

EBM 2014

## Angegebene Diagnosen: Voraussetzung für die Vergütung der abgerechneten Positionen?

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

| Hinsichtlich der zu kodierenden Diagnosen hat die Reform des Hausarzt-EBM zum IV. Quartal 2013 vielfach zu einigem Kopfzerbrechen geführt: Gemäß den Leistungsbeschreibungen zur Erörterung nach EBM-Nr. 03230 und zu den Chronikerpositionen 03320 und 03321 sind diese Leistungen nur bei lebensverändernden Erkrankungen berechnungsfähig. Bei den Geriatriepositionen 03360 und 03362 sind geriatritypische Erkrankungen anzugeben und bei den Palliativpositionen 03370 bis 03373 solche, die in absehbarer Zeit zum Tode des Patienten führen. Nachfolgend werden relevante Aspekte zu den Diagnoseangaben bei diesen EBM-Positionen erläutert. |

### Diagnosen bei EBM-Nr. 03230

Zwar fordert die Leistungslegende der EBM-Nr. 03230 ein ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung, definierte Vorgaben für entsprechende Diagnosen gibt es jedoch nicht. „Lebensverändernd“ bedeutet nicht zwingend schwerwiegend. Auch Erkrankungen, die sich auf die sozialen, beruflichen oder familiären Verhältnisse auswirken oder auswirken können, sind lebensverändernd. Wenn zum Beispiel ein Pilot wegen einer Visusverschlechterung ab sofort eine Brille tragen muss, kann eine berufliche Veränderung die Folge sein. Und wenn der Ehepartner wegen eines Nikotinabusus (F 17.1) die Scheidung einreicht, ist dies eine soziale Auswirkung der Erkrankung. Trotz dieses breiten Spektrums sollten Diagnosen mit in der Regel nicht nachhaltigen Folgen nicht als lebensverändernd eingestuft werden, zum Beispiel eine kleine äußere Schnittwunde (T 14.1).

**MERKE** | Letztendlich ist nicht prüfbar, ob eine angegebene Diagnose lebensverändernd ist oder nicht und so verzichten die KVen auch darauf, bei Abrechnung der Nr. 03230 die angegebenen Diagnosen auf ihre „lebensverändernden“ Eigenschaften zu prüfen. Allerdings sollten die Diagnosen als gesichert (Zusatz „G“) angegeben werden, der Verdacht auf das Vorliegen oder der Ausschluss einer Erkrankung (Zusatz „V“ oder „A“) kann nicht als lebensverändernd angesehen werden. Wohl dagegen der Zustand nach einer Erkrankung (Zusatz „Z“), so zum Beispiel nach einer Verletzung (Beispiel Knieverletzung S 83.7 Z) oder einer Fraktur (Beispiel Radiusfraktur S 52.30 Z)

### Diagnosen bei den EBM-Nrn. 03320 und 03321

Laut Leistungslegende sind die EBM-Nrn. 03320 und 03321 nur bei lebensverändernden chronischen Erkrankungen berechnungsfähig. Wie bei der Nr. 03230 gibt es auch hier keine Vorgaben für entsprechende Diagnosen. Voraussetzung zur Berechnung ist die Behandlung derselben gesicherten chronischen Erkrankung in drei der letzten vier Quartale und das wird von



Definierte Vorgaben für Diagnosen gibt es nicht ...

... und die KVen prüfen dies auch in der Regel nicht

Auch hier keine Vorgaben für Diagnosen

Mindestens in drei  
der letzten vier  
Quartale dieselbe  
Diagnose kodieren

den KVen auch mehr oder minder geprüft. Werden zum Beispiel in einem Quartal Kopfschmerzen, in einem anderen Rückenschmerzen und wieder in einem anderen Knieschmerzen behandelt, ist der Patient zwar jeweils ein Schmerzpatient, aber nicht wegen derselben Erkrankung.

**PRAXISHINWEIS** | Kodieren Sie in mindestens drei der letzten vier Quartale dieselbe Diagnose. Zum Beispiel bei chronischen Rückenschmerzen jeweils M 54.5 und immer als gesicherte Diagnose mit dem Zusatz „G“. Ansonsten gilt dasselbe wie zu Nr. 03230 ausgeführt: Welche Diagnosen lebensverändernd ist, entscheidet der Arzt in Kenntnis des Umfelds des Patienten, nicht die KV.

### Diagnosen bei den EBM-Nrn. 03360 und 03362

Bei Patienten **unter** 70 Jahren sind die EBM-Nrn. 03360 und 03362 nur bei den in der Präambel zu Kapitel 3.2.4 des EBM (Geriatrische Versorgung) aufgeführten Diagnosen berechnungsfähig mit den Codes F00–F02, G 30, G20.1 und G20.2. Bei anderen, wenn auch schwerwiegenden Erkrankungen, sind die Nrn. 03360 und 03362 bei Patienten unter 70 Jahren nicht berechnungsfähig.

Komplexer ist die Angabe von Diagnosen zur Abrechnung der Nrn. 03360 und 03362 bei Patienten **über** 70 Jahren. In der Präambel zum Kapitel sind entsprechende geriatritypische Syndrome aufgelistet, ebenso in der Leistungslegende zu Nr. 03362. Die Umsetzung der Syndrome in ICD-10 Codes ist nicht ganz einfach, handelt es sich doch bei Vorliegen einer Pflegestufe – schon Pflegestufe 1 ist bei über 70-Jährigen zur Abrechnung der Nrn. 03360 und 03362 ausreichend – nicht um eine Erkrankung. Als Hilfestellung sind deswegen nachfolgend geriatritypische Syndrome im Sinne der beiden Positionen mit den dazugehörigen ICD-10-Kodes angegeben:

ICD-Kodes für  
geriatritypische  
Syndrome

- Pflegestufe: Z74.9
- Senilität: R54
- Harninkontinenz: R32
- Überlaufinkontinenz: N39.41
- Sonstige Harninkontinenz: N39.48
- Stuhlinkontinenz: R15
- Dysphagie: R13.9
- Schwindel mit Fallneigung: R42
- Störung des Gangs und der Mobilität: R26.8
- Mobilitätsstörung: Z74.0
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz: R52.1
- Chronisches Schmerzsyndrom: R52.2

Abrechnung auch  
mit den Zusätzen  
V oder A möglich

**MERKE** | Muss erst mit der Durchführung des Basisassessments nach EBM-Nr. 03360 geklärt werden, ob eine geriatritypische Erkrankung vorliegt und bestätigt sich ein entsprechender Verdacht nicht, kann die Nr. 03360 auch mit dem Zusatz „V“ abgerechnet werden bzw. zum Ausschluss einer geriatritypischen Erkrankung mit dem Zusatz „A“. Bei Berechnung der geriatrischen Betreuung nach Nr. 03362 muss dagegen die Diagnose gesichert sein (Zusatz „G“).

## Diagnosen bei den EBM-Nrn. 03370 bis 03373

Auch zu den EBM-Nrn. 03370 bis 03373 gibt es keine Vorgaben zu Diagnosen, die zur Abrechnung berechtigen. Gemäß der Präambel zu Kapitel 3.2.5 EBM (Palliativversorgung) muss eine Erkrankung vorliegen, die in absehbarer Zeit (Tage, Wochen oder Monate) das Ableben des Patienten bedingt und zwar nach „Einschätzung des behandelnden Arztes“. Der behandelnde (Haus-) Arzt hat die Situation also quoad vitam zu beurteilen. Aufgrund der stringenter Formulierungen in der Präambel zu Kapitel 3.2.5 beschränken sich viele Hausärzte darauf, die Palliativpositionen nur bei infausten Tumordiagnosen (metastasierende Karzinome) abzurechnen. Es können jedoch eine ganze Reihe von Erkrankungen mit einer derart infausten Prognose vergesellschaftet sein, dass mit einer längeren Überlebenszeit nicht zu rechnen ist: Eine schwere COPD (J44.90 bei FEV1 < 35% des Sollwertes) zum Beispiel oder ein Diabetes mit schwersten Komplikationen wie Präkoma (E10.01), hochgradigen Angiopathien (mit bereits dadurch bedingten Amputationen), Retinopathien, Niereninsuffizienz usw. Es steht außer Frage, dass die Diagnoseangaben bei Berechnung der Positionen 03370 bis 03373 gesichert sein müssen (Zusatz „G“). Zur Klarstellung, dass es sich bei der angegebenen Diagnose um eine Erkrankung mit wahrscheinlich letalem Ausgang handelt, empfiehlt es sich, zusätzlich immer den Kode Z51.4 (Palliativbehandlung) anzugeben.

Zusätzlich immer den Kode Z51.4 angeben

## Diagnosen bei den EBM-Nrn. 35100 und 35110

Die Angabe der Diagnosen bei Berechnung der EBM-Nrn. 35100 und 35110 (Psychosomatik) wird derzeit relativ intensiv kontrolliert, nachdem bei Stichprobenprüfungen festgestellt wurde, dass die erforderlichen Diagnosen nicht angegeben waren. Hintergrund: Zur Berechnung der psychosomatischen Diagnostik nach Nr. 35100 ist laut Leistungslegende ausdrücklich ein schriftlicher Vermerk der ätiologischen Zusammenhänge (der somatischen und der psychosomatischen Erkrankung) erforderlich. Hierfür ist die Angabe von mindestens zwei entsprechenden Diagnosen (einer somatischen und einer psychosomatischen) nötig. So zum Beispiel bei einem Patienten mit irgendeiner (gegebenenfalls auch harmlosen) somatischen Erkrankung aber einer ausgeprägten Karzinophobie (F45.2), einer Hypochondrie (F45.2) oder einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (F45.1) usw.

Stets eine psychosomatische und eine somatische Erkrankung angeben

## Grundsätzliches zur Angabe von Diagnosen

Auf dem Abrechnungsschein sind die Erkrankungen (ICD-10-Kodes) anzugeben, derentwegen im aktuellen Quartal eine Konsultation bzw. Behandlung erfolgt ist, gegebenenfalls bei Verdachtsfällen mit dem Zusatz „V“ oder bei Untersuchungen zum Ausschluss einer Erkrankung mit dem Zusatz „A“. Dauerdiagnosen wie Diabetes, Arthrose, Herzinsuffizienz usw. sind nur anzugeben, wenn im aktuellen Quartal eine Behandlung wegen der Dauererkrankung erfolgt. Diesbezüglich schauen die KVen genauer hin, weil zur Abrechnung der Chronikerpositionen 03320 und 03321 eine Behandlung derselben Erkrankung in mindestens drei der letzten vier Quartale stattgefunden haben muss. Dies scheint vereinzelt dazu geführt zu haben, dieselben Dauerdiagnosen Quartal für Quartal anzugeben, auch wenn derentwegen keine Behandlung erfolgte.

Nicht routinemäßig Dauerdiagnosen angeben