



## Welche Kosten sind berechnungsfähig?

Bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen fallen Kosten an. Der überwiegende Anteil der Kosten ist mit der Berechnung der EBM-Positionen abgegolten. Es gibt aber auch gesondert berechnungsfähige Kosten.

Unter 7.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM sind die Materialien gelistet, die nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind:

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmaterial, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, -katheter, -nadeln und Einmal-Biopsienadeln

### Beispiele

#### Einmal-Infusionsnadeln

Kosten für Einmal-Infusionsnadeln sind gesondert berechnungsfähig. Wird eine Infusion per Infusionsnadel verabreicht, können die Kosten für die Infusionsnadel gesondert berechnet werden. Wird aber eine identische Nadel für eine intravenöse oder intramuskuläre Injektion verwendet, sind deren Kosten nicht berechnungsfähig. **Oder:** Wird bei einer Gelenkpunktion lediglich ein Mittel intraartikulär injiziert, sind die Kosten für die Injektionsnadeln nicht berechnungsfähig. Wohl aber, wenn zum Beispiel zunächst ein Erguss abpunktiert und dann erst ein Medikament intraartikulär injiziert wird.

#### Nicht berechnungsfähige Kosten

Unter 7.1 der allgemeinen Bestimmungen des EBM sind die Kosten benannt, die in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, allerdings nur, soweit nichts anderes bestimmt ist. Von den verschiede-

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

### Wichtig

- Gemäß 7.3 der allgemeinen Bestimmungen des EBM darauf achten, welche Kosten gesondert berechnet werden können
- Einmalmaterialien, die als Ersatz für wiederverwendbare Materialien eingesetzt werden, sind grundsätzlich nicht berechnungsfähig
- Die regionale Sprechstundenbedarfsvereinbarung dahingehend beachten, welche Einmalmaterialien gesondert berechnungsfähig sind

nen genannten Kosten sind für die tägliche Praxis vor allem die unter dem 3. Spiegelstrich benannten nicht berechnungsfähigen Kosten von Bedeutung:

- Kosten für Einmalspritzen, -kanülen, -trachealtuben, -absaugkatheter, -handschuhe, -rasierer, -harnblasenkatheter, -skalpelle, -proktoskope, -darmrohre, -spekula, -küretten und -Abdecksets

Zwar sind unter 7.1 EBM nur bestimmte nicht erstattungsfähige Einmalmaterialien genannt, dennoch können auch andere Einmalmaterialien nicht gesondert berechnet werden, die nicht dort genannt sind.

Als Grundregel gilt: Werden Einmalmaterialien als Ersatz für wiederverwendbare Materialien eingesetzt, sind deren Kosten nicht gesondert berechnungsfähig, so zum Beispiel Einmalelektroden für EKG-Ableitungen.

Hinsichtlich der nicht gesondert berechnungsfähigen Kosten kommt es immer wieder zu kontroversen Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Dazu ein Beispiel: Einmalharnblasenkatheter sind nicht gesondert

berechnungsfähig. Verbleibt allerdings der Katheter in der Blase und wird somit zu einem Dauerkatheter, sind die Kosten berechnungsfähig.

### Regelung auf KV-Ebene

Gemäß 7.4 EBM regeln die KVen in den Gesamtverträgen auf KV-Ebene, welche Kosten gegebenenfalls extra berechnet werden können. In den entsprechenden von den KVen mit den Krankenkassen abgeschlossenen Gesamtverträgen finden sich von KV zu KV deutliche Unterschiede. Die gesondert berechnungsfähigen Kosten für Materialien sind in der Regel in den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen aufgeführt, die auf KV-Ebene geschlossen werden. Es ist durchaus möglich, dass die Kosten für bestimmte Einmalmaterialien in einer KV erstattet werden, in einer anderen dagegen nicht. In Zweifelsfällen sollten somit die Regelungen der regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarung zurate gezogen werden oder man sollte sich bei der zuständigen KV erkundigen.

### Angeschlossene Kosten

Arzneimittel sind, wenn diese in der Praxis zur Diagnostik und Therapie eingesetzt werden, gesondert berechnungsfähig. Der EBM macht hier aber auch Ausnahmen. Bei den Allergiekomplexen 30110 und 30111 zum Beispiel ist in der Leistungslegende festgelegt „einschließlich Kosten“. Obwohl die Teststoffe, die in den Organismus eingebracht werden, als Arzneimittel gelten, sind sie bei diesen Positionen nicht extra berechnungsfähig. Anders verhält es sich bei Tuberkulintestungen nach der Gebührenordnungsposition 02200, dort ist nicht vermerkt „einschließlich Kosten“.

► Auf [www.der-niedergelassene-arzt.de](http://www.der-niedergelassene-arzt.de) können Sie nachsehen, welche Artikel in Ihrer KV nicht zum Sprechstundenbedarf gezählt werden.



## Häufig eingesetzte Testverfahren bei Depressionen

In der GOÄ sind mit den Nrn. 855 bis 857 die Testverfahren nicht nach der heutigen Systematik angeführt. Trotzdem muss man die „Spielregeln“ dieser GOÄ-Nummern kennen, um durchgeführte Tests richtig abrechnen zu können.

**N**r. 856 GOÄ: „Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer etc.) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt 61 Punkte.“

Neben ... Nr. 856 sind die .... Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.

Nr. 857 GOÄ: „Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test etc.), mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests, insgesamt 116 Punkte.“

Neben ... Nr. 857 sind die .... Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.

Projektive Testverfahren der Nr. 855 GOÄ kommen in der hausärztlichen Praxis bei der Behandlung depressiver Patienten kaum zur Anwendung, sie bleiben hier unberücksichtigt.

Zu beachten ist, dass in der Nr. 856 GOÄ die Testverfahren abschließend angeführt sind, in der Nr. 857 beispielhaft. Die Auswirkung ist, dass ein in der GOÄ nicht aufgeführter standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstest (Nr. 856) analog abgerechnet werden muss.

Bei der Zuordnung eines Tests zu Nr. 856 oder Nr. 857 GOÄ ist neben der Art des Tests auch der Aufwand zu berücksichtigen, der mit dem Test verbunden ist. Die Zuordnung eines Tests, der kein „Intelligenz- oder Entwicklungstest“ ist, zur Nr. 856 GOÄ ist möglich, wenn der Test seiner Art nach eine Zwischenstellung einnimmt und der Aufwand entsprechend ist.

### Wichtig

- In der GOÄ nicht aufgezählte orientierende Testuntersuchungen sind der Nr. 857 GOÄ direkt zuzuordnen
- In der GOÄ nicht aufgezählte standardisierte Intelligenz- und Entwicklungstests sind analog abzurechnen. Bei orientierenden Tests (Nr. 857 GOÄ) ist das nicht nötig
- Die den Tests entsprechende GOÄ-Nummer kann nur einmal pro Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden. Bei der Anwendung mehrerer Tests und bei so genannten „Langformen“ kann der Faktor erhöht werden
- Wann die GOÄ-Nummer erneut berechenbar ist richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit
- Die Durchführung orientierender Tests ist vollständig delegierbar

Die meisten Tests, die in der hausärztlichen Praxis angewandt werden, sind der Nr. 857 zuzuordnen. Darunter fallen beispielsweise auch die Tests:

- Mini-Mental-Status (MMST)
- Beck'sche Depressions-Inventar (BDI)
- Symptom-Check-List (SCL 90)
- Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

### Tests je APK einmal berechenbar

Die Nrn. 856 und 857 GOÄ beziehen sich auf „insgesamt“. Das heißt aber nicht, dass alle im Verlauf einer Behandlung oder eines Behandlungsfalls (Monatsfrist) durchgeführten Tests mit der einmaligen Berechnung der Nr. 856 beziehungsweise Nr. 857 abgegolten sind. „Insgesamt“ bewirkt vielmehr, dass in einer Sitzung, also innerhalb eines Arzt-Patienten-Kontakts, durchgeführte Tests derselben Art mit Nr. 856 beziehungsweise Nr. 857 GOÄ nur

einmal berechnet werden dürfen. Bei der Verwendung mehrerer Tests kann der Faktor höher bemessen werden (bis 2,5-fach), ebenso für so genannte „Langfassungen“ von Tests. Ob Testverfahren nach der erstmaligen Durchführung wieder berechnet werden können, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

### Die medizinische Notwendigkeit ist beispielsweise gegeben, wenn:

- sich das Krankheitsbild geändert hat
- eine Therapiekontrolle erforderlich ist
- eine Erschöpfung des Probanden dazu zwingt, verschiedene Testverfahren auf mehrere Sitzungen zu verteilen

Eine rein organisatorisch bedingte Aufteilung derselben Art von Test auf verschiedene Termine begründet aber keine erneute Abrechenbarkeit. Da die erneute Abrechnung der Nr. 856 beziehungsweise Nr. 857 GOÄ oft nach kurzer Zeit häufiger moniert wird, sollten Sie die Gründe dokumentieren.

### Delegierbarkeit

Die Indikationsstellung, die Auswahl der Testverfahren und die klinische Bewertung der Testergebnisse sind immer vom Arzt vorzunehmen. Delegiert werden kann jedoch die Durchführung bei orientierenden Tests (einschließlich des Errechnens von Scores). Ist bei komplexen Intelligenz- und Entwicklungstests (Nr. 856 GOÄ) die Berücksichtigung des Testverhaltens des Probanden von Bedeutung, kann die Durchführung aber nur an entsprechend geschultes Personal delegiert werden. Für Projektive Tests (Nr. 855 GOÄ) ist eine Delegation in der Regel ausgeschlossen.

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



## Gefäß-Check als IGe-Leistung

**Ob es die Sorge um eine sich anbahnende koronare Herzkrankheit oder eine andere Gefäßkrankung ist: Früherkennungsuntersuchungen sind nur als IGeL möglich.**

Die Abklärung von Gefäßkrankheiten im Rahmen der GKV-Gesundheitsuntersuchung beinhaltet nur die Anamnese, den Ganzkörperstatus, die Bestimmung der Blutfette und einen Nüchtern-Blutzucker als eventuellem Risikofaktor – dies, obwohl sich die Gesundheitsuntersuchung ausdrücklich auf die Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen bezieht.

Bei IGeL, die über die GKV-Gesundheitsuntersuchung hinausgehen, kann man einige als nahezu obligat ansehen. Andere sind nur individuell indiziert, zum Beispiel bei bestimmten Altersgruppen oder bei starken Rauchern. Es gibt entsprechend viele Möglichkeiten dem Patienten ein „maßgeschneidertes“ IGeL-Angebot zu bieten.

**Als „Standard“ gilt vielen Ärzten die Duplex-Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße**

Berechnung: 410 GOÄ + 3 x 420 GOÄ + 645 GOÄ

Wenn in derselben Sitzung auch Extremitätengefäße untersucht werden:

410 GOÄ + 3 x 420 GOÄ + 645 GOÄ + 644 GOÄ

Zusätzliche Frequenzspektrumanalysen könnten mit dem Ansatz höherer Faktoren zu den Nrn. 644 und/oder 645 GOÄ berücksichtigt werden, was bei IGeL aber in der Regel unterbleibt.

**Messung der Intimadicke**

Nr. 410 GOÄ. Die Nummer wird in derselben Sitzung aber schon für eines der Gefäßgebiete berechnet und kann nicht ein zweites Mal berechnet werden.

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

**Belastungs-EKG**

Ein EKG gehört nicht zum Inhalt der GKV-Gesundheitsuntersuchung. Ist es angebracht, kommt meist die Nr. 650 GOÄ zum Ansatz. Vom IGeL-Monitor wird das als „tendenziell negativ“ eingestuft, obwohl man zugibt, über keine ausreichenden Studien zu verfügen. Davon sollte man sich nicht irritieren lassen, denn die spät erfolgte Differenzierung der Blutfette in der GKV-Gesundheitsuntersuchung zeigt, dass der IGeL-Monitor kein Maßstab dafür sein kann, ob IGeL individuell angebracht sind. Wird ein Belastungs-EKG zur Früherkennung eingesetzt, zum Beispiel wenn der Patient körperlich schwer belastenden Sport ausübt, kann dies mit der Nr. 652 GOÄ als IGeL berechnet werden.

**Bestimmung Knöchel-Arm-Index zur Früherkennung einer pAVK**

Die Bestimmung des Knöchel-Arm-Index zur Früherkennung einer pAVK ist nicht als GKV-Präventionsleistung verankert. Spezielle Gerätelösungen, welche die Messung ohne Ultraschall-Doppler ermöglichen, sind einfach durchzuführen und werden relativ häufig in Anspruch genommen, da sie mit der Nr. 621 GOÄ analog auch sehr preiswert sind. Bei der sonografiegestützten Variante kann die Nr. 644 GOÄ analog zum Ansatz kommen.

**Beurteilung der arteriellen Gefäßsteifigkeit durch Pulswellenanalyse**

Analoge Berechnung mit der Nr. 637 GOÄ (Pulswellenlaufzeitbestimmung), häufig mit dem 1,512-fachen Faktor. Dies ergibt einen glatten Endbetrag von 20 Euro.

**Messung der Herzfrequenzvariabilität**

IGeL ist auch die in diesem Zusammenhang durchgeführte Messung der Herzfrequenzvariabilität. Zur Abrechnung bei IGeL wird in der Regel die „Kurzversion“ (Messung über etwa fünf Minuten) angewandt, zum Beispiel mit der Nr. 636 GOÄ analog mit dem einfachen Faktor.

### Wichtig

- Speziell für die Früherkennung von Gefäßkrankungen ist ein breites Spektrum von Untersuchungen geeignet, die nur als IGeL möglich sind
- Das IGeL-Angebot kann auf die individuelle Situation und die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden

► Diese Berechnung lehnt sich an eine Empfehlung der Bundesärztekammer zur Abrechnung der „Langzeitversion“ in Verbindung mit einem Langzeit-EKG an.

**Oder:** Nr. 600 GOÄ analog in Verbindung mit der Nr. 653 GOÄ (telemetrisches EKG).

### Laboruntersuchungen

Zur Aufdeckung eines erhöhten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos sind auch Laboruntersuchungen geeignet. Es können spezielle „Gefäßprofile“ wie beispielsweise mit

- Lipoprotein (a) (Nr. 3730 GOÄ)
- Homocystein (Nr. 3737 GOÄ)
- CRP ultrasensitiv (Nr. 4741 GOÄ)
- Fibrinogen (Nr. 3933 GOÄ)

erstellt werden.

Als Speziallaborleistungen müssen sie entweder selbst erbracht oder vom Laborarzt abgerechnet werden. Speziell für die Bestimmung des Herzinfarkt-Risikos wird häufig NT-proBNP untersucht (Nr. 4069 GOÄ), auch dies ist eine Leistung des Speziallabors. Sofern die Laboruntersuchungen auch im EBM angeführt sind, handelt es sich trotzdem um IGeL, wenn sie zur Früherkennung erfolgen.

Viele Labors bieten „Gefäßprofile“ im Rahmen einer „Labor-IGeL-Abrechnung“ an. Dabei werden die Leistungen beider Ärzte gemeinsam durch eine Verrechnungsstelle abgerechnet. Das spart dem Arzt Kosten und irritiert nicht den Patienten, der es nicht kennt, Rechnungen von verschiedenen Ärzten zu erhalten.