

NR. 48 GOÄ: NICHT JEDER HEIMBESUCH ERFÜLLT DIE KRITERIEN



Kasuistik

Anamnese: Der Hausarzt wird vom Pflegepersonal auf die Pflegestation eines Altenheims gerufen, weil Frau X. seit dem Vortag über zunehmende Atemnot klagt. Frau X. leidet an einer KHK, einer Herzinsuffizienz, einem Hypertonus, einer COPD sowie einem gut eingestellten Diabetes mellitus Typ 2. Sie ist überwiegend bettlägerig und kann sich selbst nicht versorgen. Dauermedikation: ASS, AT1-Blocker, Ca-Antagonist, niedrig dosiertes Metformin und regelmäßige LABA/ICS-Inhalation.

Befund: 85-jährige Patientin in reduziertem AEZ. Leichtgradige Ruhe-Dyspnoe, häufiger Husten. Temperatur 37,8 Grad rektal. Rachen leicht gerötet, keine LK. Blutdruck 150/80 mmHg, HF 84/min. Cor: leise HT, keine Geräusche. Pulmo: hypersonorer Klopfeschall, bronchovesikuläres Atemgeräusch, vereinzelt Brummen und Giemen. Glukose 188 mg/dl (15:30 Uhr). Peakflow um 220 l/min. Sporadische Messungen bei Frau X. in den letzten Wochen zeigen Werte um 280 l/min.; bei einem altersentsprechenden Normalwert von 350 l/min.

Diagnose und Beurteilung: Der Hausarzt diagnostiziert bei Frau X. eine Exazerbation der bekannten COPD (ICD-10: J44.09G), hervorgerufen vermutlich durch einen am ehesten viralen Infekt (ICD-10: J06.8G).

Therapie und weiteres Prozedere: Die Dosis der LABA/ICS-Kombination wird erhöht. Außerdem ordnet der Hausarzt regelmäßige Dampfinhalationen sowie engmaschige Kontrollen von Temperatur, Blutzucker und Peakflow-Messungen an. Bei einem mit dem Pflegepersonal vereinbarten Kontrollbesuch nach drei Tagen hat sich die Symptomatik von Frau X. bereits gebessert. Nach einer weiteren Woche ist der Zustand wie vor dem Infekt, sodass die inhalative Therapie wieder langsam reduziert wird.

Bei Besuchen sieht die GOÄ einen Sonderfall vor: die „Pflegestation“. Für das Ansetzen der Nr. 48 sind jedoch **drei Voraussetzungen** zu erfüllen.

Der Hausarzt wird aufgrund einer exazerbierten COPD einer pflegebedürftigen Patientin ins Heim gerufen (s. Kasuistik).

EBM

Für den Erstbesuch kann die 01415 EBM abgerechnet werden, falls der Besuch noch am Tag der Bestellung ausgeführt wird. Handelt es sich um einen Erstkontakt im Quartal, fallen zusätzlich die 03000 und 03220 an, die KV ergänzt 03040, 03060, 03061, 03222 und 32001 EBM. Der Blutzuckertest wird mit der 32025 abgerechnet. Für die Folgebesuche wird jeweils die 01410 EBM angesetzt, zusätzlich die 03221 beim zweiten Kontakt.

GOÄ

Bei GOÄ-Abrechnung kommt für den Erstbesuch die Nr. 50 in Betracht, bei unverzüglicher Ausführung auch der Zuschlag „E“. Die Untersuchung (HNO-Bereich und Thorax) wird mit der Nr. 7 (3,5-fach: Mehrorganuntersuchung) abgerechnet, zusätzlich ist die Nr. 4 möglich. Für die Peakflow-Messung, wenn diese nicht das Pflegepersonal übernimmt, fällt die Nr. 608 an, für den Blutzuckertest die Nr. 3514. Die jeweils vereinbarten Folgebesuche werden mit den Nrn. 48 und 7 abgerechnet.

HZV

Falls der Arzt in Hessen praktiziert und die Patientin über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) abgerechnet wird, können für die AOK aktuell die Besuche nach 01410 bis 01413 EBM als Einzelleistung abgerechnet werden, für die EKEN hingegen nur die 01410 und 01413. Für die BKKen sind im GWQ-Vertrag die Besuche alle durch die Pauschale abgegolten, im Spectrum-Vertrag wird die 01410 einzeln vergütet. Die IKKclass und die TK honorieren jeden, auch den

Tab.: Abrechnung auf einen Blick

EBM	Punkte	Euro	Leistung	GOÄ-Nr.	Punkte	Euro (1-fach)	Bemerkungen
03000	200	22,25	Versichertenpauschale, 85 J.				1x im BHF, altersabhängig
03220	130	14,46	Chronikerpauschale I				beim ersten pAPK
03040	138	15,35	Vorhaltepauschale				fügt die KV der Abrechnung zu
03060	22	2,45	NäPA-Pauschale				
03061	12	1,33	Zuschlag zur GOP 03060				
03222	10	1,11	Medikationsplan				
32001	19	2,11	Wirtschaftlichkeitsbonus Labor				
01415	546	60,74	Dringender Besuch	50	320	18,56	
			Zuschlag	E	160	9,33	nur 1-fache Abrechnung
			Wegegeld	§ 8		10,23	Entfernung: 7,5 km
			Untersuchung HNO + Thorax	7	80	4,66	Faktorsteigerung bei Untersuchung in mehreren Körperregionen
			Fremdanamnese, Unterweisung	4	220	12,82	Unterweisung der Bezugsperson
			Peakflow-Messung	608	76	4,43	bei Durchführung durch den Arzt
32025		1,60	Glukosemessung	3514	70	4,08	Erbringung am Krankenbett
Folgebesuch							
01410	212	23,58	Besuch, Pflegestation	48	120	6,99	vereinbarter Besuch
			Untersuchung Thorax	7	160	9,33	bei jedem Kontakt möglich
			Wegegeld	§ 8		10,23	Entfernung: 7,5 km
03221	40	4,45	Chronikerpauschale II				

*Punktwert/EBM 2021: 11,1244 Cent; BHF = Behandlungsfall; pAPK = persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

dringenden Besuch mit 30 Euro. Die LKK zahlt für jeden dringenden Besuch 60 Euro, für jeden geplanten Besuch 30 Euro. Die Blutzuckermessung ist in allen Verträgen mit der Pauschale abgegolten.

Schwerpunkt: Besuche auf der Pflegestation

Für Besuche auf einer Pflegestation gibt es in der GOÄ eine gesonderte Abrechnungsnummer: die Nr. 48. Diese ist mit 120 Punkten im Vergleich zu den Nrn. 50 und 51 relativ übersichtlich bewertet und wohl deshalb auch keine bevorzugte Position für Hausärztinnen und Hausärzte.

Bei einem Blick in die Legende sind für die Abrechnung drei Voraussetzungen nötig:

1. Es muss sich um eine Pflegestation handeln,
2. der Arzt muss regelmäßig auf der Station tätig sein und
3. der Besuchszeitpunkt ist vorher zu vereinbaren.

Doch wann ist eine Altenheimabteilung eine „Pflegestation“? Die Pflegestation muss vom übrigen Teil des Heims abgetrennt sein, kann sich jedoch im selben Gebäude befinden. Sie ist zudem gekennzeichnet durch einen deutlich höheren Pflege- und Betreuungsbe-

darf der Bewohner, die in der Regel schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind.

Und was bedeutet regelmäßige Tätigkeit und vorherige Terminvereinbarung? Es muss zumindest ein eigener Patient regelmäßig betreut werden, wobei die Besuche nicht in festen Abständen erfolgen müssen. Entscheidend ist hierbei nur, dass entweder feste Termine in einem bestimmten Rhythmus vereinbart werden (etwa alle vier Wochen am Montagmittag), oder aber, dass bei jedem Besuch der Termin für den nächsten Termin (etwa im Sinne eines Routinebesuchs) vereinbart wird.

Werden parallel mehrere Patienten auf der Pflegestation besucht, kann für jeden die Nr. 48 abgerechnet werden, falls diese Besuche vorher vereinbart waren. Denn: Die Nr. 51 ist nur mit einer Leistung nach Nr. 50 abrechenbar. Anders als bei 50 und 51 ist bei der Nr. 48 zwar die Nr. 1, nicht aber die Nr. 5 ausgeschlossen. Alle nicht vorher vereinbarten oder Notfallbesuche können mit der Nr. 50 abgerechnet werden. Dabei sind auch eventuell anfallende Zuschläge (E bis H) abrechenbar, die bei der Nr. 48 nicht erlaubt sind, auch wenn der Hinweis beim Zuschlag E in der GOÄ fehlt. ●



Dr. med. Heiner Pasch
Hausarzt,
Abrechnungsexperte

Quellen:

www.kbv.de/html/ebm.php (EBM)
www.gesetze-im-internet.de/go_1982/anlage.html (GOÄ)
Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), begründet von Dr. med. D. Brück, Version 4.24, Stand Juni 2020
Kommentar zu EBM und GOÄ, begründet von Wezel/Liebold, Stand Oktober 2020
www.springermedizin.de/goae-ebm/15083006
www.hausaerzterverband.de/hausarztvertraege/hzv-vertraege-schnellsuche (letzter Aufruf 20.12.2020)