

Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.



**Helmut Walbert**  
Allgemeinarzt,  
Medizinjournalist und  
Betriebswirt Medizin

Rufen Sie an!  
Tel. 0 93 1 / 2 99 85 94  
donnerstags, 13 bis 15 Uhr  
w@lbert.info

# Fremdanamnese per GOÄ abrechnen

**?** Dr. C. H., Allgemeinärztin, Baden-Württemberg: *Unsere Familienpraxis im ländlichen Bereich versorgt viele Kinder und Jugendliche. Mit PKV und Beihilfe gibt es immer wieder Probleme bezüglich der Nr. 4 GOÄ. Worauf müssen wir achten?*

**!** **MMW-Experte Walbert:** Die Nr. 4 GOÄ steht für die Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder die Unterweisung und Führung der Bezugsperson. Sie ist gedacht für Patienten, deren eigene Aussagen zur Anamnese oder deren Verständnis zur notwendigen Therapie der *Ergänzung* durch Bezugspersonen bedarf, also in der Regel Eltern, Begleitpersonen, oder Pflegepersonal.

Damit sind Kinder vor dem 6. Lebensjahr grundsätzlich außen vor, denn sie sind noch gar nicht verständ-

ig genug, überhaupt selbst beraten zu werden. Die Beratung dieser Altersstufe ist grundsätzlich eine „mittelbare“, und folglich ist die Nr. 4 nicht möglich.

Ab dem Schulalter wird eine direkte Beratung nach Nr. 1 oder 3 möglich. Ein angemessenes Verständnis wird allgemein angenommen. Fehlt dieses, sind eine ergänzende Fremdanamnese oder

therapeutische Anweisungen an eine Bezugsperson notwendig – also kommt die Nr. 4 infrage.

Eine Altersbegrenzung nach oben gibt es nicht: Entwicklungsrückstand, psychische und psychiatrische Erkrankungen oder Demenz im höheren Alter können Anlass für eine Leistung nach Nr. 4 sein. Mit einer stichwortartigen Begründung wird der Ansatz abgesichert. Es reichen die Diagnose und wenige Hinweise auf die Anamnese oder Therapie. So kann einer routinemäßigen Kürzung vorgebeugt werden.

Bei kognitiv eingeschränkten Patienten kann die Nr. 4 auch häufiger angesetzt werden – allerdings nur einmal „im Behandlungsfall“, also innerhalb von vier Wochen. Bei kürzeren Abständen muss eine neu hinzukommende Krankheit bzw. Diagnose den neuerlichen Ansatz begründen. ■



**Sie ist schon groß, versteht aber noch nicht alles.**

# Kann ich auf Kasse Botox spritzen?

**?** Dr. A. H., Hausarzt-Internist, Hamburg: *In meiner Praxis biete ich Botulinumtoxin-Behandlungen als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) an. Nun hat ein Patient behauptet, dass dies bei Hyperhidrosis eine Kassenleistung sei. Stimmt das?*

**!** **MMW-Experte Walbert:** Generell gilt das nicht. Einzelne Krankenkassen erstatten die Kosten aber nach

vorheriger Genehmigung. Als krankhaft ist Hyperhidrosis nur dann anerkannt, wenn pro Minute 50 mg Schweiß absondert werden. Liegt diese Voraussetzung vor, kann der Patient seiner Kasse gegenüber einen Antrag auf Kostenerstattung stellen.

Der Antrag erfordert ein ärztliches Gutachten, das begründet, warum die Behandlung erfolgversprechend ist. Das Gutachten selbst ist eine IGeL. Die Kasse

leitet den Antrag in der Regel an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Beurteilung des Sachverhalts weiter. Ist das Gutachten positiv, kann sich die Kasse je nach Finanzlage und Kundenorientierung zur Kostenübernahme bereit erklären.

Da es im EBM für diese Indikation keine Gebührenordnungsposition gibt, empfiehlt sich eine vorherige Honorarvereinbarung nach GOÄ. ■