



Intervention bei akuten Schmerzen

Bei akut auftretenden Schmerzen wird in der Regel der Hausarzt konsultiert. Rückenschmerzen mit dem ICD-10-Code M54 rangieren bei den Behandlungsdiagnosen mit fast 20 Prozent ganz weit oben. Rechnet man andere ICD-10-Codes mit Schmerzangaben, beispielsweise den Code R52 „Schmerz, andersorts nicht klassifiziert“, hinzu, entfallen etwa ein Viertel der Behandlungsdiagnosen auf Schmerzzustände.

Eine der ureigensten Aufgaben eines jeden Arztes ist es, Patienten von ihren Schmerzen zu befreien. Es gibt kaum dankbarere Patienten als solche, die von ihren Schmerzen befreit werden konnten.

Für die bei Schmerzpatienten in der Regel durchzuführenden Untersuchungen gibt es nach dem EBM keine besonderen Berechnungsmöglichkeiten. Die entsprechenden Leistungen sind mit der Berechnung der Versichertenpauschale 03000 abgegolten. Obwohl die Leistungspositionen des EBM-Kapitels 30.7.2 (Schmerztherapeutische Behandlungen, Gebührenordnungspositionen (GOP) 30710 bis 30760) auch von Hausärzten erbracht und abgerechnet werden können, werden entsprechende Behandlungen von Hausärzten relativ selten durchgeführt.

Ausschlüsse bei Schmerztherapie

Aufgrund von Ausschlussbestimmungen sind Hausärzte in der Regel wenig geneigt, schmerztherapeutische Leistungen aus dem Kapitel 30.7.2 des EBM nach den Ziffern 30710 bis 30760 zu erbringen und abzurechnen.

Grund: Schmerztherapeutische Leistungen sind nicht den originären hausärztlichen Leistungen zugeordnet, mit der Folge, dass bestimmte für die hausärztliche Betreuung gedachte EBM-Positionen bei der Abrechnung schmerztherapeutischer Leistungen nicht vergütet werden. Wird nur eine Position aus EBM-Kapitel 30.7.2

Wichtig

- Schmerztherapeutische Ziffern des EBM-Kapitels 30.7.2 können Hausärzte auch ohne KV-Genehmigung abrechnen
- Bei Abrechnung schmerztherapeutischer Leistungen aus Kapitel 30.7.2 oder bei der Abrechnung von Akupunkturleistungen entfallen bei demselben Patienten die Hausarztzuschläge und die Chronikerziffern 03220 und 03221
- Bei Abrechnung der Chronikerpositionen 03220 und 03221 in den vorangegangenen vier Quartalen identischen ICD-10-Code angeben
- Bei Patienten ab dem Alter von 70 Jahren können bei chronischen Schmerzen auch die Geriatriepositionen 03360 und 03362 abgerechnet werden unter Angabe des ICD-10-Codes R52.1

abgerechnet, entfällt bei demselben Patienten die Berechnung der

- Hausarztzuschläge 03040 (144 Punkte)
- Zuschlag für nichtärztliche Praxisassistenten nach GOP 03060 (22 Punkte) samt Zuschlag 03061 (12 Punkte)
- Chronikerpauschalen 03220 (130 Punkte) und 03221 (40 Punkte)

Addiert ergibt das ein Punktvolumen von 348 Punkten. Wird also zum Beispiel die TENS nach EBM-Ziffer 30712 (67 Punkte) nur einmal abgerechnet, entfallen bei dem Patienten 348 Punkte, wenn es sich um einen chronisch kranken Patienten handelt, ansonsten zumindest 178 Punkte.

Chronische Schmerzen

Bei Schmerzpatienten können unter Umständen auch die Chronikerpauschalen zur Abrechnung gelangen, vorausgesetzt in den vorangegangenen vier Quartalen wurde eine identische Diagnose angegeben, wobei es sich nicht unbedingt um eine ICD-10-Codierung für ein Schmerzsyndrom handeln muss. Wird aber zum Beispiel der ICD-Code M54 für Rückenschmerzen über vier Quartale angegeben, sind die Chronikerpauschalen 03220/03221 berechnungsfähig.

Geriatriepositionen

Nicht ausreichend beachtet wird häufig, dass die Geriatriepositionen GOP 03360 und 03362 bei Patienten ab dem Alter von 70 Jahren bei einem therapierefraktärem chronischen Schmerzsyndrom (R52.1) abgerechnet werden können, die nicht entfallen, wenn schmerztherapeutische Leistungen aus Kapitel 30.7.2 erbracht werden.

Akupunktur

Hausärzte mit einer KV-Genehmigung zur Erbringung von Akupunkturleistungen können die GOP 30790 und 30791 bei der Behandlung von Schmerzen abrechnen. Dies allerdings nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule oder der Kniegelenke, wobei die Schmerzen schon länger als sechs Monate bestehen müssen. Die Kniegelenkschmerzen müssen durch eine Gonarthrose bedingt sein. Bei anderen Schmerzzuständen sind die GOP 30790 und 30791 nicht berechnungsfähig. Dann sind diese Leistungen mit den Nrn. 269 und 269a GOÄ zu liquidieren. **Und:** Auch bei der Abrechnung von Akupunkturleistungen gelten dieselben Ausschlussbestimmungen wie für schmerztherapeutische Leistungen.

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



Obligate und fakultative Zeitangaben in GOÄ-Rechnungen

In der GOÄ gibt es Zeitangaben, die bei der Rechnungsstellung verpflichtend anzuführen sind. Darüber hinaus macht es zur Vermeidung von Nachfragen und Einwänden manchmal auch Sinn, nicht geforderte Zeitangaben in der Rechnung anzuführen.

Verpflichtende Zeitangaben sind vor allem in § 12 GOÄ begründet. Der fordert zu den Mindestinhalten der Rechnung in Absatz 2 Nr. 2 „bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer ...“

Nicht nur die Leistungslegende zählt – Mindestdauer angeben

Nr. 34 GOÄ

Offensichtlich ist das der Fall, wenn schon in der Leistungslegende eine Mindestdauer genannt ist, zum Beispiel bei Nr. 34 (Erörterung..., Dauer mindestens 20 Minuten). Auch, wenn man in der Rechnung nicht die volle Leistungslegende, sondern eine Kurzbezeichnung anführt – die Mindestdauer muss dabei genannt werden.

Nr. 3 GOÄ

Das betrifft auch die Nr. 3 GOÄ (eingehende Beratung), obwohl diese in der Leistungslegende selbst keine Mindestzeit vorgibt. Das kommt daher, dass es im § 12 nicht „Leistungslegende“, sondern „Leistungsbeschreibung“ heißt. Dazu zählen auch die Anmerkungen zu einer Ziffer.

Deshalb muss nicht nur zum Beispiel bei der Nr. 34 GOÄ, wo direkt in der Leistungslegende steht „Dauer mindestens 20 Minuten“, sondern beispielsweise auch bei der Nr. 3 GOÄ, wo die „mindestens 10 Minuten“ in der Abrechnungsbestimmung steht, die jeweilige Mindestzeit in der Rechnung angeführt werden.

So verständlich der Wunsch ist, die Mindestzeit gerade bei der Nr. 3 GOÄ nicht anführen zu müssen, weil Patienten bei Rechnungserhalt das Gefühl haben könnten, das habe doch nicht so lange gedauert, man kommt daran nicht vorbei.

Unterlässt man die Angabe, wäre ein Einwand, die Rechnung sei zu Nr. 3 GOÄ nicht fällig, nicht abzuwehren. Seltener sind es die Patienten, die sich an der fehlenden Zeitangabe stören, aber manche Kostenträger. Sie prüfen die Rechnungen elektronisch und dabei fällt die fehlende Zeitangabe auf.

Außer in Leistungsbeschreibungen fordert die GOÄ Zeitangaben auch in der allgemeinen Bestimmung Nr. 3 GOÄ vor Abschnitt B: „Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. ...“ Das erscheint selbsterklärend. Es betrifft aber nur den Fall, dass die Leistungen am selben Tag mehrfach berechnet werden.

Erklärende Zeitangaben

Auch, wenn die GOÄ das nicht ausdrücklich fordert, können Zeitangaben in der Rechnung sinnvoll sein.

Ein (vereinfachtes) Beispiel:

Für die Behandlung am Vormittag werden

- die Nr. 1 (Beratung)
 - die Untersuchung der Thoraxorgane (Nr. 7)
 - EKG (Nr. 651)
 - eine Blutabnahme (Nr. 250) berechnet
- Am späteren Nachmittag ruft der Patient an, weil die Laborwerte eingetroffen sind. Der Arzt erläutert ihm die Werte und das weitere Vorgehen. Für das etwa

Wichtig

- Die in der Rechnung verlangte Angabe einer Mindestdauer bezieht sich nicht nur auf die genannten Mindestdauern in den Leistungslegenden, sondern bezieht auch Anmerkungen mit ein. Typisches Beispiel dafür ist die Nr. 3 GOÄ
- Bei Mehrfachberechnung der Nrn. 1, 3 und 5 bis 8 an einem Tag sind in der Rechnung die verschiedenen Uhrzeiten anzugeben
- Bei Abrechnung eigentlich gegenseitig ausgeschlossener, aber in verschiedenen Sitzungen an demselben Tag erbrachter Leistungen, vermeiden die Angaben der Uhrzeiten (oder Tageszeiten) unnötige Nachfragen oder Streichungen

zwölf Minuten dauernde Gespräch ist die Nr. 3 GOÄ berechnungsfähig. Die ist jedoch nicht neben den am Vormittag erbrachten Leistungen berechnungsfähig.

Gibt man, obwohl die GOÄ das nicht fordert, die verschiedenen Uhrzeiten der vormittäglichen und nachmittäglichen Konsultation in der Rechnung an, wird klar, dass die Nr. 3 GOÄ eben nicht „neben“ den anderen Leistungen berechnet wurde. Einwände sind dann nur noch selten. Meist ist sogar ausreichend, wenn man nur „vormittags“ beziehungsweise „nachmittags“ angibt.

Die Angabe der verschiedenen Uhrzeiten ist nicht nur wie hier bei der Nr. 3 GOÄ sinnvoll, sondern immer dann, wenn Leistungen an demselben Tag berechnet werden, die in der GOÄ in derselben Sitzung nicht nebeneinander oder nur einmal berechenbar sind.

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



Vor dem Gang ins Fitnessstudio zum Arzt

Sportliche Betätigung in einem Fitnessstudio ist en vogue. Doch wurde die Fitnessbewegung bislang von Ärzten hinsichtlich der damit verbundenen Beratungen und Untersuchungen viel zu wenig wahrgenommen. Dabei besteht die Möglichkeit das Angebot von Selbstzahlerleistungen unter Einbeziehung der Fitnesswelle auszubauen.

In Deutschland sind immer mehr Menschen an dem Erhalt beziehungsweise der Wiedererlangung ihrer Fitness interessiert, auch in fortgeschrittenem Alter. Mehr als zehn Millionen Menschen besuchen Fitnessstudios, um ihre Fitness zu erhalten oder zu steigern, ihr Körpergewicht zu reduzieren, oder mithilfe von Kreislauftraining und Fitnesskursen etwas für ihre Gesundheit zu tun. Das reine Krafttraining mit dem Ziel eines effektiven Muskelaufbaus ist demgegenüber in den Hintergrund getreten. Viele Studios bieten spezielle Kurse mit geschulten Therapeuten an.

Untersuchungen vor dem Training

Ältere Mitbürger, die länger nicht oder niemals Sport getrieben haben, suchen häufig vor dem Besuch eines Fitnessstudios ihren Hausarzt auf. Häufig kann der Hausarzt auf Untersuchungen zurückgreifen, die bereits aus anderen Gründen durchgeführt wurden. Ist das nicht der Fall, sind alle Untersuchungen, die ausschließlich im Vorfeld einer geplanten Mitgliedschaft in einem Sportstudio durchgeführt werden, privat als IGeL zu liquidieren. Dazu gehören regelmäßig

- eine Beratung
- eine körperliche Untersuchung
- zumeist auch ein EKG, ein Belastungs-EKG
- eine Spirometrie
- gegebenenfalls eine Langzeitblutdruckmessung

Die meisten Fitnessstudios raten älteren Teilnehmern, die erstmalig eine Mitglied-

schaft anstreben, vor der Aufnahme des Trainings ihren Hausarzt aufzusuchen.

Kooperation mit Studios

Aus Erhebungen des deutschen Sportstudienverbands (DSSV) geht hervor, dass niedergelassene Ärzte zunehmend als Kooperationspartner für Fitnessstudios gefragt sind. Größere Studioketten bieten ärztliche Spezialsprechstunden in den Räumen der Studios an oder kooperieren mit niedergelassenen Ärzten.

Hausärzte sollten sich nicht scheuen, in Sportstudios in der Umgebung vorstellig zu werden und eine Zusammenarbeit anbieten. Besonders dann, wenn der Arzt selbst oder seine Mitarbeiter/innen in einem Sportstudio Mitglied sind und auf diesem Wege die Möglichkeit einer ärztlichen Untersuchung in der Hausarztpraxis publik machen können. Ein förderliches Marketinginstrument dürfte dabei sein, wenn der Arzt die Zusatzweiterbildung „Sportmedizin“ erworben hat. Auch sollte man sich nicht scheuen, in Sportstudios Visitenkarten auszulegen, auf denen auch erläutert wird, welche Untersuchungsmethoden in der Praxis vor der Aufnahme des Trainings im Fitnessstudio durchgeführt werden können. Dargelegt werden kann dabei auch, dass der Effekt eines regelmäßigen Trainings in der Hausarztpraxis objektiviert werden kann, so zum Beispiel durch Belastungs-EKG's in gewissen Abständen oder durch Blutdruckkontrollen. Häufig sind Patienten erstaunt wie schnell sie ihre körperliche Leistungsfähigkeit steigern können.

Resümee

Aufgrund des ehemals negativen Images der Bodybuilding-Studios haben Ärzte zumeist eine Zusammenarbeit außer Acht gelassen, auch deshalb, weil Ärzte bei der Zusammenarbeit mit Sportstudios häufig um Beratungen zur Applikation von leis-

Wichtig

- Untersuchungen anlässlich einer geplanten Mitgliedschaft in einem Sportstudio sind IGeL
- **Beratung:** Nr. 1 GOÄ 10,72 Euro (2,3-fach), 2,15-fach 10,00 Euro
- **Ganzkörperstatus:** Nr. 8 GOÄ 34,86 Euro (2,3-fach), 1,98-fach 30,00 Euro
- **EKG:** Nr. 650 GOÄ 15,95 Euro (1,8-fach), 1,69-fach 15,00 Euro
- **Belastungs-EKG:** Nr. 651 GOÄ 26,54 Euro (1,8-fach), 1,7-fach 25,00 Euro
- **Ergometrie:** Nr. 652 GOÄ 59,66 Euro (2,3-fach), 2,27-fach 59,00 Euro
- **Spirometrie:** Nr. 605 GOÄ, 25,39 Euro (1,8-fach), 1,77-fach 25,00 Euro
- **Flussvolumenkurve:** Nr. 605 a GOÄ 14,69 Euro (1,8-fach), 1,72-fach 14,00 Euro
- **Transkutane Messung des O²-Partialdrucks:** Nr. 614 GOÄ 15,74 Euro (1,8-fach), 1,72-fach 15,00 Euro
- **Bescheinigung für das Sportstudio:** Nr. 70 GOÄ 5,36 Euro (2,3-fach), 2,15-fach 5,00 Euro
- Durch eigene Kommastellen für glatte Rechnungsbeträge sorgen

tungssteigernden Mitteln (Anabolika) gebeten wurden. Da davon auszugehen ist, dass die Fitnesswelle nicht abnehmen wird, sollte eine Zusammenarbeit mit Sportstudios zur Erweiterung des IGeL-Spektrums erwogen werden.

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