

# EBM vs. GOÄ: Behandlung der Depression

— Im EBM sind die notwendigen Untersuchungsleistungen bei GKV-Versicherten mit der Verdachtsdiagnose „Depression“ überwiegend mit der Berechnung der Versichertenpauschale abgegolten. Einige Leistungen bleiben aber einzeln abrechenbar.

So kommen zur Beurteilung der Ausprägung einer Depression spezielle Testverfahren zum Einsatz, etwa Fragebögen. Berechnungsfähig sind aber diese nicht, mit Ausnahme jener nach Nr.

03 242, die bis zu dreimal im Quartal zum Ansatz kommen darf – allerdings nur bei dem Verdacht auf das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung. Gefordert sind Testverfahren wie der Syndrom-Kurz-Test (SKT) oder der Minimal-Mental-Status-Test (MMST).

Mangels diagnosespezifischer Gesprächsleistungen kann für therapeutische Gespräche je vollendete 10 Minuten die hausärztliche Gesprächsziffer 03 230 abgerechnet werden. Bei vorliegender

Genehmigung kommen auch die Nr. 35 100 für die differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und die Nr. 35 110 für die verbale Intervention infrage.

Da Depressionen in der Regel einer längeren Behandlung bedürfen, ist auch die Berechnung der Chronikerziffern 03 220 und 03 221 möglich, und zwar wenn der depressive Patient in drei der letzten vier Quartale in der Praxis behandelt wurde und mindestens zwei persönliche Arztkontakte und ein weiterer mittelbarer Kontakt stattfanden.

## MMW-KOMMENTAR

Bei Privatpatienten können die Untersuchungen einzeln angesetzt werden. Eine kontinuierliche Betreuung dieser chronischen Erkrankung ist nach Nr. 15 GOÄ einmal im Kalenderjahr ansatzfähig. Die meisten gängigen Testverfahren, die in der Hausarztpraxis zur Depressionsdiagnose eingesetzt werden, können mit der Nr. 857 berechnet werden, etwa der MMST, das Beck-Depressions-Inventar oder die Symptom Checklist 90. Neben der körperlich-somatischen Untersuchung nach Nr. 7 können auch die neurologische Untersuchung nach Nr. 800 und die psychiatrische Untersuchung nach Nr. 801 in Rechnung gestellt werden, ggf. in einer Sitzung.

Bei den Gesprächsleistungen muss man differenzieren. Infrage kommen die Nrn. 1, 3 und 34, wobei die jeweiligen Abrechnungsausschlüsse zu beachten sind. Die Nr. 34 ist nur bis zu zweimal innerhalb von 6 Monaten berechnungsfähig, wenn eine zeitlich zusammenhängende Erörterung in Bezug auf die Feststellung oder Verschlimmerung einer lebensverändernden oder -bedrohenden Erkrankung erfolgte. Diese Voraussetzungen dürften bei depressiven Patienten häufig erfüllt sein. In der Hausarztpraxis ist auch der Ansatz der psychiatrischen und psychosomatischen Gesprächsleistungen nach den Nrn. 804, 806 und 849 möglich.



Tab. 1 Leistungen bei der Behandlung einer Depression

EBM	Legende	GOÄ	Legende
03 000	Versichertenpauschale	7	Körperliche Untersuchung
		800	Neurologische Untersuchung
		801	Psychiatrische Untersuchung
03 220 03 221	Chronikerzuschläge	15	Maßnahmen der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken
03 242	Tests bei Demenzverdacht (bis zu dreimal im Quartal)	857	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen
03 230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich, je 10 Min.	1	Beratung
		3	Eingehende Beratung, mind. 10 Min.
		34	Erörterung bei Feststellung oder erheblicher Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder -bedrohenden Erkrankung, mind. 20 Min.
35 100	Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheiten, mind. 15 Min.	804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch
35 110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheiten, mind. 15 Min.	806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, mind. 20 Min.
		849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, mind. 20 Min.