

## RATGEBER » ABRECHNUNG

# Auch postoperativ gibt die GOÄ mehr her

Für postoperative Behandlungen nach ambulanter Op finden Hausärzte im EBM nur eine einzige Gebührenordnungsposition. In der GOÄ dagegen eine Vielzahl möglicher Einzelleistungen. Durch wohlüberlegte Auswahl kommen Ärzte auch in diesem Leistungsbereich eher auf ihre Kosten.

VON PETER SCHLÜTER

**NEU-ISENBURG.** Die Weiterbehandlung nach ambulanten Op kann durch den Operateur selbst erfolgen, oder durch einen anderen Arzt. Bei Privatpatienten spielt das abrechnungsseitig kaum eine Rolle. Im EBM wird jedoch zwischen der postoperativen Behandlung im hausärztlichen und im fachärztlichen Bereich unterschieden. Die Komplexleistungen für die postoperative Behandlung nach EBM finden Hausärzte in Abschnitt 314.2 („Postoperativer Behandlungskomplex im hausärztlichen Versorgungsbereich“). Dieser Abschnitt beinhaltet lediglich eine GOP, nämlich die 31600.

In Abschnitt 314.3 finden sich die Positionen für Fachärzte (31601-31735). Die in diesem Abschnitt aufgeführten Gebühren richten sich nach dem zugehörigen operativen Eingriff. Die Berechnungsfähigkeit der postoperativen Behandlungskomplexe ist sowohl für Haus- wie für Fachärzte auf einmal im Zeitraum des 1. bis 21. postoperativen Tages begrenzt.

## Keine zeitliche Befristung in der GOÄ

Obligatorer Leistungsinhalt aller GOP zur postoperativen Behandlung ist die Befundkontrolle (Wundkontrolle) sowie die Befundbesprechung. Fakultative Leistungsinhalte sind der Verbandwechsel, Schienenwechsel, sonografische Kontrolle, Drainagewechsel/Entfernung, sowie Einleitung beziehungsweise Kontrolle der medikamentösen Therapie.

„Übersetzt“ man diese Leistungsinhalte in die GOÄ sind zuerst die unterschiedlichen Bestimmungen in EBM und GOÄ zu berücksichtigen. ■ Zum einen sind nach GOÄ die entsprechenden Einzelleistungen abzurechnen.

■ Zum anderen gibt es keine Begrenzung der Abrechnungshäufigkeit auf lediglich einmal in der Zeit 21 Tage nach Op und auch keine zeitliche Einschränkung auf eben diese 21 Tage. ■ Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen EBM und GOÄ besteht in der



Auch Hausärzte dürfen postoperative Behandlungen nach ambulanter Op abrechnen, etwa Verbände. © KOKOULU/ISTOCKPHOTO

## Nachsorge

■ **Postoperative Behandlungsleistungen** können für GKV-Versicherte nur dann gesondert berechnet werden, wenn sie im Zusammenhang mit einer ambulanten Op stehen.

■ **Das Sozialgesetzbuch V** sieht allerdings auch die Möglichkeit vor, dass Kliniken niedergelassene Ärzte mit Vor- und nachstationären Leistungen beauftragen (Paragraf 115a Absatz 1 SGB V).

■ **Bis heute** gibt es deswegen immer wieder Streit: Sowohl was den legitimen Leistungsumfang einer Beauftragung angeht, als auch deren Honorierung, die auf privater Basis durch die Klinik erfolgt. Für die Honorarhöhe empfiehlt es sich für die Beteiligten, sich an der GOÄ zu orientieren.

■ **Die Beauftragung** von niedergelassenen Ärzten durch Kliniken mit vor- und nachstationären Aufgaben wird nicht selten von konkurrierenden Krankenhäusern als unzulässige Zuweisung gerügt.

Ein Beispiel für diesen leisen Wandel ist die Darmkrebsvorsorge per Stuhltest, die Kassenpatienten von ihren Krankenkassen zunehmend als erstattungsfähige Leistungen als Teil von Bonusprogrammen oder auch

Einschränkung der Abrechnung der Leistungspositionen der EBM-Abschnitte 314.2 und 314.3 auf ambulant durchgeführte Operationen. Denn nach stationärem Aufenthalt im Zusammenhang mit einer Op, kann die postoperative Behandlung bei einem GKV-Versicherten nicht gesondert berechnet werden (s. Spalte links).

Bei der Umrechnung von EBM-Pauschalen in GOÄ Einzelleistungen wäre an erster Stelle die Wundkontrolle im Sinne der symptombezogenen Untersuchung nach GOP 5 zu nennen. Eine Organuntersuchung nach den GOP 6 oder 7 dürfte eher selten indiziert sein. Der Verbandwechsel als solcher ist mit der GOP 200 abzurechnen. Wird ein Druckverband zusätzlich zum Wundverband

nötig, kann neben der GOP 200 auch die GOP 204 zusätzlich abgerechnet werden. Achten Sie hier auf die unterschiedlichen Funktionen: Die GOP 200 ist für den Wundverband oder die Wundabdeckung gedacht. Der Druckverband nach GOP 204 dient nicht der Wundversorgung, sondern als Funktionsverband, um Nachblutungen, Schwellungen oder übermäßige Wundsekretion zu verhindern.


Dann ist noch die Beratung (Befundbesprechung) mit dem Patienten durchzuführen und zu berechnen, nach GOÄ mit der GOP 1. Dauert die Beratung länger als zehn Minuten, käme die GOP 3 zur Abrechnung. Diese ist jedoch gemäß der ersten Anmerkung nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang

mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Da bei einem Verbandwechsel die zu berechnende GOP 200 niedriger bewertet ist als die GOP 3, wäre es betriebswirtschaftlich sinnvoller, auf die Berechnung der Verbandleistung zu verzichten und die Beratungsleistung abzurechnen. Gegebenenfalls käme die noch besser dotierte eingehende Erörterung nach GOP 34 in Frage. Dabei ist deren Leistungsinhalt jedoch genau zu beachten. Vor allem muss der unmittelbare Zusammenhang mit der „Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden“ Erkrankung erfüllt sein.

## Kosten immer in Rechnung stellen

Muss postoperativ eine Drainage entfernt werden, findet sich dafür in der GOÄ keine eigene Gebühr. Diese Leistung kann dann analog über die GOP 2007 GOÄ („Entfernung von Fäden oder Klammern“) berechnet werden.

Heilt eine Wunde postoperativ nicht primär, sondern ist es eine sekundär heilende Wunde (etwa nach Spaltung einer Steißbeinfistel), kann die GOP 2006 (zusätzlich Verband nach GOP 200 und/oder Druckverband nach GOP 204) angesetzt werden. Bei der postoperativen Wundversorgung sollten Sie zudem auch an die Berechnung der entstehenden Sachkosten gemäß §10 GOÄ denken. Hier sind immer die tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen. Das gilt auch dann, wenn die Verbandleistung als solche, wegen der Abschlussregelungen, nicht zur Abrechnung kommt.

 Dr. Dr. Peter Schlüter ist in Hemsbach als Allgemeinarzt niedergelassen. Seit mehr als 20 Jahren gibt er Abrechnungsseminare zu EBM und GOÄ.

## Postoperative-Behandlungen nach EBM und GOÄ

Nur bei Privatpatienten kann zwischen verschiedenen Einzelleistungen ausgewählt werden

EBM			GOÄ				
GO-Nr.	Punkte	Euro	Legende EBM / GOÄ	GO-Nr.	Punkte	€ (2,3-fach)	€ (3,5-fach)
31600	156	16,02	Postoperative Behandlungen (hausärztlich)				
			Befundbesprechung / Beratung	1 3 34	80 150 300	10,72 20,11 40,22	16,32 30,60 61,20
31601-31735	Je nach OP und Aufwand unterschiedlich bewertet		Befundkontrolle/Untersuchung	5 6 7	80 100 160	10,72 13,41 21,45	16,32 20,40 32,64
			Verbandwechsel	200 204	45 95	6,03 12,74	9,18 19,38
			Schienenwechsel	211 213	60 100	8,04 13,41	12,24 20,40
			Drainagenentfernung	2007	40	5,36	8,16

Quelle: Dr. Dr. Peter Schlüter

ÄrzteZeitung

# Darmkrebstest als Satzungsleistung für Kassenpatienten

Satzungsleistungen werden von Kassen eingesetzt, um sich im Wettbewerb zu positionieren. Ein Beispiel sind Stuhltests zur Krebsfrüherkennung. Abgerechnet wird nach GOÄ.

**NEU-ISENBURG.** Die Front bröckelt. Manche Leistungen, die vor nicht allzu langer Zeit als IGeL von Kranken-

kassen kritisiert worden sind, finden sich zunehmend in den Satzungsleistungen der Kassen wieder. Das heißt, Patienten können diese Leistungen in Anspruch nehmen, der Arzt stellt eine Rechnung nach GOÄ, und die Krankenkasse erstattet dann den kompletten Betrag oder einen Teil davon gegen Vorlage der Rechnung.

Ein Beispiel für diesen leisen Wandel ist die Darmkrebsvorsorge per Stuhltest, die Kassenpatienten von ihren Krankenkassen zunehmend als erstattungsfähige Leistungen als Teil von Bonusprogrammen oder auch

direkt als Satzungsleistungen angeboten werden – über den Guajak-Test auf Blut im Stuhl hinaus.

Ein Beispiel ist der Enzymtest M2-PK: Der M2-PK-Stuhltest ist unabhängig vom Vorhandensein von Blut im Stuhl, er testet auf das Schlüsselenzym M2-PK, das bei der Entstehung von Polypen und Darmkrebs eine wichtige Rolle spielt.

In den vergangenen Monaten hat beispielsweise Marktführer Techniker Krankenkasse diesen Enzym-Biomarker in ihr Bonusprogramm aufgenommen. Auch Betriebskrankenkassen

wie die BKK Bertelsmann, die R+v BKK und die hkk erstatten den M2-PK Stuhltest zur Darmkrebsfrüherkennung.

Die R+v BKK gibt sogar eine Vorgabe für die analog abzurechnende GOÄ-Nummer. Die Krankenkasse empfiehlt GOÄ-Nr. 4062. Dabei ist der untersuchte Parameter laut GOÄ in der Rechnung anzugeben. Die Leistung ist mit 480 Punkten bewertet (32,17 Euro für den 1,15-fachen Satz). Der Hersteller ScheBo Biotech empfiehlt selbst die GOÄ-Nr. 3911.H3 (450 Punkte 30,16 Euro, 1,15-facher Satz)

analog. Eine Beratung nach GOÄ-Nr. 1 oder 3 kommt dann natürlich dazu.

ScheBo bietet zusätzlich einen Kombi-Stuhltest an, der den parallelen Nachweis von Enzym-Biomarker (M2-PK) und (immunologisch) Blut im Stuhl erlaubt. Abgerechnet wird dieser Test nach Empfehlung des Unternehmens kombiniert über GOÄ-Nr. 3747 und 3911.H3 (beide analog), dazu wiederum die Beratung nach GOÄ-Nr. 1 oder 3. Ob die Krankenkasse auch die Kosten für diesen Test übernimmt, sollte der Patient mit seiner jeweiligen Kasse klären. (ger)