



## Häufige Probleme bei den Chronikerpauschalen

**Obwohl die modifizierten Chronikerpauschalen mit den Gebührenordnungspositionen (GOP) 03220 und 03221 bereits 2013 in den EBM aufgenommen wurden, ergeben sich bei der Abrechnung immer noch Probleme.**

Vor der Neufassung der Chronikerpauschalen zum IV. Quartal 2013 galt zu deren Berechnung der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen. Weil es mit der Umsetzung des Beschlusses hinsichtlich der Berechnung der früheren Chronikerpauschalen des EBM immer wieder Auslegungsschwierigkeiten gab, wurde die Definition von Chronikern im Sinne des EBM in der Präambel zu Kapitel 3.2.2 EBM festgeschrieben.

### Chronisch krank gemäß EBM

Die Berechnung der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 setzt eine kontinuierliche hausärztliche Behandlung im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung voraus. Das aktuelle Quartal zählt dabei mit. Weitere Voraussetzung ist, dass in mindestens drei der letzten vier Quartale mindestens je ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat, davon mindestens zwei persönliche APK.

### Dieselbe Erkrankung

Mit die häufigsten Beanstandungen bei der Abrechnung der Chronikerpauschalen erfolgen, weil für den Zeitraum der letzten vier Quartale keine identischen Diagnosen (ICD-10-Code) mit dem Zusatz G für gesichert angegeben werden. Bei paarigen Organen ist außerdem die Seitenlokalisation mit R für rechts, L für links und mit B für beidseitig anzugeben.

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

### Wichtig

- **GOP 03220/03221:** Hausärztliche Betreuung wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung in den vorangegangenen vier Quartalen. Das aktuelle Quartal zählt mit
- Behandlung durch andere Hausärzte wegen derselben chronischen Erkrankung in den vorangegangenen vier Quartalen: 03220/03221 mit dem Zusatz H abrechnen
- Die hausärztliche Behandlung in den vorangegangenen vier Quartalen muss nicht bei einem Vertragsarzt erbracht worden sein. Auch privat erbrachte hausärztliche Behandlungen oder hausärztliche Behandlungen im Ausland zählen mit

### Zusatzzeichen H

Die kontinuierliche Behandlung eines Patienten wegen einer chronischen Erkrankung im Zeitraum der vorangegangenen vier Quartale muss nicht unbedingt durch denselben Hausarzt erfolgen. Damit stellt sich die Frage, wie der Hausarzt, der die Betreuung übernimmt, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen APK belegen soll. Der EBM vermerkt dazu, dass die zuvor stattgefundenen APK zu dokumentieren sind. Demnach wird es als ausreichend angesehen, wenn die Erhebung der Anamnese bei einem Patienten ergibt, dass er sich wegen derselben chronischen Erkrankung in den vorangegangenen Quartalen anderweitig in hausärztlicher Behandlung befunden hat. Wenn der Patient entsprechende Angaben macht, kann es sinnvoll sein, zusätzlich den Namen und die Anschrift des zuvor behandelnden Hausarztes zu dokumentieren. Eine Übermittlung dieser Daten an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) zusammen mit der Quartalsabrechnung ist nicht erforderlich.

### Offensichtlich wurde und wird dies in einigen KVen anders gesehen:

In Einzelfällen wurde von Ärzten verlangt, anzugeben, bei welchen Hausärzten beim Ansatz des Zusatzes H, zusätzlich zu den Chronikerpauschalen, die vorherige hausärztliche Behandlung erfolgte. Aus dem EBM lässt sich die Verpflichtung dazu nicht ableiten. Die vorherige hausärztliche Behandlung muss nicht unbedingt bei einem Vertragsarzt erbracht worden sein. Hat sich ein Patient zum Beispiel über mehrere Quartale hausärztlich privat behandeln lassen und wechselt dann zu einem Vertragsarzt, ist der Ansatz des Zusatzes H gerechtfertigt. Dasselbe gilt, wenn Patienten sich über einen längeren Zeitraum im Ausland aufgehalten haben, dort aber in jedem Quartal hausärztlich wegen derselben chronischen Erkrankung behandelt wurden.

► Als Wechsel der hausärztlichen Betreuung gilt auch, wenn ein Kind oder Jugendlicher von der hausärztlichen Betreuung durch einen Kinderarzt in die hausärztliche Betreuung eines Allgemeinarztes wechselt.

### Chronische Erkrankungen

Immer wieder finden zum Teil kontroverse Erörterungen statt, wann eine lebensverändernde chronische Erkrankung vorliegt und damit die Voraussetzungen zur Berechnung der 03220 und 03221 gegeben sind. **Zur Klarstellung:** Zur Definition einer lebensverändernden chronischen Erkrankung gibt es im EBM keine Vorgaben. Somit können auch chronische Erkrankungen mit geringerem Schweregrad eine Lebensveränderung bedingen.

### Beispiel: Akne

Eine Verkäuferin in einem Kosmetikfachgeschäft leidet unter einer ausgeprägten Akne und muss sich nach einer anderen beruflichen Tätigkeit umsehen. Die Schwere und der Krankheitswert einer chronischen Erkrankung ist nicht Voraussetzung zur Berechnung der Chronikerpauschalen.



## Laboruntersuchungen bei Diabetespatienten

**Erforderliche Laboruntersuchungen bei Diabetes können teils vom Hausarzt selbst durchgeführt werden. Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf ein „typisches“ Vorgehen bei Diabetes Typ 1.**

Vereinzelt trifft man auf Unkenntnis darüber, dass in der GOÄ Blutentnahmen zu Laboruntersuchungen eigenständig berechenbar sind: Die venöse Blutabnahme ist mit Nr. 250 GOÄ (Blutentnahme mittels Spritze ... aus der Vene, 40 Punkte, 1,8-fach 4,20 €) berechenbar. In derselben Sitzung, das heißt im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes, ist Nr. 250 auch bei Abnahme mehrerer Proberöhrchen aus einer Entnahmestelle nur einmal berechenbar, auch wenn diese an verschiedene Untersuchungsstellen gehen. Die Mehrfachberechnung auch an demselben Tag ist statthaft, wenn die Blutabnahmen in getrennten Sitzungen mit jeweils erneuter Punktion erfolgen (z. B. beim BZTP oder oralen Glukose-Toleranz-Test (oGTT)).

► Man kann zur Klarstellung in der Rechnung die verschiedenen Uhrzeiten anführen, muss es aber nicht.

### Welche Ziffern wann ansetzen?

Welche Ziffer dann für die jeweilige Laboruntersuchung ansetzbar ist, richtet sich auch nach den Umständen der Leistungserbringung. Ziffern in Abschnitt M I GOÄ (Praxislabor) dürfen nur dann angesetzt werden, wenn die Untersuchung in der eigenen Praxis oder direkt beim Patienten (z. B. Hausbesuch) und innerhalb von vier Stunden nach der Probenentnahme (oder -übergabe) erfolgte. Die Ziffern des Abschnittes M II dürfen bei einer Untersuchung in der Laborgemeinschaft berechnet werden. Ziffern des Abschnittes M III dürfen nur bei Durchführung durch den berechnenden Arzt selbst angesetzt werden, nicht bei Durchführung durch einen anderen (meist Labor-)Arzt.

Die Unterscheidung nach den Modalitäten der Untersuchung ist der Grund da-

### Wichtig

- Viele der bei der Basis-Diagnostik des Diabetes und zur Verlaufskontrolle erbrachten Laboruntersuchungen sind vom Hausarzt berechenbar
- Blutabnahmen sind eigenständig berechenbare Leistungen
- Bei weniger als den in der GOÄ zum Tagesprofil und zum oGTT verlangten Glukosebestimmungen sind die einzelnen Laborbestimmungen berechenbar

für, warum derselbe Parameter in verschiedenen GOÄ-Abschnitten angeführt sein kann. Zum Beispiel ist Glukose sowohl in Abschnitt M I mit der Nr. 3514 (1,15-fach 4,69 €), als auch in Abschnitt M II mit Nr. 3560 (1,15-fach 2,68 €) angeführt.

### Versandkosten

Versandkosten sind in der Regel nicht berechenbar, da sie der Laborarzt trägt oder die Laborgemeinschaft, die das Material untersucht.

### Teststreifen

Für Teststreifen ist die Nr. 3511 GOÄ (1,15-fach 3,35 €) ansetzbar. Für anders als mit Teststreifen erfolgende Glukosebestimmungen trifft je nachdem die Nr. 3514 (Praxislabor) oder Nr. 3560 (Laborgemeinschaft) zu. Die Ziffern sind für getrennt erfolgende Untersuchungen (z. B. nüchtern und postprandial) jeweils, also auch mehrfach am selben Tag berechenbar. Ein (nicht standardisiertes) Blutzucker-Tagesprofil ist nur dann mit der Nr. 3611 (1,15-fach 10,72 €) abzurechnen, wenn die dort geforderte „viermalige Bestimmung“ erfolgte.

### Oraler Glukose-Toleranz-Test

Für den oGTT enthält die GOÄ die Nr. 3613 (1,15-fach 10,72 €). Auch die Nr. 3613 setzt eine viermalige Bestimmung

voraus. Wenn weniger Bestimmungen erfolgen, ist jeweils die Nr. 3514 bzw. 3560 zutreffend. Die GOÄ ist hier nicht auf dem Stand des leitliniengerechten Vorgehens. Die Einnahme der definierten Glukosemenge durch den Patienten ist nicht berechenbar, wohl aber die für die definierte Glukosemenge entstehenden Auslagen (deren bezahlter Preis).

Selbstverständlich sind auch andere Laboruntersuchungen zur Diabetes-Diagnostik oder zur Verlaufskontrolle berechenbare Leistungen.

### HbA<sub>1c</sub>-Bestimmung

Für die Bestimmung von HbA<sub>1c</sub> enthält die GOÄ die Nr. 3561 (1,15-fach 13,41 €) im Abschnitt M II. Eine Bestimmung im Praxislabor sieht die GOÄ nicht vor. Wenn die Bestimmung im Praxislabor erfolgen würde, wäre die Nr. 3721 (Glykierte Proteine, 1,15-fach 16,76 €) ansatzfähig.

### Andere Laboruntersuchungen sind

#### z. B.:

- Blutbild: Nr. 3550, 1,15-fach 4,02 €
  - Lipidprofil: Nrn. 3562.H1 ff., 1,15-fach je 2,68 €
  - Kreatinin im Praxislabor: Nr. 3520, 1,15-fach 4,69 €; in der Laborgemeinschaft Nr. 3885.H1, 1,15-fach 2,68 €
  - Lipase Praxislabor: Nr. 3521, 1,15-fach 4,69 €; in der Laborgemeinschaft Nr. 3598.H1, 1,15-fach 3,35 €
  - Amylase: Nr. 3512, 4,69 € bzw. Nr. 3588.H1, 3,35 €
  - TSH: Nr. 4030, 16,76 €.
- Nr. 4030 steht in Abschnitt M III, ist somit nur bei eigener Durchführung berechenbar. Dass TSH im Abschnitt M II fehlt, ist sachlich falsch, aber so hinzunehmen.

► Die Aufzählung kann nicht abschließend sein. Selbstverständlich können weitere Laboruntersuchungen hinzukommen, sind aber meist nur mit Ziffern im Speziallabor enthalten.

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



## Zwangshandlungen therapieren

**Zwangshandlungen drängen sich den Betroffenen unwillkürlich und gegen deren Willen auf. Aus eigener Kraft können sie nicht davon ablassen. Treten Beeinträchtigungen im Alltag auf, wird in der Regel zunächst der Hausarzt aufgesucht.**

Zwangshandlungen sind außerordentlich mannigfaltig. Milde Zwänge, wie etwa ein Sammelzwang, können überwiegend in ein normales Leben integriert werden, ohne dass dies von den Patienten oder deren Umgebung als unangenehm empfunden wird. In Extremfällen können Zwangshandlungen so ausgeprägt sein, dass es für die Betroffenen kaum möglich ist, ihrer Arbeit ohne Beeinträchtigung nachzugehen oder gar das Haus zu verlassen.

**Beispiele:** Kontrollzwang, bei dem ständig die bereits verschlossene Haustür kontrolliert wird oder wiederholt nachgesehen werden muss, ob ein elektrisches Gerät tatsächlich ausgeschaltet ist. Auch ein Putzzwang kann erhebliche Beeinträchtigungen mit sich bringen.

### Zwangshandlungen

Unter harmlosen Zwängen leiden mehr Mitmenschen als man annimmt. So ist etwa für ein gepflegtes Erscheinungsbild ein gewisser Zeitaufwand erforderlich. Manche Menschen benötigen für die täglichen Reinigungsprozeduren mehrere Stunden und führen diese in einer Art Zwangshandlung durch.

Ob ausgedehnten Reinigungsprozeduren lediglich ein gesteigertes Reinlichkeitsbedürfnis zugrunde liegt oder ob es sich um ein krankhaftes Ritual handelt, ist unter Umständen schwierig zu unterscheiden, da nahezu jeder im täglichen Leben irgendwelchen Zwängen folgt. Sicher ist es normal, wenn nach dem Verlassen der Wohnung nachgesehen wird, ob das Licht ausgeschaltet ist etc. Müssen derartige Tätigkeiten aber etliche Male wiederholt werden, ist von einer Zwangshandlung auszugehen.

### Zwangsgedanken

Verbreitet sind auch Zwangsgedanken. Manche Menschen leiden unter der zwanghaften Vorstellung, an einer (böartigen) Erkrankung zu leiden, ohne dass dafür Anzeichen oder Symptome vorliegen. Ursachen für Zwangsstörungen sind nicht bekannt, erörtert werden auch genetische Komponenten, was daraus geschlossen wird, dass Zwangserkrankungen in betroffenen Familien gehäuft vorkommen. Häufig stellen Patienten selbst fest, dass sie unter Zwängen leiden, können sich aber aus eigener Kraft nicht davon befreien und konsultieren deswegen ihren Hausarzt.

### GKV oder IGeL?

Bei Zwangshandlungen sollte die Erstvorstellung der Patienten über die Krankenversicherungskarte abgerechnet werden, da die Patienten selbst häufig von einer Erkrankung ausgehen. Als Kriterium, ob eine weitere Diagnostik und gegebenenfalls auch Behandlung zu Lasten der GKV erfolgen kann, sollte eine unter Umständen erforderliche Überweisung zu einem Nervenarzt oder einem Psychotherapeuten angesehen werden. Der entsprechende Facharzt klärt dann seinerseits, ob es sich um eine als Krankheit einzustufende Zwangshandlung handelt.

Liegt der Verdacht auf eine krankhafte Zwangsstörung vor, ist diese mit einem der ICD-10-Codes F42.1V, F42.2V, F42.8V oder F42.9V anzugeben.

Zwangsstörungen sind zumeist nur für Betroffene und deren Umgebung störend, haben aber keinen Krankheitswert. In der Regel wird zunächst eine Beratung erfolgen, was gegen die Zwangsstörungen unternommen werden kann. Sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlungen sind sinnvoll. Häufig haben Patienten mit Zwangshandlungen Hemmungen, ihre

### Wichtig

- Erstkonsultation in der Regel zu Lasten der GKV
- Bei Zwangsstörungen ohne Krankheitswert Abrechnung als IGeL
- **Beratung:** Nr. 1 GOÄ, 80 Punkte, 10,72 Euro (2,3-fach)
- **Beratung länger als zehn Minuten:** Nr. 3 GOÄ, 20,11 Euro (2,3-fach)
- **Psychotherapeutische Behandlung:** Nr. 849 GOÄ, 20 Minuten, 30,83 Euro (2,3-fach)
- **Übende Verfahren:** Nr. 846 GOÄ, 20 Minuten, 20,11 Euro (2,3-fach)
- **Übende Verfahren, Gruppenbehandlung, 20 Minuten:** Nr. 847 GOÄ, 6,00 Euro je Teilnehmer (2,3-fach) bis zu zwölf Teilnehmer
- **Verhaltenstherapie, 50 Minuten:** Nr. 870 GOÄ, 100,55 Euro (2,3-fach)

„Störungen“ gegenüber der Umgebung einzugestehen. Gruppenbehandlungen und der Austausch mit anderen Betroffenen können sich dann sehr günstig auswirken.

Wird eine medikamentöse Therapie für erforderlich gehalten, kann dies als Schnittstelle dafür angesehen werden, dass die Zwangsstörung Anzeichen eines „Wahns“ beinhaltet, so dass zu einer Behandlung zu Lasten der GKV übergegangen werden sollte. Um Patienten die Ansprache des Arztes bezüglich ihrer Zwangsstörungen zu erleichtern, kann durch Informationsmaterial im Wartezimmer darauf hingewiesen werden, dass Zwangshandlungen in der Praxis behandelt werden.

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