

## Abrechnung von Kompressionstherapie im niedergelassenen Bereich

P. Schlüter, Tiefenbach

Der EBM lässt im hausärztlichen Versorgungsbereich nur noch wenige Möglichkeiten, spezielle Leistungen abzurechnen. Letztendlich hängt dies mit der vom Gesetzgeber geforderten Pauschalierung von Leistungen zu Leistungskomplexen zusammen. Somit besteht für den hausärztlichen Versorgungsbereich mit der GOP 02313 nur eine einzige deutlich eingeschränkte Abrechnungsmöglichkeit für phlebologische Leistungen. Verfügt ein Arzt des hausärztlichen Versorgungsbereiches jedoch über eine entsprechende Zusatzbezeichnung „Phlebologie“, so stehen ihm für phlebologische Leistungen die Gebührenordnungspositionen (GOPs) des Abschnitts 30.5 des EBM zur Abrechnung zur Verfügung. Hier findet sich mit der GOP 30500 der Phlebologische Basiskomplex. Dieser einmal im Behandlungsfall abzurechnende Komplex beinhaltet die Lichtreflexionsrheographie, die Verschlussplethysmographie sowie die dopplersonographische Untersuchung von Venen (und Arterien).

Als zweiter Leistungskomplex gehört die GOP 30501 in diesen Abschnitt 30.5 des EBM. Mit dieser Gebühr ist die Varizenverödung abzurechnen. Allerdings ist zu bedenken, dass bei Ansetzen der GOPs 30500 und 30501 automatisch im Gegenzug sowohl die GOPs 03040, die NäPA-Zuschläge zur GOP 03040 als auch beide Chronikerziffern (GOPs 03220, 03221) gestrichen werden.

Der Vollständigkeit halber ist hier noch die GOP 33076 für die sonographische Untersuchung von Venen zu nennen. Hierfür bedarf es auch einer gesonderten Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Fachärzte für Innere Medizin, die sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben, haben durch die Facharztbezeichnung automatisch die Berechtigung, die GOPs des Abschnitts 30.5 Phlebologie abzurechnen. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie können phlebologische Leistungen über die Zusatzpauschale Angiologie (GOP 13300) berechnen.

### Wenig Motivation im hausärztlichen Versorgungsbereich

Vor diesem honorartechnischen Hintergrund wird verständlich, dass allein aus betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten

heraus im hausärztlichen Versorgungsbereich wenig Motivation dafür besteht, phlebologische Leistungen durchzuführen. Dabei wäre die Einführung eines abzurechnenden Komplexes beispielsweise für ein Gefäßscreening im hausärztlichen Versorgungsbereich eher kostengünstig für das Gesundheitswesen. Zum einen könnte in den Hausarztpraxen selektiert werden, wer dem Phlebologen bzw. dem Gefäßspezialisten vorgestellt werden muss, zum anderen würden damit Kosten eingespart für diese differenzialdiagnostische Grunduntersuchung, die ansonsten der Spezialist durchführen muss. Zudem werden durch diese Grunduntersuchungen die Kapazitäten der fachärztlichen Behandlung blockiert.

Diagnose	ICD-10-GM
chronisch venöse Insuffizienz	I87.2
postthrombotisches Syndrom	I87.0
oberflächl. Beinvenenthrombosen	I80.0
tiefe Beinvenenthrombosen	I80.2
Lymphödem	I89.0

### Die Kompressionstherapie in der Abrechnung nach EBM

Im EBM steht dafür im Grunde die Gebühr nach GOP 02313 zur Verfügung. Achten Sie hier unbedingt auf die Leistungslegende. Diese begrenzt die Berechnung der GOP 02313 explizit auf die dort genannten Krankheitsbilder: chronisch-venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom, oberflächliche und tiefe Beinvenenthrombosen, Lymphödem. Nur bei Vorliegen mindestens eines der genannten Krankheitsbilder ist diese Leistung berechnungsfähig. Bei der Berechnung der GOP 02313 ist somit unbedingt auf die entsprechende ICD-10-GM-verschlüsselte Diagnoseangabe zu achten.

Die Kompressionstherapie kann pro Behandlung „je Bein, je Sitzung“ berechnet werden, also zweimal pro Sitzung. Beachten Sie hier jedoch die Mengenbegrenzung, die sich aus der ersten Anmerkung zur GOP 02313 ergibt. Dort heißt es nämlich: „Die Gebührenordnungsposition 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.“ Umgerechnet ergibt das genau 74 Behandlungen im Quartal, die im Behandlungsfall bzw. Arztfall maximal abzurechnen sind. Nach EBM ist die intermittierende Kompressionstherapie unter der GOP 30401 im Abschnitt 30.4 Physikalische Therapie zu finden. Die Berechnung ist hier aber an den Nachweis einer entspre-

BMÄ/E-GO			Legende	GOÄ	
GOP	Punkte	EURO		GO-Nr.	Punkte
02313	57	5,95	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem obligater Leistungsanteil: - Kompressionstherapie - Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen je Bein, je Sitzung	204	95

**Die wichtigsten fachgebietsbezogenen Abrechnungspositionen bei Varikosis**

Legende	GOP				
	EBM				GOÄ
	Allgemein- medizin	FA Innere Chirurgie Dermatologie	FA Innere, SP Angio- logie	Phlebo- logie	
Versichertenpauschale / Beratung	03000	_*	_*		1
Grundpauschale / Beratung	**	13210-13212 07210-07212 10210-10212	13290- 13292	fachbe- zogene Grund- pauschale	1
Vorhaltepauschale	03040	_*	_*	_*	_*****
NäPa-Zuschlag	03060	_*	_*	_*	_*****
Chronikerpauschale I	03220	_*	_*	_*	_*****
Chronikerpauschale II	03221	_*	_*	_*	_*****
Zusatzpauschale Angiologie	-	-	13300	-	644, 645
Phlebologischer Basiskomplex	30500***	30500	30500 n.n. 13300 im BHF	30500	635, 639, 641- 644, 763
Verödung von Varizen	30501***	30501	30501	30501	764
hausärztliches Gespräch / Erörterung	03230	_*	_*	_*	3
Betreuungsleistung	_****	_****	_****	_****	15
hausärztliches Gespräch / eingehende Erörterung	03230 x 2	_*	*	_*	34
Untersuchung Gefäße	_****	_****	_****	_****	6
körperliche Untersuchung	_****	_****	_****	_****	8
Blutentnahme	_****	_****	****	_****	250
Abstrich	_****	_****	_****	_****	298
mikroskop. Untersuchung - Nativmaterial	32045	32045	32045	32045	3508
periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	_****	_****	_****	_****	643
sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler an mindestens drei Ableitungen	33061	33061 n.n. 30500 im BHF	n.n. 13300 im BHF: 33061	33061 n.n. 30500 im BHF	644
sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder -entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren	33072	33072	33072	33072	410 + 3 x 420
Zuschlag zu den GOPs 33070 bis 33074 für die Untersuchung als farbcodierte Untersuchung	33075	33075	33075	33075	401
Lichtreflexionsrheographie	30500****	30500	30500	30500	634
Zuschlag für Frequenzspektrum	_***	_***	_***	_***	404
Versorgung venöse Ulcera/sek. heilende Wunde	02312	02312	02312	02312	2006
Kompressionstherapie	02313	02313	02313	02313	204
Verband	_****	_****	_****	_****	200
Druckverband	_****	_****	_****	_****	204

\* Leistungen nur für den hausärztlichen Versorgungsbereich abzurechnen  
 \*\* Leistungen nur für den fachärztlichen Versorgungsbereich abzurechnen  
 \*\*\* Nur mit entsprechender Zusatzbezeichnung „Phlebologie“ berechnungsfähig  
 \*\*\*\* Leistungen nach EBM nicht gesondert berechnungsfähig, sondern mit anderen Pauschalen vergütet  
 \*\*\*\*\* Hier gibt es keine vergleichbare Leistungsposition in der GOÄ  
 \*\*\*\*\* Für Hausärzte nur mit Sondergenehmigung der KV oder Zusatzbezeichnung Phlebologie berechnungsfähig  
 ABER: Fachärzte für Innere Medizin, die sich für den hausärztlichen Versorgungsbereich entschieden haben, (sogenannte hausärztliche Internisten) können die GOP 30500 ohne gesonderte Genehmigung abrechnen.

FA = Facharzt  
SP = Schwerpunkt

chenden Qualifikation (Facharztbezeichnung, Zusatzbezeichnung) gebunden.

**Abrechnung der Kompressionstherapie bei Privatpatienten**

Sucht man nach diesen Leistungen im Zusammenhang mit der Kompressionstherapie in der GOÄ, so sind als wichtigste GO-Nrn. der Verband (GO-Nr. 200), der Kompressionsverband (GO-Nr. 204), die Behandlung sekundär heilender Wunden (GO-Nr. 2006) und die apparative intermittierende Kompressionstherapie (GO-Nrn. 525 und 526) zu finden. Für die Kompressionstherapie eines chronisch-venösen Ulcus cruris als sekundär heilende Wunde wäre dann folgende Leistungskombination abzurechnen: GO-Nrn. 2006-200-204. Die GO-Nr. 2006 ist für die Behandlung einer sekundär heilenden Wunde zu berechnen. Dazu kommen bei wiederholten Behandlungen noch die Beratung des Patienten nach GO-Nr. 1 und die symptombezogene Untersuchung nach GO-Nr. 5. Werden Nekrosen im Zusammenhang z. B. der Therapie des diabetischen Fußes abgetragen, findet sich im Abschnitt L – Chirurgie der GOÄ die Gebühr nach GO-Nr. 2065. Die weitere Suche nach Leistungen der Kompressionstherapie führt Sie dann noch zum Abschnitt E – Physikalisch-medizinische Leistungen der GOÄ. Hier zumindest gibt es zwei Gebühren speziell für die intermittierende apparative Kompressionstherapie. Die Gebühr nach Nr. 525 rechnen Sie für die intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität ab, die Nr. 526 für die intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten. Weitere spezielle diagnostische Leistungen finden sich dann noch im Abschnitt F – Innere Medizin der GOÄ. Hier sind vor allem die Venenverschlussplethysmographie (GO-Nr. 641 und 642) sowie die Untersuchungen der peripheren Druck- oder Strömungsmessung (GO-Nr. 643) und die direktionale Ultraschall-doppleruntersuchung nach GO-Nr. 644 zu finden. Für die Ultraschall-doppleruntersuchung als solches sind daneben die Gebühren für die Ultraschalluntersuchung eines oder mehrerer Organe nach den GO-Nrn. 410 und 420 zusätzlich zu berechnen.

Korrespondenzadresse  
 Dr. Dr. Peter Schlüter  
 Am Sonnenhang 19  
 76684 Tiefenbach  
 E-Mail: info@vita-lco.de



C. Willen

Mit freundlicher Unterstützung des  
 Medical Data Institute.  
 www.md-institute.com