



EBM-Ziffern bei Varikose, Ulcus cruris, Thrombose und Lymphödem

Eine Reihe von phlebologischen Erkrankungen der unteren Extremität sprechen gut auf eine Behandlung mit einer Kompressionstherapie an. Durch diese Behandlungsart wird die Blutzirkulation gefördert, basierend auf der lokalen Druckapplikation auf das Venensystem der Beine. Auf Grund der verschiedenen Venenerkrankungen der unteren Extremität ergeben sich unterschiedliche Optionen zur Behandlung und damit unterschiedliche Abrechnungsoptionen nach dem EBM.

Die für Hausärzte berechnungsfähigen Positionen bei Venenerkrankungen der unteren Extremität finden sich im Kapitel 2.3 des EBM (allgemeine therapeutische Leistungen).

Kompressionstherapie

In der Hausarztpraxis kommt eine Kompressionstherapie nach Gebührenordnungsposition (GOP) 02313 im Wesentlichen bei einer chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und beim Lymphödem in Frage. Bei Abrechnung der Ziffer 02313 ist neben der Kompressionstherapie die Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung und danach alle vier Wochen obligater Leistungsbestandteil. Berechnungsfähig ist die GOP 02313 je Bein und je Sitzung. In der Leistungsbeschreibung der Ziffer 02313 sind die Indikationen zur Erbringung aufgeführt:

- Chronisch venöse Insuffizienz Code I87.2
- Postthrombotisches Syndrom I87.0
- Oberflächliche/tiefe Beinvenenthrombose Code I80.0/I80.2
- Lymphödem Code I89.0

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen seit einiger Zeit verstärkt die Übereinstimmung

der angegebenen Behandlungsdiagnosen (ICD-10-Codes) mit den abgerechneten EBM-Ziffern prüfen, sollte bei der Abrechnung der Ziffer 02313 eine der genannten Diagnosen angegeben werden.

In der Leistungslegende zu GOP 02313 ist die Art der Kompressionstherapie nicht definiert. Abhängig von der Diagnosestellung bleibt es dem Arzt überlassen, welche Modifikation der Kompressionstherapie angewendet wird.

Ulcera cruris

In Hausarztpraxen werden auch chronisch venöse Ulcera cruris behandelt. Die GOP 02312 beinhaltet das Abtragen von Nekrosen, eine Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden, einen entstauenden phlebologischen Funktionsverband und eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung und danach alle vier Wochen.

Die Ziffer 02312 wird je Patient und Quartal bis zu einem Höchstwert von 4244 Punkten vergütet. Das entspricht 77-mal der Abrechnung der Ziffer 02312.

EBM-Ziffern 02312 und 02313

Die Kompressionstherapie nach GOP 02313 wird hauptsächlich angewendet, wenn sich noch keine Ulcera gebildet haben. Bei Vorliegen von Ulcera finden die Inhalte des Behandlungskomplexes nach Ziffer 02312 Anwendung. Die Ziffer 02312 und 02313 sind nach dem EBM nicht von einer Berechnung nebeneinander ausgeschlossen.

Aber: Die Ziffer 02312 beinhaltet als obligaten Leistungsbestandteil einen entstauenden phlebologischen Funktionsverband, die Ziffer 02313 eine Kompressionstherapie. Daraus ergibt sich, dass bei einer Behandlung an demselben Bein die Ziffern 02312 und 02313 nicht nebeneinander berechnet werden können, wohl aber, wenn an einem Bein der Behandlungskomplex

Wichtig

- Ulcera cruris: GOP 02312, je Bein, je Sitzung berechnungsfähig, (55 Punkte, 5,86 Euro) Höchstwert je Patient und Quartal 4244 Punkte, entsprechend 77-mal der 02312
- GOP 02313: Kompressionstherapie nur bei den angegebenen Indikationen berechnungsfähig, je Bein, je Sitzung berechnungsfähig (57 Punkte, 6,07 Euro) Höchstwert 4244 Punkte, entsprechend 74-mal der 02313
- 02313 neben GOP 02312 berechnungsfähig, wenn beide Beine behandelt werden
- Bei einer Dauerbehandlung Berechnung der Chronikerpauschalen 03220 und 03221 beachten

nach der Ziffer 02312 erbracht wird und an dem anderen Bein eine Kompressionstherapie nach der Ziffer 02313.

Chronische Venenleiden

Gefäßleiden der unteren Extremität werden in Hausarztpraxen in der Regel über längere Zeiträume behandelt. Wurde derselbe Patient innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen wegen derselben Erkrankung (hier eine Gefäßerkrankung) hausärztlich behandelt, sind die Chronikerpauschalen 03220 und 03221 berechnungsfähig. In mindestens drei der letzten vier Quartale ist eine identische Diagnoseangabe erforderlich (ICD-10-Code) einschließlich der Seitenbezeichnungen R für rechts, L für links oder B für beidseitig.

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



Chirotherapeutische Eingriffe Nrn. 3306 und 3305 GOÄ

Die Nr. 3306 GOÄ kann unter bestimmten Umständen mehrfach in einer Sitzung und auch neben Nr. 3305 GOÄ zum Einsatz kommen.

Nr. 3306 GOÄ lautet: Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule. Wenn in unterschiedlichen Abschnitten der Wirbelsäule behandelt wird, erfolgen im Grunde zwei Behandlungen. Weil in der Leistungsbeschreibung der Nr. 3306 GOÄ nur die Einzahl „Eingriff“ steht, sollte Nr. 3306 GOÄ dann zweimal berechenbar sein. „Eingriff“ ist aber im Zusammenhang mit dem nachfolgenden „an der Wirbelsäule“ zu sehen. Zur Wirbelsäule ist damit nicht auf Wirbelsäulenabschnitte abgestellt, sondern auf die gesamte Wirbelsäule, wozu hier auch das Iliosakralgelenk zählt.

Die Auswirkung ist, dass Nr. 3306 GOÄ einerseits schon dann berechnet werden kann, wenn der Eingriff in nur einem Wirbelsäulensegment durchgeführt wurde. Andererseits kann die Nr. 3306 GOÄ aber auch dann nur einmal berechnet werden, wenn in einer Sitzung mehrere chirotherapeutische Eingriffe in verschiedenen Wirbelsäulenabschnitten erfolgten. Die Behandlung in mehreren Wirbelsäulenabschnitten ist ein zulässiger Grund zum Ansatz eines höheren Faktors (bis 3,5-fach).

Analogansatz

Chirotherapeutische Eingriffe erfolgen zum Beispiel auch an Extremitätengelenken. Da die GOÄ dafür keine Leistungsziffer enthält, muss die Abrechnung der Extremitätenbehandlung analog mit der Nr. 3306 erfolgen. In der Rechnung steht dann für dieselbe Sitzung einmal die Nr. 3306 für die Behandlung an der Wirbelsäule und einmal Nr. 3306 analog für die Behandlung an Extremitätengelenken. Ebenso kann Nr. 3306 analog beispielsweise für die Atlas-therapie oder die kraniosakrale Therapie berechnet werden. Auch wenn eine dieser Behandlungen in derselben Sitzung wie der chiro-

therapeutische Eingriff an der Wirbelsäule erfolgt, kann Nr. 3306 einmal „originär“ für den chirotherapeutischen Eingriff an der Wirbelsäule und daneben analog für das jeweils andere Verfahren berechnet werden. Da es sich bei Analogabrechnung

– Anzeige –



der Nr. 3306 neben dem chirotherapeutischen Eingriff an der Wirbelsäule um jeweils verschiedene Leistungen handelt, brauchen Sie sich nicht darauf einzulassen, wenn ein Kostenträger von Ihnen fordert, die „Mehrzahl von Eingriffen“ mit dem Multiplikator statt jeweils eigenständiger Berechnung zu berücksichtigen. Wenn in der Rechnung die Analogberechnungen und der chirotherapeutische Eingriff an der Wirbelsäule jeweils klar erkennbar sind, gibt es meist keine Probleme.

Nr. 3306 neben Nr. 3305 GOÄ

Nr. 3305 GOÄ heißt „Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung“. Dies ist ein anderer Eingriff als die Manipulation der Nr. 3306. Die häufige Ablehnung der Nebeneinanderberechnung, weil es sich bei Nr. 3305 lediglich um eine vorbereitende Maßnahme zur Manipulation (Nr. 3306) handelt, ist falsch. In der GOÄ zählen nicht medizinische Zusammenhänge, sondern das, was in der jeweiligen Leistungslegende

Wichtig

- Für alle in einer Sitzung erfolgten chirotherapeutischen Eingriffe an der Wirbelsäule kann Nr. 3306 GOÄ nur einmal berechnet werden
- Der erhöhte Aufwand bei Behandlung in mehreren Wirbelsäulenabschnitten kann mit einem höheren Multiplikator berücksichtigt werden
- Für chirotherapeutische Eingriffe an Extremitätengelenken oder z. B. Atlas-therapie kann Nr. 3306 analog neben Nr. 3306 für die Behandlung an der Wirbelsäule berechnet werden
- Nr. 3305 ist neben Nr. 3306 berechenbar. Wegen der häufigen Ablehnungen sollte darauf geachtet werden, ob nicht neben der Nr. 3306 die Nr. 507 erbracht wurde und dann berechenbar ist

vorausgesetzt wird, um die Ziffer abrechnen zu dürfen („Gebührentatbestand“). Und eine die beiden Leistungen gegeneinander ausschließende Bestimmung gibt es in der GOÄ nicht. Zudem erfolgt, besonders bei Verkettungssyndromen, die Mobilisierung auch noch an einem anderen Ort als die Manipulation. Wegen der häufigen Ablehnung der Nebeneinanderberechnung haben manche Ärzte „Umgehungsstrategien“ entwickelt. Sie berechnen Nr. 507 (8,39 €) statt der Nr. 3305 (4,96 €). Auch wenn das nicht auffällig ist – GOÄ-konform ist das nicht. Schließlich handelt es sich um verschiedene Leistungen. Das schließt aber nicht aus, dass in derselben Sitzung wie die Wirbelsäulenmanipulation (Nr. 3306) eine krankengymnastische Teilbehandlung erfolgt und diese dann neben Nr. 3306 berechnet wird. Nr. 507 kann auch berechnet werden ohne dass Massagen erfolgten. Nur, wenn sie erforderlich sind, sind sie in Nr. 507 mitvergütet.

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



IGeL von GKV-Leistungen abgrenzen

Werden von gesetzlich Versicherten Selbstzahlerleistungen (IGeL) in Anspruch genommen, resultiert daraus ein Vertragsverhältnis auf der Basis der Kostenerstattung. Die Erstellung der Rechnung erfolgt analog zur Rechnungslegung bei Privatpatienten. Bei der Liquidation von IGeL und deren Abgrenzung gegenüber den Kassenleistungen gibt es immer wieder Unklarheiten.

Die Inanspruchnahme von Selbstzahlerleistungen durch Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen hat sich bundesweit auf einem Niveau von etwa 1,5 – 2 Milliarden Euro Umsatz pro Jahr eingespielt. Nachfolgend finden Hausärzte Erläuterungen zur Abgrenzung von Leistungen der GKV gegenüber Selbstzahlerleistungen.

Rechnungsstellung bei IGeL

Nach Umfragen wird nahezu die Hälfte aller IGeL pauschal liquidiert. Bei IGeL ist immer eine nach der GOÄ erstellte Liquidation erforderlich. Auch bei IGeL ist zu begründen, wenn der regelhafte Steigerungsfaktor (2,3-fach bei ärztlichen Leistungen) überschritten wird. Eine Abdingung ist erforderlich, wenn der nach der GOÄ höchstmögliche Steigerungsfaktor (3,5-fach) überschritten wird. Möglich sind Steigerungsfaktoren mit Kommastellen zur Erzielung eines glatten Rechnungsbetrags.

Beispiel: Eine Beratung nach Nr. 1 GOÄ ergibt mit dem individuellen Steigerungsfaktor 2,15-fach einen glatten Rechnungsbetrag von 10,00 Euro.

Gewünschte Leistungsausführung

Eine Liquidation als IGeL kann auch bei Erkrankungen erfolgen, deren Behandlung grundsätzlich in die Leistungspflicht der GKV fällt, wenn eine besondere Leistungsausführung gewünscht wird, die als

unwirtschaftlich anzusehen ist. Zu Lasten der GKV sind Leistungen nur unter der Vorgabe von „WANZ“: Wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig durchzuführen. Immer wieder werden niedergelassene Vertragsärzte mit dem Wunsch nach besonderen aber unwirtschaftlichen Behandlungsmethoden konfrontiert, insbesondere wenn in den Medien, über besondere Behandlungsmethoden berichtet wird, die angeblich erfolgversprechender sind.

Beispiel: Bei Warzenbefall wird eine Behandlung mittels Laser erbeten, obwohl deren Entfernung auch durch das Auftragen von Externa möglich wäre.

EBM-Mengenbegrenzungen

Leistungen, deren Abrechnung im EBM mit einer Vergütungsobergrenze versehen ist, können bei häufigerer Leistungserbringung nicht als IGeL liquidiert werden.

Beispiel: Elektrotherapie nach Nr. 02511 EBM wird im Behandlungsfall (je Patient und Quartal) bis zu achtmal vergütet. Darüber hinaus durchgeführte elektrotherapeutische Behandlungen können nicht als IGeL liquidiert werden.

Nicht vom Erfolg abhängig

Bei Wunschleistungen erwarten Patienten in der Regel ein nicht zu beanstandendes Ergebnis, insbesondere bei kosmetischen Behandlungen.

Beispiel: Nach der Sklerosierung von Teleangiectasien verbleiben sichtbare Hautverfärbungen. Mit Hinweis auf das vermeintlich mangelhafte Ergebnis wird die Begleichung der Liquidation verweigert. In derartigen Fällen ist es besonders wichtig, dass ein schriftlicher Behandlungsvertrag vorliegt, mit dem auch auf die möglichen Komplikationen hingewiesen wird. Gerade

Wichtig

- Keine Pauschalliquidationen bei IGeL, Rechnungslegung gemäß den Vorgaben der GOÄ
- Vor IGeL immer einen Behandlungsvertrag schließen und die voraussichtlichen Kosten darlegen
- Berechtigung zur Liquidation von IGeL ist nicht erfolgsabhängig
- Bei der Liquidation von IGeL die Rechnungen mit dem Zusatz „auf Verlangen“ kennzeichnen
- Gewünschte unwirtschaftliche Behandlungsmethoden können als IGeL liquidiert werden

bei nicht zufriedenstellenden Ergebnissen suchen die Patienten häufig nach Möglichkeiten, die Begleichung der Liquidation ganz oder teilweise zu verweigern. Deswegen ist es wichtig, dass in derartigen Fällen unbedingt vorab ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen wird.

Wirtschaftliche Aufklärung

Ein Kostenvoranschlag ist bei IGeL nicht erforderlich, es wird aber dringend dazu geraten. In dem Behandlungsvertrag sollten die voraussichtlichen Kosten benannt werden, insbesondere wenn es sich um kostspielige IGeL handelt und hier vornehmlich bei kosmetischen Leistungen. Die wirtschaftliche Aufklärung hat juristisch an Bedeutung gewonnen, weil immer wieder Patienten im Nachhinein die Begleichung von IGeL-Liquidationen verweigern mit der Begründung, sie hätten diese Leistungen nicht in Anspruch genommen, wenn die (hohen) Kosten vorab bekannt gewesen wären.

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