

MMW-HOTLINE

Leser der MMW können sich mit allen Fragen zur Abrechnung und Praxisführung an Helmut Walbert, Facharzt für Allgemeinmedizin, Würzburg, wenden. Sie erreichen ihn jeden Donnerstag von 13 bis 15 Uhr unter der kostenlosen Rufnummer (0800) 2 37 98 30 oder per E-Mail: w@lbert.info.



Helmut Walbert
Allgemeinarzt,
Medizinjournalist
und Betriebswirt
Medizin

Operation – ambulant geplant – wurde doch stationär

Sind jetzt die Voruntersuchungen futsch?



© Klaus Rose

Operiert ein Belegarzt, kann der Hausarzt präoperative Leistungen abrechnen.

Dr. med. G. H.-L., Hausärztin, Hausen:
Ich habe bei einem Patienten, der ambulant operiert werden sollte, die präope-

rativ Untersuchung gemacht. Aufgrund von Komplikationen wurde der Patient für eine Nacht stationär aufgenommen. Muss ich jetzt die präoperative Leistung streichen? Wie wird die postoperative Behandlung abgerechnet?

Antwort: Die präoperative Leistung bleibt auf jeden Fall abrechenbar. Sie wurde unter der geforderten Voraussetzung der ambulanten oder belegärztlichen Durchführung der operativen Leistung erbracht. Dass es aufgrund perioperativer Komplikationen zu einer stationären Aufnahme kam, haben Sie nicht zu vertreten.

In Bezug auf die postoperative Behandlung muss differenziert werden: Handelt es sich um eine belegärztliche Leistung, dann kann

der Belegarzt mit einem Überweisungsschein die postoperative Betreuung und Behandlung an Sie abgeben. Die Überweisung wird als Extrafall angelegt. Sie muss das Operationsdatum und den Auftrag zur Erbringung der GOP 31 600 „Postoperative Behandlung durch den Hausarzt nach der Erbringung eines Eingriffes des Abschnittes 31.2 bei Überweisung durch den Operateur“ enthalten.

Die GOP ist nur einmal im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der operativen Leistung abrechenbar.

Poststationär ist eine postoperative Behandlung für den Hausarzt ohne gesonderte Vergütung. Sie gehört zum Leistungsspektrum des Krankenhausarztes und wird diesem als sog. poststationärer Behandlungsfall vergütet.

Als Landarzt habe ich viele dringende Besuche

Muss ich die besonders begründen?

Dr. med. A.V., Allgemeinarzt:
Als Landarzt mache ich relativ viele dringende Besuche, wie ich meiner Abrechnungstatistik entnehme. Muss ich dies besonders begründen oder dokumentieren?

Antwort: Bei der Abrechnung gegenüber der KV ist es nicht erforderlich, eine Begründung oder eine Uhrzeit anzugeben. Ihre Frage geht allerdings wohl von der Erwartung aus, dass Sie sich irgendwann einmal für Ihre Leistungen im Rahmen einer Plausibilitäts- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtferti-

gen müssen. Aus diesem Grunde ist eine praxisinterne Dokumentation unabdingbare Voraussetzung für eine plausible Erklärung. Dringende Besuche werden nach den GOP 01 411 und 01 412 abgerechnet. Beide haben den gleichen Text: „Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt“.

Sie unterscheiden sich im Prinzip nur im Zeitrahmen. Sie müssen „unverzüglich“, also direkt nach der Anforderung ausgeführt werden. Die Anforderungs- und Ausführungszeit sollten daher festgehalten werden.

Weiterhin muss Dringlichkeit gegeben sein. Diese Einstufung ist von der Schilderung des Anfordernden abhängig. Akute Schmerzen, Koliken, plötzliches hohes Fieber oder dramatisch geschilderte Situationen entscheiden über die Dringlichkeit. Stellt sich beim Besuch das Ganze als eine Lappalie dar, bleibt es dennoch beim dringlichen Besuch. In der Karteikarte sollte allerdings festgehalten werden, warum die Anforderung bzw. der Besuch dringlich erschien und unverzüglich ausgeführt werden musste.