



### Hier geht häufig Geld verloren Abrechnung GKV & PKV

Viele Hausarztpraxen verlieren bei bestimmten Leistungen Geld, weil sie nicht korrekt bzw. alles ansetzen, was durchgeführt wurde, meint die Berliner Abrechnungsexpertin Ursula Klinger-Schindler. In ihren Beratungen vor Ort durchleuchtet sie die GKV- und PKV-Abrechnung und zeigt auf, wo häufig unnötigerweise Euros

verbrannt werden.

**Dazu folgendes Beispiel:  
Die richtige Ziffer für den dringenden Hausbesuch  
Fehlerquellen bei der Privatliquidation  
Auch „Psycho-Ziffern“ abrechnen!  
Praxisberatung steht an? Bis zu 6000 € Fördergelder möglich**

Neben der Betrachtung von organisatorischen Abläufen, Zeit- und Qualitätsmanagement führt Ursula Klinger-Schindler in Praxen auch immer einen Gesamtcheck der Kassen- und Privat-abrechnung durch. Hierbei stößt die Praxisberaterin sehr häufig auf Mängel und Defizite, die optimiert werden können. Zu den Knackpunkten im EBM-Bereich zählt etwa die Abrechnung der Wundversorgung.

#### Dazu folgendes Beispiel:

Ein 13-jähriges Kind stürzt vom Fahrrad und zieht sich zwei Kopfplatzwunden sowie zwei offene Wunden am rechten Unterarm zu. Die korrekte ICD-Codierung nach T01.0 ff. vorausgesetzt wird dann wie folgt abgerechnet:

- 03111 Versichertenpauschale
- 02300 (2x) Versorgung Wunde Unterarm  $5,60 \times 2 = 11,60 \text{ €}$
- 02301 (2x) Versorgung Platzwunde  $12,78 \text{ €} \times 2 = 25,56 \text{ €}$ .

36,16 € insgesamt fließen hier außerbudgetär(!) über die Fallwertzuschläge in die Kasse. (Bei der KV Westfalen-Lippe bedeutet dies sogar ein gesamter Fallwert.)

Noch günstiger stellt sich die Abrechnung bei Kindern unter 12 Jahren dar: Hier fallen sogar insgesamt 72,84 € über die Fallwertzuschläge an:

ó 03111 Versichertenpauschale 31,50 € (Vergütung im RLV)  
ó 02301 (2x) Versorgung Wunde Unterarm  $12,78 \times 2 = 25,56 \text{ €}$   
ó 02302 (2x) Versorgung Platzwunde  $23,63 = 47,28 \text{ €}$ .

In den beiden oben genannten Beispielen ist die korrekte Codierung nach ICD-10 T01.0 (offene Wunde an Kopf und Hals) sowie T01.2 (offene Wunden an oberen Extremitäten) erforderlich, so Frau Klinger-Schindler, sonst fallen die Mehrfachansätze und Kombinationen durch das Regelwerk der KV und werden gestrichen. Die Mehrfachabrechnung (bis zu 5x/Tag und Kombinationen aus 02300, 02301 und 02302) ist auch unter der ICD-10-Codierung T01.9 „multiple offene Wunden nicht näher bezeichnet“ möglich. Damit sind Riss-, Schnitt- und Bisswunden sowie Tierbisse gemeint.

#### Die richtige Ziffer für den dringenden Hausbesuch

Bei den dringenden Hausbesuchen wird Ursula Klinger-Schindler ebenfalls oft fündig. Denn häufig wird vergessen, dass beim dringenden Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen, wegen einer Erkrankung noch am Tag der Bestellung ausgeführt, die Ziffer 01415 abgerechnet werden kann. Viele Praxen bestätigen dabei in Beratungen, dass ein vom Pflegepersonal angeforderter Besuch am gleichen Tag häufig mit der 01410 (15,40 €) und nicht, wie es korrekt wäre, außerhalb des RLV nach 01415 (54,08 €!) abgerechnet wird.

Sehr viel Luft haben Praxen in der Regel auch bei der Früherkennung, z. B. bei der Gesundheitsuntersuchung nach 01732, der präventiven Koloskopieberatung nach 01740 1 x ab 55 Jahren oder beim Hautscreening nach 01745/01746. Dabei werden diese Leistungen extrabudgetär bzw. außerhalb der RLV vergütet. Beraterin Klinger-Schindler rät Praxisteams dazu: „Bleiben Sie am Ball und weisen Sie Patienten auf regelmäßig wiederkehrende Präventionstermine hin.“ Dies kann konsequent auch mithilfe eines Recall-Systems durchgeführt werden.

Viele Praxen beschäftigen sich heute zwar mit der Gestaltung eines IGeL-Konzepts, weiß Frau Klinger-Schindler, denken aber häufig nicht daran, dass die wirklich großen Honorarressourcen im Bereich der Privatliquidation liegen.

#### Fehlerquellen bei der Privatliquidation

So stellt die Beraterin immer wieder fest, dass die symptombezogene Untersuchung regelmäßig nach GOÄ-Ziffer 5 (= 10,72 € bei 2,3-fachem Satz) statt mit der Ziffer 7 (Untersuchung eines Organsystems = 21,45 € bei 2,3-fachem Satz) abgerechnet wird. Dabei fällt beim Hausarzt in der Regel bei der Erstuntersuchung eines viralen Infektes oder bei einem unklaren Abdomen immer eine Organsystemuntersuchung nach Ziffer 7 an.

Die Ziffer 7 kann bei der Kontrolluntersuchung erneut in Ansatz gebracht werden, sofern sie erbracht und dokumentiert ist. Die mangelnde Dokumentation ist häufig der Grund für eine unzureichende Privatliquida-tion. Im Übrigen ist die Ziffer 7 im Ansatz innerhalb des Behandlungsfalles (ein Monat und ein Tag) nicht beschränkt!  
Weiterhin stellt Frau Klinger-Schindler oft fest: Im Gegensatz zu den meisten Facharztpraxen wird in der Hausarztpraxis viel zu selten der Gebührenrahmen nach § 5 angewendet.

So kann eine eingehende Beratung nach Ziffer 3 beispielsweise bereits gesteigert werden, wenn das Gespräch statt der vorgeschriebenen zehn Minuten 15 oder 20 Minuten andauert. Hier ist es wichtig, den erhöhten Steigerungsfaktor z.B. 2,8-fach, 3,0-fach oder 3,4-fach entsprechend zu begründen. Die Begründung könnte z. B. in einer „zeitintensiven Beratung 15 oder 20 Minuten wegen Mehrorganerkrankung“ liegen.

#### **Auch „Psycho-Ziffern“ abrechnen!**

Obwohl Hausärzte ständig Gespräche mit ihren Patienten führen, sind die GOÄ-Ziffern 804 und 806 in vielen Praxen nahezu unbekannt. Oft hört Ursula Klinger-Schindler Argumente wie: Patienten ärgern sich über eine „Psycho-Diagnose“. Es gibt aber eine Reihe von Erkrankungen, die den Ansatz begründen, wie z.B. Schlafstörungen, depressive Verstimmung in Lebenskrisen etc., macht die Abrechnungsexpertin aufmerksam. Die Diagnostik für die Gesprächsziffern nach 801 kommt fast gar nicht vor, auch die 800 (neurologische Teiluntersuchung) führt nach den Erfahrungen der Beraterin ein Schattendasein.

#### **Praxisberatung steht an? Bis zu 6000 € Fördergelder möglich**

iele Ärzte wissen nicht, so Ursula Klinger-Schindler, dass es Zuschüsse zu Praxisberatungen gibt. Gefördert werden neben der allgemeinen Beratung zur Unternehmensführung z.B. auch Beratungen zu QM, zu Kooperationen, zu Mitarbeiterbeteiligungssystemen oder zur Beseitigung von rating-relevanten Schwachstellen im Vorfeld eines anstehenden Ratings.

Das Geld, das Ärzte drei Monate nach dem Abschluss einer Beratung beantragen können, kommt teilweise aus dem Europäischen Sozialfond (ESF), teilweise werden die Beratungen vom Bund finanziert. Voraussetzung, um Fördermittel zu erhalten, ist lediglich, dass die Praxis bereits ein Jahr besteht und weniger als 50 Mio. Euro Umsatz erwirtschaftet bzw. weniger als 250 Mitarbeiter beschäftigt.

Wer sich für einen Zuschuss zu einer Praxisberatung interessiert, findet detaillierte Hinweise unter <http://www.bafa.de/bafa/de/wirtschaftsfoerderung/index.html> sowie ein Antragsformular unter [www.beratungsfoerderung.net](http://www.beratungsfoerderung.net) (Muster Anlage 2). Informationen gibt es außerdem beim Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA), Frankfurter Str. 29–35 65760 Eschborn.  
Tel.: 06196 908-570  
Fax: 06196 908-800

Quelle: *Quelle: Interview mit Ursula Klinger-Schindler am 25.11.2009, weitere Infos zur Beraterin unter: [www.abrechnungsseminare.de](http://www.abrechnungsseminare.de) oder <mailto:th@abrechnungsseminare.de>  
Autor: Anke Thomas  
Stand: 25-01-2010*

drucken

schließen