



Hausbesuche im Detail immer wieder problematisch

Gemäß § 17 Abs. 6 Bundesmantelvertrag (BMV) ist die Besuchsbehandlung grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Fachärzte müssen Hausbesuche nur dann wahrnehmen, wenn eine entsprechende fachliche konsiliarische Beratung oder eine Behandlung im Rahmen des jeweiligen Fachgebiets erforderlich ist.

Die Vergütung eines Routinebesuchs nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01410 in Höhe von 22,94 Euro, zuzüglich Wegegeld, bietet keinen Anreiz, Hausbesuche durchzuführen.

Patient wird nicht angetroffen

Ein Besuch wird angefordert, beim Eintreffen des Arztes ist der Patient nicht anwesend, etwa weil ihm selbst oder Angehörigen das Krankheitsbild so dramatisch erschien, dass inzwischen ein Krankenhaus aufgesucht wurde. Oder: Mehrere Ärzte werden um einen dringenden Besuch gebeten, etwa bei einem Unfall. Beim Eintreffen des Arztes hat bereits ein anderer Arzt die Behandlung übernommen. Abhängig von der Zeit und der Dringlichkeit des Besuches sind die Besuchspositionen 01410, 01411 und 01412 berechnungsfähig, zuzüglich Wegegeld. Bei derartigen Besuchen sollte entsprechend dokumentiert werden: „Patient bereits im Krankenhaus“ oder „Behandlung erfolgte durch einen anderen Arzt“.

Besuch war nicht erforderlich

Gemäß § 17 Abs. 7 BMV müssen die Krankenkassen ihre Versicherten darüber aufklären, dass ein Anspruch auf Besuchsbehandlung nur besteht, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Beispiel: Ein Besuch wird angefordert, der Arzt stellt fest, dass der Patient auch in die Praxis hätte kommen können.

Ob GKV-Versicherte über die Verpflichtung der Krankenkassen gemäß § 17 Abs. 7 BMV informiert werden, ist nicht bekannt.

Besuchsanforderung nicht ablehnen

Insbesondere bei unbekanntem Patienten ist es höchst problematisch, einen angeforderten Besuch abzulehnen. Die Patienten könnten im Nachhinein behaupten, es habe ein Notfall vorgelegen und der Arzt habe den Besuch abgelehnt. Um juristische Konsequenzen zu vermeiden, sollten insbesondere dringlich angeforderte Besuche niemals abgelehnt werden. In der Regel erfolgt die Anforderung von Besuchen per Telefon. Wird dabei ein akut erscheinendes Krankheitsbild geschildert und ist die Ausführung des Besuchs zeitgerecht nicht möglich, sollte darauf hingewiesen werden, dass besser direkt eine Klinik aufgesucht werden sollte. Ein derartiger Sachverhalt ist exakt zu dokumentieren, um sich so gegen eventuelle Anfeindungen zu wappnen.

Samstagsbesuche

Manche Praxen vereinbaren Routinebesuche für Samstage, die ebenfalls nur nach der GOP 01410 berechnet werden können, es sei denn es handelt sich um unverzüglich nach der Bestellung ausgeführte dringende Besuche, für die dann in Abhängigkeit von der Uhrzeit die GOP 01411 oder die GOP 01412 zu berechnen ist.

Mitbesuche

Besuche weiterer Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft sind mit der GOP 01413 abzurechnen. Bei Mitbesuchen an Samstagen ist in der Zeit von 7:00 bis 14:00 Uhr die GOP 01102 zusätzlich zum Routinebesuch nach GOP 01413 berechnungsfähig, wenn die Besuchsbehandlung weiterer Patienten auf besondere Anforderung, zum Beispiel durch das Personal in Wohnheimen, erfolgt. Die Berechnung

Wichtig

- Gemäß BMV obliegt die Besuchsbehandlung grundsätzlich dem behandelnden Hausarzt
- Bei Samstagsbesuchen in Heimen ist der Zuschlag 01102 zusätzlich zur GOP 01413 berechnungsfähig, wenn die Mitbesuche auf besondere Anforderung erfolgen
- Wird ein Besuch angefordert, der Patient aber nicht angetroffen, ist die zutreffende GOP für den Besuch, zusätzlich Wegegeld, berechnungsfähig

der GOP 01102 zusätzlich zu Mitbesuchen nach GOP 01413 ist nur möglich bei Besuchen in Wohn-, Pflege- oder Altenheimen.

Probleme mit GOP 01413

Die häufigsten Beanstandungen ergeben sich bei der Abrechnung von Mitbesuchen nach GOP 01413 in Wohn-, Pflege- oder Altenheimen. Wohnen die Patienten in einem Wohnheim in Wohnungen mit eigenem Eingang, mit einer eigenen Türschelle und ggf. mit einem eigenen Briefkasten, sind alle Besuche als Einzelbesuche, einschließlich Wegegeld, abzurechnen, auch wenn der Arzt nur von Tür zu Tür geht.

Ansonsten ist bei Besuchen in Heimen nur der erste Besuch als originärer Besuch abzurechnen, alle weiteren als Mitbesuche nach GOP 01413. Dabei ist es unerheblich, ob sich die Patienten auf verschiedenen Stationen oder Etagen eines Wohnblocks befinden. Selbst wenn ein Wohnheim aus mehreren separaten Gebäuden besteht, insgesamt aber nur eine Hausnummer hat, sind auch Besuche in anderen Gebäuden als Mitbesuche abzurechnen.

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



Berechnung von Hausbesuchen nach GOÄ

Im Gegensatz zu der Abrechnung von Hausbesuchen gemäß EBM gibt es in der GOÄ wesentliche Unterschiede.

Hinsichtlich des nicht angetroffenen Patienten und eventueller Probleme bei Ablehnung eines angeforderten Hausbesuchs gilt bei Privatpatienten dasselbe wie im GKV-Bereich. Die medizinische Notwendigkeit eines Hausbesuchs ist Voraussetzung für eine Erstattungspflicht der privaten Kostenträger. Wenn der Patient einen medizinisch nicht notwendigen Hausbesuch verlangt, ist der Patient dafür zahlungspflichtig, aber ohne Erstattungsanspruch. In der Rechnung müssen die Leistungen dann als „auf Verlangen“ gekennzeichnet werden (§ 12 Abs. 3 GOÄ)

Kernziffer des Hausbesuches Nr. 50 GOÄ: „Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung, 320 Punkte, 2,3fach 42,90€.“ Für Hausbesuche zur „Unzeit“ sind zu Nr. 50 die Zuschläge E bis H (Unzeiten) bzw. ggf. eine Kombination von H mit F oder G ansatzfähig. K 2 ist zu jeder Zeit berechnungsfähig, auch wenn keine der Voraussetzungen für die Zuschläge E (dringend) oder F bis H vorliegt. Wenn doch, ist K2 zusätzlich ansatzfähig.

Zuschlag A

Eine Besonderheit in der GOÄ: Wenn zum Hausbesuch keiner der für ihn vorgesehenen Zuschläge berechnet werden kann, ist ggf. der Zuschlag A (4,08 €) ansetzbar. Zuschlag A ist anlässlich des Hausbesuchs dann berechenbar, wenn der Hausbesuch außerhalb der Sprechstunde stattfindet und zusätzlich zu Nr. 50 eine der Nrn. 4, 6, 7 oder 8 berechnet werden kann (die Nrn. 1, 3, 5, 48 und/oder 52 sind neben Nr. 50 nicht berechenbar).

Beispiel: Beim Hausbesuch erfolgt eine Untersuchung der Thoraxorgane nach Nr. 7 (Herz, Lunge, Blutdruck). Da außerhalb der

Wichtig

- Wenn keiner der für Besuche vorgesehenen Zuschläge (E bis K2) berechnet werden kann, der Besuch aber außerhalb der Sprechstundenzeit erfolgte, kann dann, wenn neben der Nr. 50 GOÄ eine der Nrn. 6 bis 8 oder Nr. 4 berechnet wird, zu dieser Ziffer der Zuschlag A berechnet werden, ggf. zu den Nrn. 5 bis 8 auch K1
- Nr. 51 setzt eine in derselben häuslichen Gemeinschaft berechnete Nr. 50 voraus.

Sprechstunde erbracht, ist dann zur Nr. 7 der Zuschlag A berechenbar.

Man sollte sich nicht davon irritieren lassen, dass manche Kostenträger und auch Ärztekammern das ablehnen („Zuschlag A ist nicht für die Aufwertung des Hausbesuches vorgesehen“). Mit dem Zuschlag A wird die Nr. 7 „aufgewertet“ und nicht die Nr. 50. Im Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer „Zuschlag A im Zusammenhang mit Besuchsleistungen“ vom 13.03.1996 heißt es ausdrücklich „z. B. am Mittwochnachmittag“.

► Deutsches Ärzteblatt 96 vom 10.09.1999, S. A 2244 – A 2244

Keineswegs schließt das zum Beispiel die sprechstundenfreie Zeit in der Mittagspause an einem anderen Tag aus. Man sollte dann in der Rechnung den Zuschlag A – so wie die GOÄ das fordert – nicht nach der Nr. 50, sondern nach der Nr. 7 anführen.

Mitbesuch

Nr. 51 ist auf „eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50“ bezogen. Damit ist für die Nr. 51 vorausgesetzt, dass in

derselben häuslichen Gemeinschaft schon ein Besuch mit Berechnung der Nr. 50 erfolgte. Ist das nicht der Fall, erübrigt sich jede Diskussion über den Charakter einer „häuslichen Gemeinschaft“ im Unterschied zur „sozialen Gemeinschaft“.

Wegegeld

Zu Nr. 50 GOÄ wird obligat Wegegeld nach § 8 GOÄ berechnet.

► Bei mehr als 25 km Entfernung wäre es die Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ.

Für die Bemessung des Wegegeldes ist der Entfernungsradius ausschlaggebend. Wann das höhere Wegegeld „bei Nacht“ berechnet werden darf, ist im § 8 nicht definiert. Nach der GOÄ-Systematik (bei den Zuschlägen B und C bzw. F und G) muss von der Zeit zwischen 20 und 8 Uhr von „bei Nacht“ ausgegangen werden. Das Wegegeld ist nicht steigerungsfähig, auch wenn die Anfahrt unter widrigen Umständen stattfand. Das kann aber ggf. bei der Nr. 50 als Steigerungsgrund herangezogen werden („Umstand bei der Ausführung“ § 5 GOÄ). Der Grund für die Steigerung sollte aber nicht allein zeitbezogen sein, sondern etwa auf ein umstands- oder gefahren erhöhendes Moment (z. B. Eisglätte). Bei einer Begründung wie nur „erheblicher zeitlicher Mehraufwand“ könnte eingewandt werden, dass nach § 7 GOÄ der zeitliche Mehraufwand mit dem Wegegeld abgegolten ist.

Werden mehrere Patienten in einer häuslichen Gemeinschaft besucht, darf das Wegegeld, auch wenn für den weiteren Patienten nicht Nr. 51 zum Ansatz kommt, nur anteilig berechnet werden.

► Beim Wegegeld ist nämlich gleich, wie Patienten versichert sind. Diese Regelung ist eigentlich unzumutbar und kaum kontrollierbar. Viele Ärzte gehen der Einfachheit halber hin und berechnen das Wegegeld nur einem Patienten.

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



Magnetfeldtherapie gegen Schmerzen

Insbesondere bei Schmerzen, die durch degenerative Gelenkerkrankungen hervorgerufen werden, hat sich die Magnetfeldtherapie auch in der hausärztlichen Praxis bewährt.

Neben degenerativen Gelenkerkrankungen als Hauptanwendungsgebiet sind zum Beispiel auch Entesopathien, Osteoporose, Spannungskopfschmerz, Allergien und die Stärkung des Immunsystems Einsatzgebiete der Magnetfeldtherapie. In der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ ist „Magnetfeldtherapie ohne Anwendung implantierter Spulen“ in der Anlage 2 „Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen“ angeführt. Damit ist die „äußerliche“ Magnetfeldtherapie immer IGeL. Auch bei Privatpatienten kann man nicht von einer Erstattung durch den Kostenträger ausgehen. Private Kostenträger verhalten sich sehr unterschiedlich, Beihilfen haben in ihren Beihilfeverordnungen Magnetfeldtherapien entweder ganz von der Erstattung ausgeschlossen oder erstatten nur in Verbindung mit chirurgischer Therapie (vergleichbar der Bestimmung in der Richtlinie).

Pulsierende Magnetfeldtherapie

Ärztliche Magnetfeldtherapie ist in der Regel die durch pulsierende Magnetfelder, bei denen individuell und krankheitsbezogen Frequenz und Intensität der Magnetfelder variiert werden können, die sogenannte Pulsierende Magnetfeldtherapie (PMT), auch Pulsierende Signaltherapie (PST). Als Kontraindikationen gelten absolut Schrittmacher und andere Elektroimplantate. Bei Schwangeren sollten Magnetfeldbehandlungen nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen.

PMT/PST kann in zeitlich dichter Folge und auch über längere Zeiträume angewandt werden. Häufig erfolgen zehn bis 20 Sitzungen von jeweils zehn bis 40

Minuten Dauer. Bei Erkrankungen des Bewegungsapparats erfolgen oft kürzere und häufigere Einzelanwendungen mit Variierung von Frequenz und Intensität.

Hinweis auf potenzielle Nebenwirkungen

Bei allen Patienten können sich zu Beginn der Behandlung die Beschwerden verstärken. Darauf sollten die Patienten hingewiesen werden, jedoch sollte die Therapie deshalb nicht abgebrochen werden. Die initiale Verstärkung der Beschwerden gilt vielmehr als Anzeichen des Ansprechens des Organismus auf die Therapie. Gleiches gilt für selten zu beobachtende Übelkeit und Brechreiz. Bei initialer Verstärkung der Beschwerden ist hinsichtlich einer analgetischen Therapie Zurückhaltung angebracht, weil sonst die Wirkung der Magnetfeldtherapie nicht mehr sicher beurteilt werden kann.

Abrechnung

Die Magnetfeldtherapie muss analog abgerechnet werden. Ärztekammern empfehlen die Heranziehung der Nr. 554 GOÄ (Hydroelektrisches Vollbad, 91 Punkte, 1,8fach 9,55 € je Sitzung). Angesichts der Therapiekosten beim Arzt muss dieses Honorar aber als zu gering angesehen werden. Schließlich fordert der § 6 Abs. 2 GOÄ für den Analogabgriff die „Gleichwertigkeit“.

► Es steht dem Arzt frei, seinen eigenen Analogabgriff vorzunehmen.

Unter Berücksichtigung der Gerätekosten und des Zeitaufwands der Leistung kann die Analogabrechnung mit der Nr. 838 GOÄ (EMG) vorgenommen werden. Selbstverständlich kann innerhalb der Spanne von 32,06 Euro (Einfachsatz) bis zum 2,3-fachen Satz (73,73 €) jeder angemessene Preis pro Sitzung gebildet werden,

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

Wichtig

- Magnetfeldtherapie ist eine in relativ vielen Hausarztpraxen erfolgreich eingesetzte IGeL, insbesondere zur Behandlung von Schmerzen des Bewegungsapparates
- Die Abrechnung muss durch Analogabgriff erfolgen, gängig ist die Berechnung mit der Nr. 838 analog und Bildung des individuell angemessenen Preises durch Anwendung eines entsprechenden Faktors
- Auch bei Privatpatienten wird Magnetfeldtherapie häufig (insbesondere bei der Beihilfe) nicht erstattet. Nach § 630c BGB besteht dazu eine wirtschaftliche Aufklärungspflicht, sodass ein Behandlungsvertrag zu empfehlen ist, der dem Behandlungsvertrag bei IGeL-Patienten ähnelt

durch Ansatz eines „krummen“ Faktors auch ein glatter Endpreis je Sitzung.

► Höhere Preise als 73,73 Euro je Sitzung sind nicht zu beobachten.

Der bei IGeL erforderliche schriftliche Behandlungsvertrag erscheint selbstverständlich. Aber auch bei Privatpatienten sollte man, weil die Kostenübernahme nicht (Beihilfe) oder möglicherweise nicht (PKV) gewährleistet ist, einen schriftlichen Behandlungsvertrag schließen. Während bei IGeL-Patienten durch die vorherige Kostenaufklärung nachträgliche Einwände gegen die Rechnungsstellung sehr selten sind, ist das bei Privatpatienten nach Nichterstattung häufiger zu beobachten. Durch die vorherige schriftliche Aufklärung über die Kosten, mögliche Nichterstattung und eigene Zahlungspflicht des Patienten ist man dann auch den Forderungen des § 630c BGB nachgekommen.