

MMW-HOTLINE

Leser der MMW können sich mit allen Fragen zur Abrechnung und Praxisführung an Helmut Walbert, Facharzt für Allgemeinmedizin, Würzburg, wenden. Sie erreichen ihn jeden Donnerstag von 13 bis 15 Uhr unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 2 37 98 30 oder per E-Mail: w@lbert.info.



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht bei SPECT

Kasse zahlt nicht, muss ich das hinnehmen?

Dr. med. R., Allgemeinarzt, Brandenburg:
Die private Central Krankenversicherung verweigert die Vergütung der GOP 75 im Zusammenhang mit der Leistung nach GOP 5487, Single-Photonen-Emissions-Computertomografie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung. Muss ich das hinnehmen?

Antwort: Grundsätzlich ist der Befundbericht Leistungsinhalt der radiologischen Leistung. Wenn aber der Inhalt der GOP 75: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls

zur Therapie“ erfüllt ist, dann besteht auch ein Anspruch auf die Vergütung. Erkrankung und Befund sowie gegebenenfalls die differenzialdiagnostischen Erwägungen rechtfertigen im Einzelfall den Ansatz der GOP 75. Machen Sie die PKV – hier die Central – darauf aufmerksam, dass der Leistungsinhalt der GOP 75 erfüllt ist und nicht nur eine Befundung übermittelt wurde. Den Originalbefund-Bericht müssen Sie dabei der PKV nicht zur Verfügung stellen.

Zu diesem Thema hat sich die Bundesärztekammer im Rahmen ähnlich gelagerter Untersuchungen – hier MRT – bereits offiziell geäußert: „Eine regelhafte Abrechnung

der GOP 75 GOÄ im Rahmen der MRT unter Berücksichtigung der Leistungslegende ist nicht gerechtfertigt. Wird jedoch im Einzelfall eine medizinisch kritische Bewertung der erhobenen Befunde unter Berücksichtigung relevanter anamnestischer Angaben erforderlich, ist Nr. 75 GOÄ neben MRT-Untersuchungen abrechenbar. Ein Beispiel ist die differenzialdiagnostische epikritische Beurteilung, ob es sich bei einem pathologischen Befund um ein frisches oder altes Trauma handelt, einschließlich ggf. erfolgreicher Hinweise auf die therapeutische Konsequenz dieser Entscheidung.“
Damit dürfte die Sachlage klar sein.

Grippeimpfung bei einer unter 60-Jährigen

Ist das ein IGeL?

Dr. med. J. B., Frauenärztin, Berlin:
Ich habe eine Patientin, die sich gegen Grippe impfen lassen will, die aber noch keine 60 Jahre ist. Wie gehe ich vor? Ist dies grundsätzlich eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)?

Antwort: Es ist leider etwas komplizierter, aber so wichtig, dass der Vertragsarzt sich auskennen sollte, damit keine vorprogrammierten Umsatzverluste entstehen. Grundsätzlich sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) verbindlich für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). So ist es im §3 der Schutzimpfungsrichtlinie (SIR) vorgesehen. Damit haben nicht nur Personen ab 60 Jahren einen An-

spruch auf die Standardimpfung sondern auch Patienten mit besonderen Risiken, sogenannte „Indikationsimpfungen“. Dazu zählen Schwangere ab dem 2. Trimenon, Risikoschwangere zu jedem Zeitpunkt, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, wie z. B. Diabetes, COPD, MS. Aber auch Personen mit erhöhter Gefährdung, z. B. medizinisches Personal. Eine umfangreiche Aufzählung findet sich unter Influenza im Epidemiologischen Bulletin Nr. 30 des Robert Koch-Instituts (RKI).

Es ist wichtig, bei der jeweiligen Landes-KV nachzufragen, welche besonderen Regelungen auf Landesebene mit den Kran-

kenkassen getroffen wurden. So wird von den Bayerischen Krankenkassen generell – vom Säugling bis zum Hochbetagten – die Grippeimpfung übernommen. Ein Teil der Krankenkassen übernimmt die Influenzaimpfung als Satzungsleistung. Eine aktuelle Aufstellung findet sich im Internet bei „www.krankenkassen.de – liste-grippeimpfung“. Satzungsleistungen werden in der Regel nach GOÄ, GOP 1-5-375, dem Patienten gegenüber sofort in Rechnung gestellt, der Impfstoff als Sachkosten mit verrechnet. Der Patient reicht dann die Liquidation bei seiner Krankenkasse zur Kostenerstattung ein. Ein Verfahren, das in den letzten Jahren bereits reibungslos über die Bühne ging.