Widersprüche der Privatkassen sind oft vermeidbar

Leistungskomplexe gut begründen – das spart viel Ärger

Die Sparkommissare der Privaten Krankenversicherung haben es gern auf die Leistungskomplexe in der GOÄ abgesehen. Vorbeugen können Ärzte, indem sie die Privatkassen mit ihrer eigenen Waffe schlagen: der oft schwammigen Formulierung der GOÄ-Komplexe.

Leistungskomplexe in der GOÄ, wie die Gebühr nach GOÄ-Nr. 4, Nr. 15 oder auch nach Nr. 34 werden immer häufiger von der Privaten Krankenversicherung (PKV) nicht erstattet. Das Totschlagargument der PKV lautet dabei meist: „Der Leistungsinhalt ist nicht vollkommen erfüllt.“ Weiterhin liest man oft die Begründung: „Der erforderliche Leistungsinhalt lässt sich aus der Diagnoseangabe nicht erkennen.“

Das Problem: Die Leistungsbeschreibungen der Komplexe sind in der GOÄ meist recht offen formuliert. Damit gewähren sie den Sparkommissaren bei den privaten Krankenversicherern und Beihilfestellen reichlich Interpretationsspielräume. Doch Bange machen gilt nicht. Bestehen Sie auf Ihren Anspruch einer angemessenen Abgeltung des Aufwands für die Betreuung Ihres Patienten. Allerdings sorgen oft Fehler seitens der Ärzte im Zusammenhang mit der Berechnung der Leistungskomplexe für rechtmäßige Beanstandungen.

Die erste Regel lautet daher: Orientieren Sie sich möglichst genau am genannten Leistungsinhalt – und nehmen sie diesen Wort für Wort auseinander. Für die Ziffer 15, die Einleitung und Koordination der Mitbehandlung durch Kollegen oder Therapeuten, müssen für die Abrechnung demnach folgende Kriterien erfüllt sein:

- Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen sowie
- kontinuierliche ambulante Betreuung,
- eines chronisch Kranken.

Für die Koordination der Mitbehandlung oder Rehabilitation bei Chronikern darf der Leistungskomplex nach GOÄ-Nr. 15 abgerechnet werden.

Zu den flankierenden therapeutischen Maßnahmen zählt nicht nur die Mitbehandlung durch einen anderen Arzt oder eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung, sondern ebenso die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Auch die Mitbehandlung durch einen ambulanten oder stationären Rehabilitationsträger sowie die gesamte Bandbreite physikalischer Maßnahmen gehören dazu.

Die sozialen Maßnahmen werden von den Privatversicherern immer mehr in den Vordergrund gestellt. So verlangen einzelne Kassen, dass über die Diagnoseangaben in der Rechnung die eingeleiteten sozialen Maßnahmen eindeutig erkennbar sein müssen. Das ist in dieser

Form jedoch nicht möglich und nach den Regeln der GOÄ auch nicht gefordert. Die „Einleitung und Koordination sozialer Maßnahmen“ muss natürlich erfüllt sein und sich aus der Dokumentation ableiten lassen. Aber auf der Rechnung hat das nach geltendem Recht nichts zu suchen.

Die GOÄ-Ziffer 15 stellt nun einmal eine Betreuungspauschale dar, daher lassen sich deren einzelne Leistungskomponenten diagnostisch eben nicht unbedingt darstellen. Aber auch hier gibt es eine Möglichkeit, um Ihren Privatpatienten Probleme mit der Erstattung und Ihnen selbst viel Aufwand zu ersparen: Nutzen Sie einfach die Möglichkeit, Begründungen und Erklärungen in den Leistungstext (Leistungslegende) einzuarbeiten. Auf diese Weise können Sie auch darlegen, dass der geforderte Inhalt erbracht wurde. Beispiele für die Ziffer 15 sind:

- Betreuungsleistung bei Multimorbidität zum Erhalt der Alltagskompetenz
- Betreuungsleistung bei Polyarthrose zur medizinischen und sozialen Reintegration
- Betreuungsleistung bei funktionellen Störungen und Arbeitsplatzproblematik mit Maßnahmen zur beruflichen Reintegration
- Betreuungsleistung mit Einleitung und Koordination des ambulanten Pflegedienstes.

Auch zum Umfang der „kontinuierlichen ambulanten Betreuung“ eines chronisch Kranken gibt es keine verbindliche Definition. Als Faustregel kann gelten, dass erst nach mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakten im Verlauf eines Jahres von einer kontinuierlichen Betreuung gesprochen werden kann. Eine einmalige Konsultation berechtigt daher nicht zur Berechnung der Ziffer 15.

Dr. Peter Schlüter