausland, sind die GOP 03220 und 03221 berechnungsfähig. Den GOP 03220 und 03221 ist dann der Zusatz H zuzufügen.

### Beispiel: Coxarthrose

Wegen einer Coxarthrose (M16.9G) findet der erste persönliche APK im IV. Quartal 2018 statt, ein mittelbarer APK (nicht persönlich) im I. Quartal 2019 und ein weiterer persönlicher APK im II. Quartal 2019. Da das aktuelle Quartal mitzählt, sind die GOP 03220 und 03221 im II. Quartal 2019 berechnungsfähig.

### Geriatrepositionen

Unter Umständen können auch die GOP 03360 und 03362 für die hausärztliche geriatrische Versorgung bei Patienten mit Arthrose berechnet werden. Liegt bei Patienten, die älter als 70 Jahre sind, eine Pflegestufe vor (Z74.9G) oder ist eine Arthrose mit einem chronischen Schmerzsyndrom vergesellschaftet (R52.2) können die GOP 03360 und 03362 berechnet werden.

### Behandlungen

Für spezifische Behandlungen bei Gelenkerkrankungen gibt es nach dem EBM für Hausärzte nur eng begrenzte Berechnungsmöglichkeiten. Zur Anwendung bei Gelenkerkrankungen kommen physikalisch-therapeutische Leistungen aus Kapitel 2.5 des EBM. In Hausarztpraxen werden bei Gelenkerkrankungen im Wesentlichen Wärmetherapien nach GOP 02510 oder Elektrotherapien unter Anwendung nieder- oder mittelfrequenter Ströme nach GOP 02511 eingesetzt.

Krankengymnastik nach den GOP 30420 und 30421 können Hausärzte nur berechnen, wenn sie einen staatlich geprüften Krankengymnasten oder einen Physiotherapeuten angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärzt-

### Wichtig

- Die Versichertenpauschale 03000 schließt Untersuchungen ein
- Im Hausartzkapitel des EBM gibt es keine spezifischen Positionen zur Behandlung von Gelenkerkrankungen
- Bei Erörterungen länger als 10 Minuten bei Gelenkerkrankungen ist die GOP 03230 berechnungsfähig, je vollendete 10 Minuten Gesprächsdauer
- Sowohl die Chronikerpauschalen 03220 und 03221 als auch die Geriatrepositionen 03360 und 03362 können bei Gelenkerkrankungen berechtigt sein
- Als spezifische Therapie bei Gelenkerkrankungen steht Hausärzten im Wesentlichen nur die Wärmetherapie nach GOP 02510 und die Elektrotherapie nach GOP 02511 zur Verfügung
- Krankengymnastik nach GOP 30420 oder 30421 können Hausärzte nur berechnen, wenn sie eine entsprechende Zusatzbezeichnung haben, oder wenn sie einen staatlich geprüften Krankengymnasten oder Physiotherapeuten angestellt haben und dessen Qualifikation der KV nachgewiesen haben
- Zur Berechnung der GOP 30420 oder 30421 kann ein Krankengymnast oder Physiotherapeut auch begrenzt beschäftigt werden, eine Vollzeitstellung ist nicht erforderlich

lichen Vereinigung (KV) nachgewiesen haben oder wenn der Hausarzt selbst die Zusatzbezeichnung Physikalische Medizin oder Chirotherapie erworben hat.

**Alle Tipps finden Sie unter [www.abrechnungstipps.de](http://www.abrechnungstipps.de) – kostenlos!**



## Zeitbezogene Abrechnungsausschlüsse erklärt

**Zu vielen Ziffern gibt es in der GOÄ Bestimmungen, dass diese in einem bestimmten Zeitraum nicht neben anderen Ziffern oder nur einmal berechenbar sind.**

### „neben“ bzw. „je Sitzung“

Die häufigste Bestimmung bezieht sich auf „nicht neben“ oder „einmal je Sitzung“. Beide Formulierungen sind in der Auswirkung gleich. Das ist rein zeitlich zu verstehen. Wie, das zeigt zum Beispiel ein Blick auf:

► Die Bestimmung zum Ausschluss von Beratungen und Untersuchungen des Abschnitts B neben Visiten. Nrn. 45, 46: „Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag ...“

► Die allgemeine Bestimmung Nr. 2 vor Abschnitt B bei Mehrfachberechnung der Nrn. 1, 3, 5 bis 8 an einem Tag: „Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.“

Jedoch reichen verschiedene Uhrzeiten allein nicht aus.

### Beispiel: Sonografien

Sonst würde es ausreichen, etwa bei Sonografien darauf zu achten, wann man welches Organ untersucht und die verschiedenen Uhrzeiten anzugeben. Zum Beispiel: 15.50 Uhr: Nr. 410, Sonografie der Leber; 15.54 Uhr: Nr. 417, Sonografie der Schilddrüse. Der honorarbegrenzende Sinn der Bestimmung, dass Nr. 410 nicht „neben“ Nr. 417 berechenbar ist, wäre aufgehoben. Die Bestimmungen „neben“/„je Sitzung“ sind deshalb auf die erbrachten Leistungen in einer Inanspruchnahme des Arztes anzuwenden.

### Beispiel: MFA-Gebühr Nr. 2 GOÄ

Das zeigt auch die verwendete Formulierung „Inanspruchnahme“ bei der Nr. 2: „darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht mit anderen Gebühren berechnet werden.“ Eine „Inanspruchnahme“ des Arztes

Alle Tipps finden Sie unter [www.abrechnungstipps.de](http://www.abrechnungstipps.de) – kostenlos!

beginnt, wenn der Patient die Praxis betritt, sie endet, wenn er die Praxis verlässt. Auf alle Leistungen, die in diesem Zeitraum erbracht werden, treffen „neben“/„je Sitzung“ zu.

Daraus ergibt sich, dass Leistungen, die „nebeneinander“ ausgeschlossen oder auf „einmal je Sitzung“ begrenzt sind, auch am selben Tag berechnet werden dürfen, wenn sie in verschiedenen Arzt-Patienten-Kontakten erfolgten. Beispiel: Morgens Behandlung unter anderem mit Berechnung der Nrn. 1, 7, 417, 3 x 420, 250 etc. Nachmittags ruft der Patient an, weil inzwischen seine Laborwerte eingetroffen sind. Ihm werden diese und das weitere Vorgehen ausführlich erläutert. Die dafür berechenbare Nr. 3 GOÄ wäre neben den morgens erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig, ist es hier aber, weil eben nicht „neben“ erbracht. Obwohl nicht verlangt, empfiehlt es sich hier die verschiedenen Uhrzeiten anzugeben. Meist werden dadurch Einwände vermieden. Dies empfiehlt sich auch in allen Fällen, in denen Leistungen nicht „nebeneinander“ berechnungsfähig sind, aber in verschiedenen Sitzungen an demselben Tag erbracht wurden.

### „einmal täglich“

Wenn tatsächlich gemeint ist, dass Leistungen an demselben Tag nicht mehrfach (oder auch nicht nebeneinander) berechnungsfähig sind, wird das in der GOÄ klar gesagt.

### Beispiel: Ambulante Operationen

Bei den Zuschlägen für ambulante Operationen heißt es: „ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig“. Oder bei den Höchstwerten zu Laborleistungen: „die Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einem Körpermaterial ... das an einem Kalendertag gewonnen wurde...“ Der „Behandlungstag“ bezieht sich strikt auf das jeweilige Datum und ist somit synonym mit dem „Kalendertag“. Wenn ein 24-Stunden-Zeitraum gemeint ist, sagt die GOÄ auch das klar. Beispiel: Bei Nr. 435 „bis zu 24 Stunden Dauer“.

### Wichtig

- Der häufigste Irrtum von Kostenträgern bezieht sich darauf, dass auf „neben“ oder „je Sitzung“ bezogene Abrechnungsausschlüsse für den Tag gelten würden
- Einwände können oft vermieden werden, wenn man in der Rechnung auch dann, wenn die GOÄ das nicht fordert, zu den betroffenen Leistungen desselben Tages in der Rechnung die verschiedenen Uhrzeiten angibt

### „nicht zusammen mit anderen Gebühren“

Diese Bestimmung sagt dasselbe wie „neben“/„je Sitzung“. Beispiel: Nr. 2 GOÄ. Es ist also statthaft, die Nr. 2 zum Beispiel für die Übermittlung von Laborbefunden durch die MFA am Nachmittag am selben Tag wie andere, vormittags erbrachte Leistungen zu berechnen. Geben Sie auch hier die unterschiedlichen Uhrzeiten in der Rechnung an.

### „innerhalb von“

Beispiele sind die Nr. 30 und Nr. 34. Es heißt „innerhalb von einem Jahr“ bzw. „innerhalb von sechs Monaten“. Das bezieht sich nicht auf das Kalenderjahr bzw. die Monatsnamen, sondern auf bestimmte Zeiträume. Für eine erneute Berechnung muss eine Frist abgelaufen sein. Die beginnt mit der erstmaligen Berechnung. Zum Beispiel: Nr. 30 berechnet am 11.03.2019. Sie kann frühestens am 12.03.2020 erneut berechnet werden. Nr. 34 erstmalig am 11.03.2019 berechnet. Sie kann bis zum 11.09.2018 nur zweimal berechnet werden, am 12.09.2019 wäre eine erneute Berechnung möglich.

Wenn kein Zeitraum gemeint ist, wird das klar gesagt. Beispiel: Nr. 15 „einmal im Kalenderjahr“. Rein theoretisch könnte Nr. 15 somit am 31.12.2019 und erneut am 01.01.2020 berechnet werden.



## Laboruntersuchungen als leicht zu etablierende IGeL

**Laboruntersuchungen sind in der hausärztlichen Praxis kaum mit zusätzlichem Aufwand verbunden.**

**S**ehr häufig lassen sich zusätzliche Laboruntersuchungen als IGeL mit der Gesundheitsuntersuchung verknüpfen. Demnächst wird die Untersuchung auf Blutfette um LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceride erweitert. Inzwischen ist auch der immunologische Stuhltest anstelle von guajakbasierten Testverfahren etabliert. Viele der in der medizinischen Literatur empfohlenen Laboruntersuchungen fehlen als Screening-Untersuchungen aber weiterhin und deren Erbringung zu Lasten der GKV verlangt eine konkrete Erkrankung beziehungsweise deren medizinisch notwendigen Ausschluss bei entsprechender Symptomatik.

### Inzwischen stärkere wirtschaftliche Attraktivität

Die Erweiterung von Vorsorge-Untersuchungen um Laboruntersuchungen erfordert weder großen Zeitaufwand, noch wesentliche Investitionen außer der Zeit in die Fortbildung der MFA und eventuell relativ geringe Kosten für die Patienteninformation. Diesem Vorteil steht gegenüber, wenn der Hausarzt als durch ihn abrechenbare Leistungen nur Beratungen und Blutabnahmen erbringt. Die Laboruntersuchungen sind jedoch zum Teil durch ihn selbst als Laborgemeinschaftsleistungen berechenbar. Speziallaboruntersuchungen muss der Laborarzt berechnen, wenn das Material zur Durchführung der Untersuchung an ihn gesandt wurde. Diese Handhabung hat sich dadurch geändert, dass einige Untersuchungen seit ein paar Jahren mit speziellen Reagenzien-Kits als sogenannte „Schnelltests“ in der Praxis erbracht und berechnet werden können.

► Auch infolge der inzwischen mehrfach gerichtlich bestätigten Zulässigkeit von „Labor-Apparategemeinschaften“ können einige Leistungen selbst erbracht werden.

### Wichtig

- Laborgestützte IGeL-Angebote zur Erweiterung von präventiven Leistungen lassen sich einfach in die Praxis implementieren
- Dadurch, dass viele Laboruntersuchungen in der eigenen Praxis, der Laborgemeinschaft oder ggf. auch in einer Labor-Apparategemeinschaft durchführbar sind, sind Labor-IGeL für den Hausarzt auch wirtschaftlich attraktiver geworden
- Fragen Sie Ihr Labor nach dessen Angeboten und eventueller Unterstützung, auch hinsichtlich eines gemeinsamen Inkassos von Leistungen

Aber auch bei Untersuchungen, die weiterhin als Speziallaborleistungen durch den Laborarzt durchgeführt und berechnet werden, kann sich ein entsprechendes Angebot nicht nur medizinisch, sondern auch wirtschaftlich lohnen. Labors und Diagnostika-Industrie bieten Informationsmaterial für Ärzte und Patienten sowie weitere Unterstützung zur Organisation an. Hervorzuheben ist dabei das Angebot vieler Labors zur Abrechnung der Leistungen über sogenannte „IGeL-Laborscheine“. Darin werden sowohl die Leistungen des Hausarztes, als auch die des Labors gekennzeichnet und der Patient erklärt sich auf diesem Bogen mit der Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle einverstanden. Nach Zahlung der Gesamtsumme teilt die Abrechnungsstelle den Betrag genau im Verhältnis der jeweiligen Leistungen unter den Ärzten auf. Dies ist ein einfaches und zulässiges Inkassoverfahren. Durch solch organisatorische Unterstützung bleibt zwar eventuell der Anteil des Hausarztes an den gesamten Honoraren für die IGeL relativ gering, einmal etabliert ist das Verhältnis zwischen Ertrag und Aufwand aber günstig. Nicht zuletzt steht die erweiterte, laborgestützte Prävention

als Baustein des IGeL-Angebots im Zusammenhang mit weiteren IGeL, zum Beispiel mit Ultraschalluntersuchungen.

► Nr. 417 oder 410 GOÄ plus bis zu 3 x Nr. 420 GOÄ

### Beispiele

- Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung um ein Differentialblutbild Nrn. 3550 + 3551 GOÄ, BSG Nr. 3501 GOÄ und HbA<sub>1c</sub> Nr. 3561 GOÄ
- Untersuchung auf Erkrankungen der Leber mit Bestimmung von Y-GT Nr. 3592 GOÄ, GOT Nr. 3594 GOÄ und GPT Nr. 3595 GOÄ
- Untersuchung auf Erkrankungen der Nieren mit Bestimmung von Cystatin C Nr. 3754 GOÄ analog und Albumin i.U. Nrn. 3736 oder 3735 GOÄ
- Untersuchung des PSA zur Verbesserung der Früherkennung des Prostatakarzinoms Nr. 3908 GOÄ

### Hausärztliche Leistungen

Bereits die Beratung zur erweiterten Prävention ist IGeL (Nr. 1 GOÄ). Wenn die Beratung mindestens zehn Minuten dauert und keine weiteren Leistungen (außer den in der Anmerkung zur Nr. 3 genannten) dazukommen, wäre die Nr. 3 berechenbar. Da eine Differenzierung im Angebot aber schlecht möglich ist, ist die Nr. 1 auch in einem solchen Fall die „Standardziffer“. Die Blutabnahme (Nr. 250) ist nur dann berechenbar, wenn die Blutabnahme eigenständig für die IGe-Leistung erfolgt. Von den angeführten Laboruntersuchungen sind viele in der Laborgemeinschaft oder in der eigenen Praxis durchführbar und somit vom Hausarzt berechenbar. Die Beratung zum Ergebnis ist dann IGeL, wenn das Ergebnis negativ war. Fällt die Laboruntersuchung positiv aus, ist bereits die Beratung dazu wegen des nun konkreten Krankheitsnachweises oder -verdachts zu Lasten der GKV zu erbringen.

**Alle Tipps finden Sie auch unter [www.abrechnungstipps.de](http://www.abrechnungstipps.de) – kostenlos!**