

DER GOÄ-SPIEGEL

Abrechnungshinweise für alle Ärzte

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| Im GOÄ-Spiegel greifen wir Fragestellungen aus GOÄ-Seminaren und Leserzuschriften auf. |

KVB-Patienten und Beihilfe

Folgender Fall wurde uns berichtet: Einem Bahnbeamten wurden Leistungen mit 2,3-fachem Faktor berechnet. Die Beihilfe wollte dann nur den 2,2-fachen Satz erstatten. Ob sie das darf, hängt von den näheren Umständen ab.

Nach dem Vertrag der KBV mit der KVB werden bei den Beitragsklassen I bis III Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E und O (sogenannte „technische Leistungen“) bis zum 1,8-fachen Faktor erstattet, Laborleistungen bis 1,15-fach und die sogenannten „ärztlichen Leistungen“ bis 2,2-fach.

Damit der Patient ein Anrecht auf die Rechnungsstellung nach diesen Sätzen hat, muss er sich vor der Behandlung bei seinem Arzt ausweisen. Möchte der Arzt dann doch höhere Sätze berechnen, muss er den Patienten darüber schriftlich informieren. Dabei ist aber zu bedenken, dass vertragsärztlich tätige Ärzte in der Regel durch ihre KV-Mitgliedschaft an das Einhalten der im Vertrag genannten Faktoren gebunden sind. Aber auch, wenn nicht: Die meisten Ärzte richten sich sozusagen „selbstverständlich“ nach dem Vertrag, weil sie den Patienten nicht durch Selbstzahlung der Differenz zwischen Erstattung und Rechnungsbetrag belasten (und ggf. verärgern) wollen. Hat der Patient sich nicht ausgewiesen, hat er kein Anrecht auf die Einhaltung der Faktoren.

PRAXISHINWEIS | Um nachträgliche Wünsche auf Minderung der Rechnung und eventuelle Auseinandersetzungen zu vermeiden, sollte man generell vor der Behandlung (zumindest neue) Privatpatienten fragen, ob sie in einem Sondervertrag versichert sind und ob sie ggf. einen Mitgliedsausweis haben (das betrifft ja auch z. B. den Basistarif oder die studentische PKV). So verhindert man auch, dass ein Patient sagt „KVB-versichert“, der in der Beitragsklasse IV ist. Dort sind die normalen GOÄ-Sätze (auch mit Steigerung) berechenbar.

Fazit | Die Beihilfe kann zum „Trittbrettfahrer“ einer in den Faktoren geminderten Arztrechnung werden. Welche Faktoren berechnet werden (und damit die Höhe der Erstattung der Beihilfe) wird aber zwischen Arzt und Patient bestimmt, nicht von der Beihilfe.

Konsil mit Krankenhausärzten

Ein Leser fragt, ob es stimme, was ein Kollege aus einem GOÄ-Seminar berichtet habe: Nr. 60 GOÄ (Konsil) sei bei Privatpatienten auch für Telefonate mit Krankenhausärzten berechenbar.



KVB-Patient muss sich zu erkennen geben ...

Neue Patienten immer nach Besonderheiten fragen

Nr. 60 GOÄ auch für Telefonate mit Krankenhausärzten?

Voraussetzungen,
die in der Regel
automatisch erfüllt
sind

Grundsätzlich ist dies möglich. Aber man muss verschiedene Voraussetzungen beachten:

- **Es muss sich wirklich um ein Konsil handeln.** Ein Konsil ist die Abstimmung von Ärzten hinsichtlich Therapie oder Diagnostik bei einem Patienten. Weder eine Terminvereinbarung, noch die bloße Information über Befunde oder bisherige Therapien erfüllen das. Es muss schon „erörtert“ werden, z. B. die Notwendigkeit weiterer vorstationärer Untersuchungen, die Einstellung medikamentöser Therapie oder die Weiterbehandlung von Begleiterkrankungen während des stationären Aufenthalts des Patienten.
- Und selbstverständlich muss auch eine **medizinische Notwendigkeit** für das Konsil gegeben sein, es darf sich nicht nur um einen „Routineanruf“ zur Pflege der gegenseitigen Beziehung handeln.
- Weiter muss das Konsil in einem **zeitlichen Zusammenhang** (bis zu einigen Wochen) mit dem Zeitraum stehen, in dem sich der Arzt persönlich mit dem Patienten befasst hat. Eine „Fachdiskussion“ mit dem Krankenhausarzt z. B. über Befunde ohne eine stationäre Behandlung des Patienten in nahem Zeitraum würde nicht ausreichen.

So kompliziert das alles vielleicht erscheinen mag, in der Regel sind das ohnehin erfüllte Voraussetzungen – nicht nur vorstationär, sondern auch für Konsile anlässlich der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus.

Chefarzt oder sein
Vertreter muss
Gesprächspartner
sein

Schließlich gilt es aber noch eine Formalie zu beachten: Die GOÄ verlangt, dass das Konsil entweder mit dem liquidationsberechtigten Arzt (das ist in der Regel der Chefarzt der Abteilung) oder seinem „ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter“ erbracht wurde. Letzteres ist der Arzt, der im Wahlleistungsvertrag des Patienten als Vertreter des Chefarztes benannt ist. Den kann der niedergelassene Arzt naturgemäß vor einer stationären Behandlung nicht kennen (der Wahlleistungsvertrag wird ja erst noch abgeschlossen), vor der Entlassung könnte man danach fragen. Bisher sind dazu aber noch keine Einwände von Kostenträgern bekannt (wahrscheinlich wegen des hier unangemessen hohen Aufwands von Nachfragen). In der Praxis wird vereinfacht davon ausgegangen, dass das Konsil, wenn nicht mit dem Chefarzt, mit einem der Oberärzte erfolgen sollte.

Nutzungsgebühren für OP-Saal

... sind nicht als
Auslagenersatz
berechenbar

Ambulant operierende Ärzte nutzen häufig von Anästhesisten oder anderen Ärzten zur Verfügung gestellte OP-Säle und zahlen dafür eine Nutzungsgebühr. Diese Gebühr ist leider nicht gegenüber dem Patienten als Auslagenersatz berechenbar. Nach der GOÄ-Systematik sind das nicht gesondert berechenbare Praxiskosten. Für die Berechenbarkeit der Zuschläge für ambulante Operationen (Nrn. 440 ff. GOÄ) ist aber unerheblich, ob die Operation in der eigenen Praxis oder in einer Fremdpraxis (oder in einem Krankenhaus) erfolgt. Eventuell lohnt es sich zu prüfen, ob in die Nutzungsgebühr auch Materialien einkalkuliert sind, welche nach § 10 GOÄ berechenbar wären. Die könnte man dann herausrechnen, selber bezahlen und als Auslage nach § 10 GOÄ berechnen.