



Komplexe Abrechnungsmodalitäten bei den Geriatriepositionen

Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03360 und 03362 wurden einigen Ärzten nicht vergütet, weil die Abrechnungsvoraussetzungen nicht vorlagen oder obligate Leistungsinhalte nicht erbracht oder nicht ausreichend dokumentiert wurden.

Mit dem geriatrischen Basisassessment wird untersucht, ob und in welchem Umfang ein geriatrischer Versorgungsbedarf vorliegt.

Basisassessment GOP 03360

Altersunabhängig kann die GOP 03360 bei Patienten mit:

- Alzheimer-Erkrankung (G30)
- Demenz (F00 bis F02)
- Parkinsonsyndrom (G20.1 und G20.2) abgerechnet werden

Ansonsten ist die GOP bei Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr berechnungsfähig, bei denen zusätzlich ein Pflegegrad (Code Z74.9) vorliegt (Pflegegrad 1 ist ausreichend), oder bei Patienten, bei denen zusätzlich mindestens eines der nachfolgenden geriatrischen Syndrome festgestellt wird:

- Mobilitätsstörung mit Fallneigung und Altersschwindel (Z74.0, R26.8, R54)
- Kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Beeinträchtigung (R41.8, R46.4)
- Frailty-Syndrom (R54)
- Dysfragie (R13.9)
- Inkontinenz Harn (R32) / Stuhl (R15)
- Chronisches Schmerzsyndrom (R52.1)

Sind die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 03360 gegeben, sind die obligaten Leistungsinhalte zu beachten:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender

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

motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen

- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS)
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr mittels standardisierter Testverfahren (z. B. Timed „up & go“, Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)

Berechnungsfähig ist die GOP 03360 einmal pro Patient und Quartal und höchstens zweimal je Patient im Krankheitsfall.

Testverfahren für die GOP 03360

Bei jeder Abrechnung der GOP 03360 müssen die obligaten Leistungsinhalte erbracht werden. Die Erhebung der Funktionseinschränkungen ergibt sich durch die Untersuchung des Patienten, die entsprechend dokumentiert werden muss.

Test Selbstversorgungsfähigkeit

Für die Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten sind in der Leistungslegende beispielhaft mehrere Testverfahren genannt. Das bedeutet, dass auch andere geeignete Testverfahren eingesetzt werden können. Durchgesetzt hat sich der Barthel-Index zur Bewertung von Alltagsfunktionen nach Punkten. Abgefragt werden beim Barthel-Index zehn Punkte aus dem Alltagsleben, für die je nach Beeinträchtigung 0,5 bis 10 Punkte vergeben werden. Bei null Punkten besteht nahezu keine Beeinträchtigung, bei 100 Punkten liegt Pflegebedürftigkeit vor.

► ICD-10-Code R74.9

Test Mobilität und Sturzgefahr

Auch für die Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr sind beispielhaft Testverfahren in der Beschreibung der GOP 03360

Wichtig

- **Voraussetzungen zur Berechnung der GOP 03360:** Alter über 70 Jahre und zusätzliches Vorliegen eines Pflegegrades oder mindestens eines geriatrischen Syndroms. Bei Patienten, jünger als 70 Jahre muss eine der Diagnosen F00 bis F02, G30, G20.1 oder G20.2 vorliegen
- **GOP 03360:** Obligate Leistungsinhalte erbringen und dokumentieren, insbesondere einen Test zur Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und einen Test zur Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr

aufgeführt, es können somit auch andere geeignete Testverfahren eingesetzt werden.

Bei Abrechnung der GOP 03360 ist darauf zu achten, dass die Abrechnungsvoraussetzungen vorliegen und die obligaten Leistungsinhalte, insbesondere die Testverfahren, erbracht und dokumentiert werden.

Betreuungskomplex GOP 03362

Die GOP 03362 ist je Patient und Quartal einmal berechnungsfähig. Ein persönlicher APK ist erforderlich, außerdem die Behandlung eines geriatrischen Syndroms, von denen in der Leistungslegende zur GOP 03362 einige beispielhaft genannt werden. Da nur eine beispielhafte Auflistung erfolgt, können auch andere geriatrische Syndrome zur Abrechnung der GOP 03362 berechnen. Außerdem ist eine Überprüfung der verordneten Arzneimittel und die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans obligater Leistungsinhalt.



Geriatrisches Basisassessment in der GOÄ

Statt der geriatrischen Komplexleistungen der Nrn. 03360 und 03362 EBM sind in der GOÄ entsprechende Einzelleistungen heranzuziehen.

Weder gibt es in der GOÄ die Anbindung an bestimmte Diagnosen, noch einen „Krankheitsfall“. Zu beachten sind bei der Berechenbarkeit der Leistungen gegebenenfalls der „Behandlungsfall“ (Monatsfrist in Bezug auf die Behandlung derselben Erkrankung) und die auf einen Zeitraum bezogenen Abrechnungsbestimmungen (Nrn. 34 und 15 GOÄ).

Grundsätzlich gilt:

Was medizinisch notwendig ist, darf unter Beachtung von Abrechnungsbestimmungen auch berechnet werden.

Die in Nr. 03360 obligate Erhebung und/oder Monitoring übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen wird in der GOÄ mit Anamnese, körperlicher Untersuchung und psychodiagnostischen Testverfahren widerspiegelt. Das können ganz unterschiedliche Leistungen sein. Die „Kernziffern“ dafür sind Nr. 1 oder 3 (Beratungen), Nr. 7 (Untersuchung Organsystem), Nr. 800 (neurologische Untersuchung) und Nr. 857 (orientierende Testuntersuchungen). Was aber nicht ausschließt, dass bei einem Patienten auch die Nrn. 856 (standardisierte Intelligenztests) oder 801 (psychiatrische Untersuchung) erforderlich sind.

Selbstversorgungsfähigkeiten

Der Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten durch validierte Testverfahren entspricht in der GOÄ die Nr. 857.

Mobilität und Sturzgefahr

Die Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch solche wie in Nr. 03360 EBM angeführte Verfahren ist in der GOÄ eine Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung).

Wichtig

- Statt der Komplexleistungen der Nrn. 03360 und 03362 des EBM sind in der GOÄ die entsprechenden Einzelleistungen berechenbar
- Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten nicht für die GOÄ-Abrechnung. Deren eigene Abrechnungsbestimmungen sind ausschlaggebend
- Wegen der unterschiedlichen Möglichkeiten von GOÄ-Ziffern, die dem EBM-Inhalt gegenüberstehen und den zu beachtenden Ausschlüssen auch mit Leistungen, die nicht zum Basisassessment erbracht wurden, sollte nicht mit einer fixen „Ziffernkette“ abgerechnet werden. Die individuelle Abrechnung ist korrekter und ggf. auch besser
- Das macht die Abrechnung komplizierter, aber lohnender als im EBM

Hirnleistungsstörungen

Die Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mit den entsprechenden Tests wird in der GOÄ mit der Nr. 857 abgerechnet.

Anpassung des häuslichen Umfelds

Für eine Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfelds kann in der GOÄ, je nach Art der Anleitung mit den Nrn. 1, 3, 4 oder 34 (Erörterung) abgerechnet werden.

Für die Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, gegebenenfalls des Arbeitsplatzes, trifft dasselbe zu. Hier ist aber am ehesten die Nr. 34 zutreffend (Mindestzeit 20 Minuten). Die Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt ist als Konsil nach Nr. 60 GOÄ berechenbar. Wird aber nur ein Brief geschrieben, ist die Nr. 75 GOÄ anzusetzen.

Der „hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex“ der Nr. 03362 EBM wird in der GOÄ in der Regel dadurch, dass auch

soziale Maßnahmen involviert sind, mit der Nr. 15 GOÄ (hausärztliche Koordination) berücksichtigt. Ein Medikationsplan kann mit der Nr. 76 GOÄ (Diätplan) analog berechnet werden.

Abrechnungsausschlüsse

In Bezug auf die genannten Leistungen sind die Abrechnungsausschlüsse der GOÄ zu beachten: Nr. 857 GOÄ ist je Sitzung nur einmal berechenbar, auch bei der Anwendung unterschiedlicher Testverfahren. Man kann bei der gegebenen Vielzahl der Tests dann aber den Faktor erhöhen (bis 2,5-fach).

Symptombezogene Untersuchung Nr. 5 GOÄ ist je Sitzung nur einmal berechenbar.

Eingehende neurologische Untersuchung Wird auch Nr. 800 GOÄ berechnet, ist die Untersuchung durch solch einfache Tests wie in Nr. 03360 EBM beschrieben, nicht neben Nr. 800 berechenbar.

Vollständige körperliche Untersuchung Nr. 7 GOÄ steht hingegen der Nr. 800 GOÄ nicht entgegen.

Konsile

Das Konsil nach der Nr. 60 GOÄ schließt sich für dieselbe Leistung nur mit dem Arztbrief nach Nr. 75 GOÄ aus (entweder/oder).

Beratungen

Bei den Beratungen müssen eine Vielzahl von Ausschlüssen beachtet werden:

- Nr. 1 nicht neben Nr. 3 und 34
- Nr. 3 nicht neben Nr. 1, 4, 34, 857 und 60
- Nr. 7 nicht neben Nr. 5.
- Nr. 34 nicht neben den Nrn. 1, 3, 4. Die Nr. 34 ist nur zweimal innerhalb von sechs Monaten berechnungsfähig
- Nr. 15 nur einmal im Kalenderjahr

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



4 häufige Beanstandungen bei der Liquidation von IGeL

Nehmen Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) Selbstzahlerleistungen auf Wunsch in Anspruch, resultiert daraus ein Vertragsverhältnis auf der Basis der Kostenerstattung mit Liquidation nach der GOÄ. Dabei kommt es immer wieder zu Unstimmigkeiten.

Nach Schätzungen haben sich die Honorarumsätze mit IGeL bei etwa 1,5 Milliarden Euro pro Jahr eingependelt.

1. Keine Erfolgsgarantie

Es ist nachzuvollziehen, dass Patienten bei Wunschleistungen ein nicht zu beanstandendes Ergebnis erwarten, insbesondere bei kosmetischen Behandlungen.

Beispiel: Besenreiser

Eine Patientin lässt sich Besenreiser an den Beinen entfernen. Nach der Behandlung persistieren dauerhafte Hautverfärbungen an den Behandlungsstellen. Mit dem Hinweis auf das nicht zufriedenstellende Ergebnis verweigert die Patientin die Begleichung der Liquidation ganz oder teilweise.

Beispiel: Gewichtsreduktion

Ein Patient nimmt zur Reduktion des Körpergewichts an Gruppenbehandlungen teil, ähnlich den Offerten von Weight Watchers. Nach anfänglichen Erfolgen hat der Patient aber sein ursprüngliches (Über-)Gewicht wieder erreicht.

Beispiel: Rauchentwöhnung

Nach einer Entwöhnungsbehandlung und einem vorübergehenden Erfolg fängt ein Raucher von Neuem zu rauchen an.

Die Begleichung der Liquidationen von IGeL kann nicht mit dem Hinweis auf mangelhaften Erfolg verweigert werden. Deswegen ist es bei IGeL unbedingt zu empfehlen, in dem Behandlungsvertrag festzuhalten, dass ein bestimmter Erfolg nicht garantiert werden kann.

2. Aufklärung über die Kosten

Ein Kostenvoranschlag ist bei der Erbringung von IGeL nicht unbedingt erforderlich, es wird aber dringend dazu geraten. In dem Behandlungsvertrag sollten die voraussichtlichen Kosten benannt werden, insbesondere wenn es sich um kostspielige IGeL handelt. Immer wieder behaupten Patienten im Nachhinein, die IGeL wären nicht in Anspruch genommen worden, wenn die (hohen) Kosten vorab bekannt gewesen wären. In einigen Fällen konnten Patienten mit dieser Argumentation eine deutliche Verringerung der Liquidation erzielen.

3. Rechnungslegung

Nach Umfragen der GKV werden nahezu die Hälfte aller IGeL pauschal liquidiert. Grundsätzlich müssen IGeL immer nach der GOÄ liquidiert werden. Eine Begründung ist erforderlich, wenn der normale Steigerungsfaktor (2,3-fach) überschritten wird. Eine Abdingung ist erst dann notwendig, wenn der nach der GOÄ höchstmögliche Steigerungsfaktor (3,5-fach) überschritten wird. Möglich sind Steigerungsfaktoren mit individuellen Kommastellen, um mit einem glatten Rechnungsbetrag eine bessere Compliance zu erzielen.

Beispiel: Atteste

Am häufigsten fallen als IGeL zu liquidierende Atteste oder Bescheinigungen an, abzurechnen nach Nr. 70 GOÄ. Mit dem Faktor 2,15-fach ergibt sich ein glatter Rechnungsbetrag von 5,00 Euro.

4. Besondere Leistungsausführung

Häufig wird bei Erkrankungen, die auch zu Lasten der GKV behandelt werden können, eine besondere Behandlungsmethode verlangt. Die Erbringung von Leistungen zu Lasten der GKV erfolgt unter der Vorgabe von wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig. Mit dem Wunsch nach

Wichtig

- Keine Pauschalliquidationen, Rechnungslegung immer gemäß der GOÄ
- Die voraussichtlichen Kosten im Behandlungsvertrag darlegen, am besten durch Auflistung der wahrscheinlich zur Abrechnung gelangenden GOÄ-Positionen mit Steigerungsfaktor und Endbetrag
- Bei IGeL immer schriftlichen Behandlungsvertrag schließen
- In dem Behandlungsvertrag festhalten, dass ein bestimmtes Ergebnis nicht garantiert werden kann
- Liquidationen von IGeL immer mit dem Zusatz „auf Verlangen“ kennzeichnen

besonderen und zumeist unwirtschaftlichen Behandlungsmethoden werden Vertragsärzte vor allem konfrontiert, wenn in den Medien über angeblich erfolgversprechende Behandlungsmethoden berichtet wird. Beispiel: Bei Warzenbefall an den Händen wird eine Behandlung mit Laser erbeten, obwohl deren Entfernung auch durch das Auftragen von Externa möglich wäre.

In derartigen Fällen sollte in dem Behandlungsvertrag ausdrücklich erwähnt werden, dass eine unwirtschaftliche Behandlungsmethode auf Wunsch des Patienten durchgeführt wird. Erfahrungsgemäß reichen Patienten die Liquidation von IGeL häufig bei ihrer Krankenkasse mit der Bitte um Kostenerstattung ein. Oft wird dann nachgefragt, warum die Behandlung einer Erkrankung nicht nach dem EBM berechnet wurde. Der schriftlich festgehaltene Wunsch des Patienten, eine unwirtschaftliche Leistungsausführung zu erbringen, kann den Sachverhalt schnell klären.

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