

► Konsile

Ist ein tägliches Konsil nach einer OP eine Routinebesprechung?

| FRAGE: „Nach einer großen Y-Prothesenoperation wurde der Patient auf die Intensivstation verlegt. Dort visitierte ihn über mehrere Tage täglich ein Gefäßchirurg. Er erneuerte Verbände und behandelte Wunden. Mit den Stationsärzten besprach er das weitere Vorgehen, bestimmte die Folgeoperationen (Oberschenkelamputation, VAC) und führte diese auch durch. Für das Konsil mit den Stationsärzten haben wir täglich die Nr. 60 GOÄ berechnet (Anästhesist auf Intensivstation). Hinzu kamen u. a. Verbandsleistungen nach den Nrn. 200 und 2006 GOÄ sowie die Nr. 2065 (Nekrosenabtragung) und die Nr. 2032 (Spül-/Saugdrainage, proximal). Der Kostenträger hat die Berechnung der Nr. 60 GOÄ als routinemäßig beanstandet. Dürfen wir die Nr. 60 wirklich nicht abrechnen? Es handelt sich hier ja nicht um Routine. Und was ist mit den übrigen Ziffern?“ |

ANTWORT: Es handelt sich hier offensichtlich um eine automatisch generierte Beanstandung aus einer Prüfsoftware des Kostenträgers. Entkräften Sie den Vorwurf der „routinemäßigen Besprechung“ patientenindividuell. Von Vorteil ist hierbei auch der Nachweis einer Dokumentation eines Konsils in der Krankenakte. Auch erscheint es sinnvoll, darzulegen, dass es sich bei der hier berechneten Leistung nicht um einen Ersatz für eine (nicht berechnungsfähige) Visite handelt. Außer den Nrn. 200 und 5 GOÄ, die nach den allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 435 GOÄ ausgeschlossen sind, können die restlichen von Ihnen aufgeführten Leistungen ebenfalls berechnet werden.

Vorwurf patientenindividuell entkräften; Nachweis durch Krankenakte hilfreich

■ Konsil nach Nr. 60 GOÄ: Das ist grundsätzlich zu beachten

1. Es darf sich nicht um routinemäßige Besprechungen (z. B. Abteilungskonferenz, Röntgenbesprechung, Patientenübergabe vom Rettungsarzt zum Krankenhausarzt, aber auch: Patientenübergaben bei Praxisvertretung, Abstimmung zwischen Operateur und Anästhesist vor operativen Eingriffen) handeln.
2. Die abrechnenden Ärzte dürfen nicht in einem zu engen organisatorischen Tätigkeitsverhältnis zueinander stehen. Aus diesem Grunde kann die Nr. 60 nicht abgerechnet werden für
 - Ärzte derselben Krankenhausabteilung,
 - Ärzte derselben Gemeinschaftspraxis,
 - Ärzte derselben Praxisgemeinschaft, sofern es sich um gleiche oder ähnliche Fachrichtungen handelt.

► Neurologie

Wie sind Botox-Injektionen bei chronischer Migräne abzurechnen?

| FRAGE: „Bei chronischer Migräne wird Privatpatienten Botulinum-Toxin (Botox) an verschiedenen Stellen injiziert. Bislang habe ich hier die Nr. 255 GOÄ berechnet. Ist das korrekt? Oder ist ggf. auch die Nr. 290 GOÄ ansatzfähig?“ |

ANTWORT: Botox-Injektionen werden nach Ziffer 252 abgerechnet! Eine Analogbewertung ist nicht erforderlich, da die Leistung lediglich auf die stattgefundenen Injektionsform abstellt (subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär) und nicht auf das verabreichte Medikament. Die Leistung unterliegt keiner Mengenbeschränkung und kann je Injektion berechnet werden.

Nur Nr. 252 GOÄ, je Injektion keine Mengenbeschränkung