

Privatliquidation

Direkte MRT-Arthrographien: Was ist abrechnungsfähig, was nicht?

Im Zusammenhang mit ambulant erbrachten direkten MRT-Arthrographien fallen etliche Leistungen und Kosten an – so auch die für den Einsatz von spezifischen Kontrastmitteln wie ARTIREM®. Entsprechend sind bei der Privatliquidation viele Besonderheiten zu beachten. Welche, das wird nachfolgend anhand des typischen Ablaufs bei MRT-Arthrographien dargestellt.

Überprüfung der Indikation nicht eigenständig abrechenbar

Die vor der Arthrographie erfolgende Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist keine eigenständig berechenbare Leistung. Die **allgemeine Bestimmung Nr. 5** vor dem gesamten Abschnitt O der GOÄ gilt auch für den Abschnitt O III (MRT), obwohl die MRT-Untersuchung keine „Röntgenuntersuchung“ ist. Ebenso ist eine Erläuterung des technischen Ablaufs der Untersuchung keine eigenständig berechenbare Leistung. Damit ist aber die Berechnung einer Beratung (Nr. 1 GOÄ) neben dem MRT nicht ausgeschlossen.

Anamnese, Beratung, Untersuchung

Die Beratung/Anamnese ist dann berechenbar, wenn sie nicht der Indikationsüberprüfung oder der Erläuterung des technischen Ablaufs dient. Dies gilt zum Beispiel

- für eine Anamnese, die für die Beurteilung der Befunde erforderlich ist (etwa hinsichtlich eines Trauma-Verlaufs oder Vorerkrankungen),
- für die bei Verwendung von Kontrastmitteln notwendige Beratung zu eventuell auftretenden nicht „normalen“, unerwünschten

Reaktionen oder eventuellen Einschränkungen der Verkehrstüchtigkeit.

Bei Verwendung von Kontrastmitteln ist es deshalb regelmäßig möglich, dafür eine Beratung nach **GOÄ-Nr. 1** abzurechnen. Im Hinblick auf mögliche Einwände empfiehlt es sich, die Durchführung und den Inhalt der Beratung deutlich zu dokumentieren. Eine Anamnese hinsichtlich Implantaten, früheren Kontrastmittelunverträglichkeiten, vorbestehenden Erkrankungen und ähnliches hingegen fallen unter „Überprüfung der Indikation“ und sind somit nicht gesondert berechnungsfähig.

Klinische Untersuchungen müssen wie Beratungen und Anamnesen eine Indikation außerhalb der Überprüfung der Indikation und zur Durchführung der Untersuchung aufweisen. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Vorerkrankungen eine daraufhin gezielte Untersuchung erfordern. Im Gegensatz zur Beratung ist die klinische Untersuchung vor Durchführung der direkten Arthrographie deshalb nicht regelhaft berechenbar. Wenn doch, trifft dafür GOÄ-Nr. 5 (Symptombezogene Untersuchung) zu, seltener GOÄ-Nr. 7 (Vollständige körperliche Untersuchung ...).



von Dr. med. Bernhard Kleinken,
Pulheim

Infiltrationsanästhesie

Die vor der Punktion erfolgende Lokalanästhesie ist eigenständig berechenbar, da sie nicht mit derselben Nadel und Einstich erfolgt wie die nachfolgenden Kontrastmitteleinbringungen. Berechenbar ist dafür je nach Größe des Bezirks die GOÄ-Nr. 490 oder die Nr. 491. Meistens ist Nr. 491 GOÄ zutreffend. Grund: Dort, wo der Bezirk eventuell kleiner ist (an der Hand), ist eine Anlehnung an die EBM-Bestimmung Nr. 4.3.7 statthaft, die Vorgaben für „klein“ bzw. „groß“ definiert. Diese sind bei privaten Kostenerstatern weitgehend akzeptiert. Demnach ist der Begriff „klein“ am Kopf und an den Händen nicht anzuwenden.

Die Kosten für das verwendete Lokalanästhetikum können gemäß **§ 10 GOÄ** als Auslage in Rechnung gestellt werden.

Vorangehende Darstellung mit jodhaltigem Kontrastmittel

Die Punktion mit Einbringung des Kontrastmittels ist nach der **GOÄ-Nr. 373** berechenbar. Die Kosten des Kontrastmittels sind nach § 10 GOÄ als Auslage berechenbar.

Die Durchleuchtung (**GOÄ-Nr. 5295**) eigenständig abzurechnen, ist jedoch „heikel“: Die allgemeine Bestimmung vor dem Abschnitt C IV der GOÄ schließt „Kontroll-Durchleuchtungen“ als „Bestandteil der Leistung“ von der eigenständigen Berechenbarkeit aus. Erfolgt sie also „lediglich“ zur Kontrolle des korrekten Sitzes der Nadel und des Zielortes, ist sie als „Hilfsleistung“ nicht berechenbar.

Abrechnungsfähig ist sie jedoch, wenn sie eine eigenständige Indikation aufweist. Dafür ist eine über die Lagekontrolle hinausgehende diagnostische Aussage entscheidend. In diesem Sinne hat der Bundesgerichtshof zur Berechenbarkeit der GOÄ-Nr. 5295 im Rahmen einer HWS-Operation entschieden (BGH-Urteil vom 21.12.2006, Az. III 117/06). Das Urteil ist voll übertragbar. Es versteht sich, dass die diagnostische Aussage klar dokumentiert sein sollte.

Arthrographie

Die Einbringung des paramagnetischen Kontrastmittels kann wiederum mit der GOÄ-Nr. 373 berechnet werden. Zwar ist nach der allgemeinen Bestimmung vor Abschnitt C IV die Punktion Bestandteil der Kontrastmitteleinbringung und es erfolgt auch keine neue Punktion, aber es ist eine „Kontrastmitteleinbringung“. Und im Gegensatz zu Infusionsleistungen im Abschnitt C II der GOÄ wird hier die Berechenbarkeit nicht auf „nur einmal je Behandlungstag“ begrenzt und auch keine Punktion verschiedener Gefäße (GOÄ-Nrn. 271 und 272) verlangt.

Schließlich enthält die GOÄ zu Nr. 373 keine Beschränkungen der Mehrfachberechenbarkeit wie zum Beispiel zu den Nrn. 351 ff. Aus

Sicht des Verfassers ist daraus zu schließen, dass die Nr. 373 auch ohne erneute Punktion mehrfach berechenbar ist. Das gilt auch für „fraktionierte“ Einbringungen für verschiedene Serien. Zu empfehlen ist, die Vereinfachung der Leistung bei bereits liegender Kanüle in Anlehnung an die GOÄ-Nr. 347 mit Ansatz der halben Gebührenhöhe (Faktor 1,2) zu berücksichtigen. Allerdings ist die Mehrfachberechnung umstritten – eine schlüssige Gegendarstellung ist dem Verfasser aber nicht bekannt.

Die MRT-Untersuchung ist in diesem Zusammenhang nach **GOÄ-Nr. 5729** berechnungsfähig. Selbst bei Untersuchung zum Beispiel der Kniegelenke (beidseits) kommt die Nr. 5730 nicht infrage, denn sie würde die Darstellung einer Extremität mit Darstellung mindestens zweier großer Gelenke verlangen. Dabei kann man nicht medizinisch argumentieren, zum Beispiel mit den verschiedenen Gelenken des Knies oder der Schulter. Hier zählt die GOÄ-Terminologie, die vom „Kniegelenk“ oder „Schultergelenk“ spricht. Aus diesem Grund kommt auch Nr. 5720 für die Untersuchung des Hüftgelenks nicht infrage.

Da die GOÄ-Nr. 5729 je Sitzung nur einmal berechnungsfähig ist, kann die Untersuchung der kontralateralen Seite oder eines zweiten Gelenks nur über die Erhöhung des Faktors (zu Nr. 5729 bis 2,5-fach) berücksichtigt werden. Auch die ergänzenden Serien nach GOÄ-Nr. 5731 sind in der Berechenbarkeit auf nur einmal je Sitzung begrenzt, ebenso die Zuschläge für eventuelle Spulen- oder Positionswechsel nach GOÄ-Nr. 5732 und der 3D-Zu-

schlag nach GOÄ-Nr. 5733. Der Höchstwert nach GOÄ-Nr. 5735 kommt hier nicht zum Tragen, weil die eventuellen Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 5731 bis 5733 nicht in den Höchstwert einfließen.

Untersuchungssplitting

Die nur einmalige Berechenbarkeit der GOÄ-Nr. 5729 ist im Grunde unsinnig (die Leistung wird ja zweimal erbracht) und hat einzig den Zweck der Honorarbegrenzung. Die Versuchung ist deshalb groß, die Untersuchungen in verschiedenen Sitzungen (hier an verschiedenen Tagen) zu erbringen.

Davor muss gewarnt werden: § 1 Abs. 2 GOÄ erlaubt nur die Abrechnung medizinisch notwendiger Leistungen – die Ausnahme „auf Verlangen“ ist hier nicht relevant. Die Verteilung der Untersuchungen auf verschiedene Termine ist jedoch nur in Ausnahmefällen „medizinisch notwendig“. Wurde sie zur Umgehung der Abrechnungsbestimmung vorgenommen, kann nicht nur das Honorar verweigert oder für bis zu drei Jahre rückwirkend zurückgefordert werden, es kann auch der Vorwurf des Abrechnungsbetrugs erhoben werden.

Eine medizinische Notwendigkeit des Trennens der Untersuchungen muss gut dokumentiert werden. Hingewiesen sei auf das Urteil des LG Düsseldorf vom 5. Januar 2012 (Az. 21 S 158/10). Dort wurde die bei Abdomen- und Becken-MRT erforderliche Liegedauer von etwa einer Stunde zwar vom Sachverständigen als problematisch bezeichnet, es mangelte aber daran, dass die Unverträglichkeit beim betreffenden Patienten vom Arzt nicht nachgewiesen werden konnte.

Monitoring oder individuelle Diagnostik

Die routinemäßige Überwachung des Patienten im MRT-Gerät durch Beobachtung und Messung, zum Beispiel durch Fingerclip-Messung des pO₂ (**GOÄ-Nr. 614**), ist als Monitoring nicht eigenständig berechenbar. Hier gilt wieder das Prinzip, dass die Leistungen eine gegenüber der routinemäßigen Überwachung zur Durchführung der MRT-Untersuchung eigenständige Indikation haben müssen. Das ist zum Beispiel bei entsprechenden Vorerkrankungen oder anamnestischen Auffälligkeiten des Patienten der Fall.

Liegt eine patientenindividuelle Indikation (zum Beispiel Asthma bronchiale) vor und ist die entsprechende Diagnostik (je nach Risikosituation zum Beispiel auch ein EKG) in Hinblick auf die besondere Risikosituation gesondert befundet, ist die Leistung eigenständig berechenbar. Auf eine gute Dokumentation ist zu achten. Hilfreich ist, die Indikation für die entsprechenden Leistungen bereits bei den Diagnoseangaben in der Rechnung zu berücksichtigen (Vorerkrankungen oder Risikofaktoren anführen).

Kosten für Kontrastmittel und anderes Material

An verschiedenen Stellen dieses Beitrags wird auf die Berechenbarkeit von Auslagen gemäß **§ 10 GOÄ** hingewiesen. Zu beachten ist, dass nur die tatsächlich für das Material gezahlten Beträge ansetzbar sind. Beschaffungs-, Lager- und Entsorgungskosten sind nicht berechenbare Praxiskosten. Rabatte jeglicher Art sind an den Patienten weiterzuge-

ben. Jeder Aufschlag verstößt gegen die GOÄ-Bestimmungen und könnte zum Vorwurf des Abrechnungs Betrugs führen. Ein Skonto im üblichem Rahmen (3 Prozent) hingegen darf beim Arzt verbleiben.

Wird ein Material für die Untersuchung nicht vollständig verbraucht, dürfen trotzdem die Kosten für die ganze Einheit in Rechnung gestellt werden, wenn der Rest nicht anderweitig verwendbar ist (zum Beispiel der Inhalt einer Ampulle ARTIREM® bei Untersuchung nur eines Handgelenks).

Verbände

Die Berechnung der GOÄ-Nr. 200 ist neben Punktionen ausgeschlossen. Ein gegebenenfalls erforderlicher Kompressionsverband ist jedoch nach **GOÄ-Nr. 204** berechenbar, dessen Kosten wieder als Auslage nach **§ 10 GOÄ**.

Abschlussberatung

Eine bloße Erläuterung des Befunds ist keine „Beratung“ im Sinne der GOÄ und mit der Gebühr für die MRT-Untersuchung abgegolten. Wird jedoch zum Beispiel zu Plausibilitäten mit der klinischen Diagnose oder therapeutischen Konsequenzen beraten, ist dies nach **GOÄ-Nr. 1** berechenbar. Hier ist aber zu beachten, dass diese Ziffer (wie auch GOÄ-Nr. 5) neben Leistungen ab GOÄ-Nr. 200 aufwärts nur einmal im Behandlungsfall und im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontakts nur einmal berechenbar ist – also kein zweites Mal, wenn schon vor der Untersuchung eine Beratung erfolgte. Zu beachten ist auch, dass bei Überweisungsleistungen die Beratung zu klinischen Schlussfolgerungen in der Regel Sache des überweisenden Arztes ist.

Nachbeobachtung

Die Nachbeobachtung in der Praxis durch Praxispersonal ist keine eigenständig berechenbare Leistung. Auch wenn die Nachbeobachtung durch den Arzt erfolgte, löst das in der Regel keine weitere berechenbare Leistung aus. Nr. 56 GOÄ würde ein „dynamisches Zuwarten“ des Arztes beim Patienten von mindestens einer halben Stunde Dauer erfordern, ohne dass in dieser Zeit andere Leistungen erbracht würden. Erfolgen in dieser Zeit Beratungen und/oder Untersuchungen durch den Arzt, wären das berechenbare Leistungen (**GOÄ-Nrn. 1 und 5**). Dann sind aber wieder die zuvor genannten Abrechnungsbeschränkungen zu diesen Ziffern zu beachten.

Sind wegen Auffälligkeiten andere Leistungen erforderlich (zum Beispiel eine Injektion von Antihistaminika und/oder Corticoiden bis hin zur Wiederbelebung), sind das eigenständig berechenbare Leistungen. Bei i.v.-Infusionen nach den **GOÄ-Nrn. 271 und 272** ist aber zu beachten, dass diese bei gleichem Gefäßzugang nicht jeweils zweimal berechenbar sind.

Arztbrief

Grundsätzlich ist ein Arztbrief (**GOÄ-Nr. 75**) auch zu MRT-Untersuchungen berechenbar. Ein Arztbrief erfordert aber mehr als Ausführungen nur zu Aspekten des aktuellen Geschehens. Er erfordert anamnestisch eine Art „Längsschnitt“ durch den Krankheitsverlauf und eine epikritische Bewertung. Bei Auftragsleistungen zu Gelenk-MRT ist das durch den Radiologen in der Regel nicht erforderlich.