

NEUER GOÄ-KOMMENTAR FÜR ZAHNÄRZTE

## Neuer GOÄ-Kommentar der BZÄK zu häufig abgerechneten ärztlichen Leistungen (Teil 2)

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat als Ergänzung zu dem bereits seit 2012 bestehenden Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einen Kurzkomentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 2002 veröffentlicht (siehe auch AAZ 10/2017, Seite 2 ff.). In Teil 2 dieses Beitrags geht es um Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen außerhalb der Sprechstunde, um Konsiliartätigkeit und Besuche.



SIEHE AUCH

Teil 1 in  
AAZ 10/2017, Seite 2 ff.

### Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen

Die GOÄ enthält für Beratungen und Untersuchungen Zuschläge nach den Buchstaben A bis D und K1:

#### ■ Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen

| Zuschlag | Leistungslegende   | Euro  |
|----------|--|-------|
| A        | Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen   | 4,08  |
| B        | Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen | 10,49 |
| C        | Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen  | 18,65 |
| D        | Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen  | 12,82 |
| K1       | Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr             | 6,99  |

#### BZÄK zu Zuschlag A

Die BZÄK kommentiert, dass der Zuschlag A nicht als Zuschlag für eine Leistung berechenbar sei, die nach Vereinbarung unmittelbar direkt an die reguläre Sprechstunde angrenzt. In zeitlichem Abstand zur eigentlichen Sprechstunde sei der Zuschlag berechenbar, z. B. am sonst sprechstundenfreien Mittwochnachmittag.

Gemäß den Abrechnungsbestimmungen ist der Zuschlag A neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Krankenhausärzte können Zuschlag A gar nicht berechnen. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrunde liegende Leistung aufzuführen und jeweils nur einmal je Sitzung abrechenbar.

**PRAXISHINWEIS** | Der entscheidende Unterschied zwischen dem privat Zahnärztlichen und dem vertrags Zahnärztlichen Bereich bei „zur Unzeit“ erbrachten Zahnärztlichen Leistungen ist: Dem Vertrags Zahnarzt steht als Zuschlag für GKV-Patienten immer nur die BEMA-Nr. 03 (Zu) für Leistungen zur Verfügung, die in der Praxis außerhalb der Sprechstunde erbracht werden. Im privat Zahnärztlichen Bereich hingegen kann der Zahnarzt differenzieren und das Zuschlagssystem anwenden – allerdings nur im Zusammenhang mit Beratungen und Untersuchungen nach den GOÄ-Nrn. 1, 3, 4, 5 oder 6.

Zuschlag A nicht bei an die Sprechstunde angrenzenden Leistungen

Bei GKV-Patienten nur ein Zuschlag – die BEMA-Nr. 03

### ■ Beispiel: Schmerzpatient im eingeteilten Notfalldienst

| Datum  | Leistung  | GOZ/GOÄ | BEMA        |
|--------|---|---------|-------------|
| 21.10. | Patient erscheint samstags um 11:00 Uhr in der Praxis: Schwellung UK links                          | -       | -           |
|        | Symptombezogene Untersuchung: Abszess regio 36; Zahn zerstört; muss in Folgesitzung entfernt werden | Ä5      | Ä1          |
|        | Zuschlag  | D       | 03 (Zu)     |
|        | Beratung; Information und Aufklärung über chirurgische Eingriffe                                    | Ä1      | -           |
|        | Leitungsanästhesie  | 0100    | 41a (L1)    |
|        | Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses, Tamponade eingelegt                                      | Ä2428   | Ä161 (Inz1) |
| 21.10. | Anruf des Patienten um 21:30 Uhr: Schmerzen noch vorhanden  | D + B   | 03 (Zu)     |
|        | Telefonische Beratung: weiter kühlen! WV beim Hauszahnarzt!   | Ä1      | Ä1          |
| 28.10. | Patient erscheint erneut im Notdienst. Samstag 10:00 Uhr; Zahn noch in situ                         | -       | -           |
|        | Zuschlag  | -       | 03 (Zu)     |
|        | Sensibilitätsprüfung  | 0070    | 8 (ViPr)    |
|        | Röntgenaufnahme   | Ä5000   | Ä925a (Rö2) |
|        | Leitungsanästhesie  | 0100    | 41a (L1)    |
|        | Entfernung eines mehrwurzeligen Zahns   | 3010    | 43 (X2)     |
|        | Information zum weiteren Prozedere: WV zur Wundkontrolle  | -       | -           |
| 29.10. | Kontrolle nach chirurgischem Eingriff   | 3290    | -           |
|        | Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (Wunde gereinigt)  | 3300    | 38 (N)      |
|        | Beratung zum Umgang mit der Wunde   | -       | -           |
|        | Zuschlag Sonntag  | -       | 03 (Zu)     |

#### Erläuterungen zum 21.10.

Der Zuschlag Nr. D kann abgerechnet werden, weil anlässlich dieser Sitzung eine symptombezogene Untersuchung im Sinne der GOÄ-Nr. 5 stattfindet.

In der zweiten Sitzung am 21.10. wird die Beratung abgerechnet, weil sie die alleinige Leistung darstellt. Die Zuschläge gelten diesbezüglich nicht als zahnärztliche Leistung, die eine Abrechnung der Beratung verhindern würde.

#### Erläuterungen zum 28.10.

In dieser Sitzung kann der Zuschlag privat nicht abgerechnet werden, weil weitere therapeutische Leistungen erfolgen und somit weder eine GOÄ-Nr. 1 noch eine Nr. 5 abgerechnet wird.

Sinngemäß gilt dies auch für die Sitzung am 29.10. Im BEMA hingegen ist die Nr. 03 in jeder Sitzung außerhalb der Sprechstunde ansatzfähig, auch ohne dass Untersuchungs- bzw. Beratungsleistungen erbracht werden, und auch neben therapeutischen Leistungen.

### GOÄ-Nr. 34 – Spezielle Beratung

Die BZÄK weist in ihrem Kommentar darauf hin, dass der Verordnungsgeber für die Berechnungsfähigkeit der Beratung bei lebensbedrohlichen bzw. lebensverändernden Erkrankungen nach GOÄ-Nr. 34 eine Reihe von Voraussetzungen geschaffen habe, die zwingend zu beachten seien.

Kein GOÄ-Zuschlag möglich, ...

... BEMA-Nr. 03 aber schon

Schwere Erkrankung muss vorliegen

### ■ Leistungslegende GOÄ-Nr. 34

„Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen.“

Laut BZÄK muss die Erörterung nach GOÄ-Nr. 34 insbesondere im unmittelbaren Zusammenhang mit der Feststellung der Krankheit oder der erheblichen Verschlimmerung einer Krankheit erfolgen. Diese müsse entweder nachhaltig lebensverändernd oder gar lebensbedrohend sein. Es müsse sich also um sehr schwere Erkrankungen handeln.

Telefonisch dürfe die Leistung nicht erbracht werden, da die Leistungserbringung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung der Erkrankung stehen müsse.

Weitere Ausführungen der BZÄK zur Bedeutung der Begriffe „nachhaltig lebensverändernd“ oder „lebensbedrohend“ münden in der Einschätzung, dass z. B. eine normale Unterkieferfraktur sicher keine „nachhaltige Lebensveränderung“ im Sinne der Leistungslegende der GOÄ-Nr. 34 darstellt. Müsstent jedoch bei einem vollbezahnten bzw. festsitzend versorgten Patienten alle oder die meisten Zähne entfernt und durch eine herausnehmbare Versorgung ersetzt werden, könne die Gebühr berechnet werden.

### GOÄ-Nrn. 50 und 51 – Besuche

Zum Besuch – einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung – nach GOÄ-Nr. 50 führt die BZÄK aus: Diese Leistung kann berechnet werden, wenn ein Besuch eines Patienten im Krankenhaus stattfindet, ohne dass der Zahnarzt Krankenhausarzt oder Belegarzt ist, z. B. weil ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt konsiliarisch hinzugezogen wird. Die GOZ-Nr. 0010 oder die GOÄ-Nr. 6 sowie weitere therapeutische Leistungen können neben der GOÄ-Nr. 50 berechnet werden. Beratungen sowie **symptombezogene** Untersuchungen seien jedoch abgegolten.

**Beachten Sie** | Hier findet sich wieder ein entscheidender Unterschied zum vertragszahnärztlichen Bereich. Dort sind mit der Gebühr für den Besuch (BEMA-Nr. 151) sowohl die Beratung als auch die **eingehende** Untersuchung bereits abgegolten.

### ■ Leistungslegende GOÄ-Nr. 51

„Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung“

Die Definition „derselben häuslichen Gemeinschaft“ erfolgt bei der BZÄK wie folgt: „Wohnen Patienten zwar im gleichen Haus, jedoch in räumlich und wirtschaftlich getrennten Wohneinheiten, besteht nicht dieselbe häusliche

Telefonische  
Leistungserbringung  
nicht möglich

GOÄ-Nr. 50 neben  
GOÄ-Nr. 6 und  
GOZ-Nr. 0010  
berechenbar

BZÄK definiert  
„dieselbe häusliche  
Gemeinschaft“

Gemeinschaft. In diesem Fall wäre die GOÄ-Nr. 50 für verschiedene Patienten berechenbar.“ Eine weitere Differenzierung – wie sie bei der BEMA-Nr. 151 für Besuche mehrerer Patienten in Pflegeeinrichtungen vorgenommen wird (Besuch je weiterem Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung ...) – erfolgt hier nicht.

## GOÄ-Nr. 56 – Verweilgebühr

Das „untätige Verweilen“ nach GOÄ-Nr. 56 ist definiert als: „Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, **je angefangene halbe Stunde**“. Zu dieser Gebührenposition stellt der Kommentar klar, dass die Nr. 56 erst nach dem Ablauf von 30 Minuten abrechenbar ist. Allerdings darf die Nr. 56 bereits danach – also direkt nach Überschreiten von 30 Minuten – zweimal berechnet werden. Dies ergibt sich aus der Abrechnungsbestimmung, wonach die Verweilgebühr nur berechnet werden darf, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt.

Für die Delegation der Überwachung eines Patienten – z. B. nach einer vasovagalen Synkope an die ZFA – ist die Leistung laut BZÄK nicht berechenbar. Es gelte der eingeschränkte Gebührenrahmen.

## GOÄ-Nr. 60 – Konsiliargespräche

Die Leistungslegende zur GOÄ-Nr. 60 lautet: „Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt“. Nach der Abrechnungsbestimmung zur GOÄ-Nr. 60 darf die Leistung nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.

Der Kommentar führt hierzu aus, dass die Leistung von jedem der beteiligten Ärzte/Zahnärzte (z. B. mehrere Zahnärzte, Chirurgen, Kieferorthopäden) berechnet werden könne, sofern sie nicht in der gleichen Einrichtung tätig sind. Eine zeitliche Einschränkung bestehe nicht. Die Leistung könne auch telefonisch erbracht werden.

Die Form der Erbringung sei nicht vorgeschrieben, sodass ggf. statt der GOÄ-Nr. 60 für ein schriftliches Konsil auch die GOÄ-Nr. 75 (Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht) berechnet werden könne, wenn der Leistungsinhalt erfüllt wird. Beide Gebührennummern dürften jedoch für das gleiche Konsil – mit dem gleichen Ansprechpartner – nicht berechnet werden. Neben diesen Leistungen können zusätzlich Portokosten und ggf. Telefongebühren berechnet werden.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der Beitrag wird mit Kommentierungen zu GOÄ-Nummern aus dem chirurgischen Bereich und Leistungen aus dem Bereich der Strahlendiagnostik fortgesetzt.

GOÄ-Nr. 56 erst nach 30 Minuten Verweilen berechenbar – dann aber zweimal!

GOÄ-Nr. 60 kann von verschiedenen beteiligten Ärzten abgerechnet werden



INFORMATION  
Fortsetzung in  
AAZ 12 | 2017