

# Zwei-Jahres-Falle bei der Organspendeberatung

HOTLINE – 0 93 1 / 2 99 85 94



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

*Im Zweifel erbringen Sie die Leistung gratis*

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



**Telefon:**  
0 93 1 / 2 99 85 94

Jeden Dienstag,  
13 bis 15 Uhr

**E-Mail:**  
w@lbert.info

**Dr. H.-J. P., Hausarzt-Internist, Bayern:** Ich habe eine Regressforderung erhalten, weil ich bei einem neuen Patienten eine Organspendeberatung abgerechnet habe. Laut KV war diese Leistung bereits von einem anderen Arzt erbracht worden, und die zweijährige Sperrfrist war noch nicht abgelaufen. Das hatte der Patient allerdings nicht erwähnt!

**MMW-Experte Walbert:** Der Datenabgleich der KV dürfte korrekt sein. Selbst wenn Sie nachweisen könnten, dass sie den Patienten zunächst nach einer vorherigen Beratung befragt haben, würde das nichts ändern. Sie müssen den Regress also hinnehmen.



Merkt er sich, was hier besprochen wird?

Das Problem kann nur von der gesamten Vertragsärzteschaft angegangen werden. Jede Beratung muss so gestaltet werden, dass sie im Gedächtnis des Patienten verankert wird. Hilfreich kann es dabei sein, den fakultativen Leistungsinhalt der Nr. 01 480 EBM zu beachten. Das bedeutet: Sie händigen der beratenen Person die Aufklärungsunterlagen und den Organspendeausweis aus und übertragen die Information, dass ein Ausweis vorliegt, auf ihre elektronische Gesundheitskarte.

Leider fehlt in vielen Praxen das Standard-Informationspaket der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das im Online-Shop der BZgA bestellbar ist und kostenfrei geliefert wird. Die Übergabe von Spenderausweis und sonstigem Material sollte zu einem bleibendem Engramm beim Patienten führen.

Die Dokumentation geht schnell, wenn man standardisierte Texte in der EDV hinterlegt. Formal könnte man sich die Beratung und Ausgabe des Organspendeausweises auch bestätigen lassen, falls man einen belastungsfähigen Nachweis über die korrekte Erbringung in der Hinterhand haben will. ■

## Erörterung nach Nr. 34 GOÄ nicht auf Erstdiagnose beschränkt

**Dr. med. M. R., Hausarzt-Internistin, Nordrhein:** Meine Abrechnung der Nr. 34 GOÄ wird immer wieder abgelehnt, insbesondere von der Beihilfe, mit der Begründung, dass die Nr. bereits in der Vergangenheit mit der Diagnose abgerechnet worden sei. Wie wehre ich mich?

**MMW-Experte Walbert:** Hier wird nicht beachtet, dass die Auswirkung einer

Krankheit auf die Lebensgestaltung nicht nur unmittelbar bei der Erstdiagnose, sondern auch bei Verschlechterung erörtert werden kann – z. B. wenn bei einer Diabetikerin Insulinpflicht oder eine Niereninsuffizienz eintritt. In solchen Fällen ist es sinnvoll, auf die „alte“ Diagnose zu verzichten und nur die Niereninsuffizienz in der Begründung der Nr. 34 anzugeben. Auch wenn sie eine Folge des

Diabetes ist, erfüllt sie die Kriterien einer „nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohlichen Erkrankung“. Unabhängig von dieser Semantik ist die Nr. 34 immer zweimal innerhalb von sechs Monaten berechnungsfähig. Nach der ersten Abrechnung ist ein weiteres Mal also kein Problem, für das dritte Mal muss man aber die sechs Monate abwarten – und dann immer so weiter. ■