

Mehr Honorar durch Faktorsteigerung

Praxistipps, Beispiele, Formulierungshilfen

Faktorsteigerung

Der Gebührenrahmen in der GOÄ – § 5.....	1
GOÄ-Faktoren steigern: Etwas Mühe lohnt sich.....	3
Höherer Faktor: Mit guter Begründung Einwänden vorbeugen	6
Höherer Faktor: Beispiele für mögliche Gründe.....	9
Nr. 1 GOÄ: Häufig mit höherem Faktor abrechenbar.....	12
Aufwendige Untersuchungen richtig steigern.....	14
GOÄ-Faktor 3,5 ist keine absolute Obergrenze	16
Die Abdingung – Tipps zur Durchführung und Musterschreiben	17
Den Steigerungsfaktor richtig in Rechnung stellen.....	18

Analogabrechnung

Die korrekte Abrechnung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren in der GOÄ	20
--	----





Bernd Kleinmanns
Stellv. Chefredakteur

Liebe Leserin, lieber Leser,

die Kombination aus Stillstand bei der GOÄ-Reform und einer Inflation von rund acht Prozent im Jahr 2022 hat ein Umdenken bei Ärztevertretern ausgelöst. Die Möglichkeiten, das Honorar im Rahmen der GOÄ voll auszuschöpfen, wird inzwischen offensiv empfohlen.

Schon Ende Mai 2022 hat der Ärztetag in Bremen beschlossen, dass die Bundesärztekammer über „die rechtskonforme Möglichkeit der Anwendung besonderer Honorarvereinbarungen (sog. Abdingung) mit höheren Steigerungsfaktoren als dem 2,3-fachen Regelsteigerungssatz nachhaltig zu informieren“, sofern die GOÄneu nicht kommen sollte. Einen ähnlichen Beschluss hat im November 2022 die Ärztekammer Nordrhein gefasst. Die Mitglieder sollen über die Möglichkeiten beraten werden, bei der Abrechnung nach GOÄ höhere Honorare zu erzielen. Die Freie Ärzteschaft bezeichnet die GOÄ-Reform bereits als gescheitert und ruft dazu auf, den Inflationsausgleich durch den Ansatz höherer Faktoren selbst zu machen.

Wie es funktioniert, den Inflationsausgleich selbst zu machen, erfahren Sie in dieser Sonderausgabe, angefangen mit den Grundlagen zum Gebührenrahmen der GOÄ (ab Seite 1) und den Möglichkeiten der Faktorsteigerung (ab Seite 3) über Tipps zur Begründung (ab Seite 6) sowie konkrete Beispiele für Begründungen (ab Seite 9) bis hin zur Abdingung (ab Seite 16).

Zudem finden Sie wertvolle Hinweise zur korrekten Analogabrechnung gemäß GOÄ (ab Seite 20), die zunehmend erforderlich wird, weil die GOÄ die moderne Medizin immer weniger abbildet.

Ich wünsche Ihnen viel Nutzen aus dieser Sonderausgabe – für Ihr Honorar!

Herzliche Grüße

Bernd Kleinmanns
Stellvertretender Chefredakteur

PS: Lassen Sie sich von **AAA Abrechnung aktuell** auch in Zukunft begleiten. Bleiben Sie über neue EBM-Positionen, GOÄ-Tipps und HZV-Optionen auf dem Laufenden, damit Sie Ihr Arzthonorar voll ausschöpfen, und zwar Monat für Monat mit dem gedruckten Heft, rund um die Uhr im Online-Angebot inkl. der myIWW-App sowie durch die kostenlose Inanspruchnahme unseres Abrechnungs-Leserservice, bei dem wir Ihre Abrechnungsfragen individuell beantworten (E-Mail an aaa@iww.de). Testen Sie uns!

REFRESHER

Der Gebührenrahmen in der GOÄ – § 5

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Östringen-Tiefenbach

§ 5 GOÄ regelt die Bemessung der Gebühren. Darin sind die Grundlagen für den Gebührenrahmen, die Faktorerhöhung, Begründung und Begründungsschwelle festgelegt. AAA will Sie mit dem folgenden Beitrag für einen Umgang mit dem Steigerungssatz sensibilisieren, der zu einer tatsächlichen Kostendeckung führt – was bei einem routinemäßigen Ansetzen des 2,3-fachen Satzes nicht immer gegeben sein muss. |

Die Basics

Gebührenrahmen, Regelsatz, Höchstsatz, Schwellenwert – alles Begriffe aus der GOÄ, die häufig für Verwirrung sorgen, die Sie jedoch im Rahmen der GOÄ-Abrechnung zwingend beherrschen sollten.

■ Grundbegriffe zur Bemessung der Gebühren nach der GOÄ

Gebührensatz	Betrag, der sich aus der Multiplikation der Punktzahl einer Leistung mit dem Punktwert der GOÄ von 5,82873 Cent ergibt.
Gebührenrahmen	Gebührenspreize, nach welcher der Gebührensatz nach billigem Ermessen erhöht werden kann.
Mindestsatz	Faktor 1,0 – ein niedriger Faktor ist wegen Bestimmungen zum Schutz gegen für „unlauteren Wettbewerb“ nicht erlaubt.
Höchstsatz	Faktor der auch mit Begründung nicht überschritten werden darf.
Begründungsschwelle (= Schwellenwert)	Innerhalb des Gebührenrahmens ist ein Grenzwert festgelegt, ab dem die Faktorerhöhung begründet werden muss.
Faktor	Der auf den Gebührensatz angewendete Multiplikator.

■ Die Gebührensätze der GOÄ

Leistungen	Gebührenrahmen	Schwellenwert	Höchstsatz
Persönliche Leistungen	1,0 – 3,5	2,3	3,5
Technische Leistungen	1,0 – 2,5	1,8	2,5
Laborleistungen	1,0 – 1,3	1,15	1,3

Was sagt mir der Gebührensatz?

In der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) sind für die einzelnen Leistungen Gebühren angegeben. Diese Gebühren sind im Gebührenverzeichnis in Punkten bewertet. Der Gebührensatz ergibt sich aus der Multiplikation der Punktzahl einer Leistung mit dem Punktwert von 5,82873 Cent. Sprachlich



Keine Unterschreitung des Mindestsatzes

Die Punktwerte

etwas korrekter wäre der Ausdruck „Einfacher Gebührensatz“. Es hat sich jedoch der Begriff Gebührensatz, wie er auch in § 5 GOÄ definiert ist, durchgesetzt.

Was versteht man unter Gebührenrahmen?

Schon im ersten Satz von § 5 GOÄ ist zu lesen: „Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.“

Absatz 2 des § 5 GOÄ beginnt mit dem Begriff „Gebührenrahmen“, der sich auf den Bereich des in Absatz 1 genannten Gebührensatzes bezieht: vom „Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes“. Dieser Gebührenrahmen (1,0 – 3,5-fach) bezieht sich nur auf ärztliche Leistungen. Für technische Leistungen sowie für Laborleistungen ist jeweils ein anderer Gebührenrahmen vorgeschrieben: Für technische Leistungen 1,0 bis 2,5-fach und für Laborleistungen 1,0 bis 1,3-fach.

Gebührenrahmen

	GOÄ	A, E, O (technisch)	M (Labor)	Übrige (ärztlich)
Gebührenrahmen	§ 5	1,0 bis 2,5	1,0 bis 1,3	1,0 bis 3,5
Schwellenwert	§ 5	1,8	1,15	2,3
Höchstsatz	§ 5	2,5	1,3	3,5
Standardtarif	§ 5 b	1,38	1,16	1,8
Basistarif	§ 75 SGB V	1,0	0,9	1,2

Der Steigerungsfaktor

Innerhalb des Gebührenrahmens für persönliche Leistungen (1,0- bis 3,5-fach) existiert ein Schwellenwert, auch als Begründungsschwelle bezeichnet. Dieser liegt für persönliche Leistungen beim 2,3-fachen Satz. Bei Gebühren, die mit einem darüber liegenden Faktor zwischen 2,3 und 3,5 berechnet werden, muss eine schriftliche Begründung (für jede einzelne Gebühr) angegeben werden. Aus dieser Begründung muss sich die Schwierigkeit der jeweiligen Leistung und/oder der besondere Zeitaufwand der einzelnen Leistung und/oder die Umstände bei der Ausführung ergeben.

Aus der Regelung im zweiten Teil des § 5 Absatz 2 GOÄ, durch die ein Schwellenwert eingeführt wird, der bei mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand nicht überschritten werden darf, ergibt sich eine Spanne für die „persönlichen Leistungen“ vom 1- bis 2,3-fachen des im Gebührenverzeichnis genannten Gebührensatzes.

Der Bundesgerichtshof hat klargestellt, dass es rechtlich nicht zu beanstanden ist, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3-fachen bzw. dem 1,8-fachen Gebührensatz, abrechnet (Urteil vom 8.11.2007, Az. III ZR 54/07). Lesen Sie dazu ausführlich auch Ausgabe 12/2007 von AAA.

ARCHIV



Hier mobil
weiterlesen
(AAA)



GEBÜHRENBEMESSUNG

GOÄ-Faktoren steigern: Etwas Mühe lohnt sich

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

! Niedergelassene Ärzte rechnen weit seltener Leistungen mit höheren (über 2,3- bzw. 1,8-fach) Faktoren ab als Krankenhausärzte. Dabei ist besonders die Zurückhaltung von **Haus- und Kinderärzten** auffällig. Verständlich ist das, denn die Berechnung höherer Faktoren erfordert etwas Mühe, um nicht mit Einwänden von Patienten konfrontiert zu werden, deren Kostenträger den (höheren) Faktor monieren oder die wegen ihrer Selbstbeteiligung in der Versicherung erklärt haben möchten, warum „das nun teurer geworden“ wäre... !

Bislang ungenutztes Honorarpotenzial heben

Als niedergelassener Arzt, der von höheren GOÄ-Faktoren Abstand nimmt, sollte man sich vor Augen halten, dass man durch solche Zurückhaltung erhebliches Honorarpotenzial ungenutzt lässt – und das angesichts eines seit 1996 unveränderten Honorars der jeweiligen Leistung. Hinzu kommt, dass Ärzte, die sich mit den „Spielregeln“ der Steigerung auskennen, nur selten von nennenswerten Problemen berichten. Um aufzuklären und zu motivieren, erfolgt die Darstellung recht ausführlich – fast wie in einem GOÄ-Kommentar.

Der „Regelsatz“

Der Einfachheit halber stellen wir in den folgenden Ausführungen auf den 2,3-fachen Faktor ab. Gleiches gilt aber auch für den 1,8-fachen Faktor bei den sogenannten „technischen“ Leistungen. Die GOÄ sagt im § 5 Abs. 1 S. 1, dass die Gebühr zwischen dem einfachen (Faktor 1) und 3,5-fachen Faktor bemessen wird. In Abs. 2 S. 4 GOÄ heißt es, dass die Gebühr „in der Regel“ zwischen 1,0- und 2,3-fach bemessen wird. Ein Überschreiten sei nur zulässig, wenn zuvor genannte Besonderheiten (dazu später) dies rechtfertigen.

In der Mitte zwischen 1,0 und 2,3 liegt (rechnerisch) der 1,7-fache Faktor. Warum aber stattdessen der 2,3-fache Faktor zum „Regelsatz“ geworden ist, erklärt sich aus der Historie der GOÄ. Der Streit über die Höhe des „Regelsatzes“ wurde im Jahr 2011 in der GOZ (Zahnärzte) entschieden.

■ § 5 GOZ Abs. 2 S. 3 (voll übertragbar auf die GOÄ)

Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Als unmittelbare Folgerung daraus ergibt sich, dass bei überdurchschnittlicher Leistung ein höherer Faktor angemessen ist – bei „unterdurchschnittlicher“ Leistung aber auch ein Faktor von unter 2,3.



Kaum Probleme, sofern „Spielregeln“ des Steigerns beachtet werden

GOZ bestätigt 2,3-fachen Satz als Regelsatz

Höherer Faktor bei überdurchschnittlicher Leistung

**Faktorsteigerung:
Besonderheit muss
für jede Leistung
einzeln zutreffen**

**Leistungen, die z. B.
außerhalb der Praxis
oder zur „Unzeit“
erbracht werden**

**Schwieriger
Krankheitsfall: z. B.
mehrere gravierende
Erkrankungen**

Die Bemessungskriterien

Als Bemessungskriterien des Faktors nennt die GOÄ (§ 5 Abs. 2 S. 1) – wie auch die GOZ – in erster Linie

- Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie
- Umstände bei der Ausführung.

Wichtig ist der Hinweis auf die „einzelne Leistung“. Das heißt: Die Besonderheit muss für jede einzelne, mit einem höheren Faktor bemessene Leistung gegeben sein. Der Grund für den höheren Faktor kann zwar auch für mehrere Leistungen zutreffen, er färbt jedoch nicht ab.

MERKE | Es ist **unzulässig**, eine Leistung mit höherem Faktor anzusetzen, weil eine andere Leistung nicht berechnet werden kann. Z. B. darf Nr. 7 GOÄ nicht deswegen erhöht werden, weil die Beratung (Nr. 1) nicht berechnungsfähig ist. Nr. 7 selber muss aufwendiger gewesen sein.

„Schwierigkeit und Zeitaufwand“ sind (nahezu) selbsterklärend. Der „Umstand bei der Ausführung“ bezieht sich auf äußere Umstände, zum Beispiel eine Leistungserbringung außerhalb der Praxis oder zur „Unzeit“. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass der „Umstand bei der Ausführung“ nicht herangezogen werden kann, wenn schon die Leistung selber das berücksichtigt. In der GOÄ (§ 5 Abs. S. 2) heißt das: „Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.“ Z. B. darf

- ein Hausbesuch nicht wegen „Leistung außerhalb der Praxis“ oder
- eine Ziffer nicht wegen der „Unzeit“ gesteigert werden, wenn für sie ein „Unzeitzuschlag“ berechnet werden kann.

MERKE | Das schließt aber nicht aus, dass die Leistung wegen anderer „Umstände“ gesteigert werden darf, z. B.

- der Hausbesuch unter das gewöhnliche Maß übersteigende äußeren Umständen erfolgte („erschwerter Versorgung auf der Landstraße“) oder
- die Nr. 7 trotz Zuschlag D, wenn sie schwieriger und/oder zeitaufwendiger war als durchschnittlich.

Schließlich sagt die GOÄ im § 5 Abs. 2 S. 2 noch, dass (nur) bei Leistungen, die bis 3,5-fach bemessen werden können, die Schwierigkeit der Leistung „auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet“ sein kann. Ein „schwieriger Krankheitsfall“ ist nicht gleichbedeutend (wenn dann auch zutreffend) mit einer „schweren Erkrankung“. Ein Krankheitsfall kann z. B. auch dann „schwierig“ sein, wenn mehrere, für sich genommen nicht gravierende Erkrankungen zusammenkommen oder eine „Standardtherapie“ nicht anschlägt und ein Therapiewechsel erläutert werden muss.

MERKE | Zu beachten ist wieder, dass die Leistung, wie auch bei den zuvor genannten Kriterien, selber tatsächlich erschwert sein muss. Zum Beispiel macht ein Malignom ggf. Beratungs- und Untersuchungsleistungen schwieriger, nicht aber unbedingt die Sonografie.

Nach billigem Ermessen

„Irgendwer“ muss zudem ermessen, ob die Leistung schwieriger und/oder zeitaufwendiger war oder die äußeren Umstände besonderer Art waren. In der GOÄ (§ 5 Abs. 2 S. 1) „... sind die Gebühren ... nach billigem Ermessen zu bestimmen.“ „Billig“ ist zu verstehen als „unter Beachtung der vorgegebenen Kriterien und angemessen“. Und wer kann beurteilen, ob die Leistung aufwendiger war und in welcher Höhe der Faktor angemessen ist? Sie – und nicht eine Versicherung oder Beihilfe.

„Billig“ im Sinne von „angemessen“ heißt aber auch, dass Besonderheiten bei einer Leistungserbringung nicht immer direkt zum 3,5-fachen Faktor führen. GOÄ-systematisch und sachlogisch muss es auch Leistungen geben, die z. B. mit dem 3,0- oder 3,3-fachen Faktor „billig“ bemessen sind.

PRAXISTIPP | Wer den Faktor „reflexhaft“ immer nur 2,3- und 3,5-fach bemisst, ist beim ersten Augenschein unglaubwürdiger als jemand, der auch Zwischenschritte anwendet. Die Bemessung auch anderer Faktoren zeigt, dass Sie die Angemessenheit des Faktors peinlich genau abgewogen haben. Dazu kann auch gehören, dann, wenn eine Leistung mal „besonders flott von der Hand ging“, einen niedrigeren Faktor zu bemessen. I. d. R. sind das ohnehin gering bewertete Leistungen und bei einem kleinen Verband auf der Rechnung z. B. die Nr. 200 nur mit Faktor 1,8 zu bemessen, macht in Hinsicht auf die Angemessenheit der höheren Faktoren nahezu unangreifbar.

Erläuterungen zu den Anforderungen an die in der Rechnung zu gebende Begründung (mit Beispielen) sowie den Umgang mit Einwänden von Kostenträgern oder Patienten lesen Sie ab Seite 6 dieser AAA-Sonderausgabe.

FAZIT | Wer auf Faktorerhöhungen verzichtet oder sich unangemessen zurückhält, verzichtet auf ihm zustehendes Honorar. Die folgenden Fakten und Regelungen sind mit Blick auf die Wahl der Faktoren zu berücksichtigen.

- Der 2,3- (bzw. 1,8-fache) Faktor ist dann angemessen, wenn der Aufwand für die Leistung durchschnittlich war.
- Für aufwendigere oder unter besonderen Umständen stattfindende Leistungen fordert die GOÄ die Bemessung eines höheren Faktors (es heißt „... sind die Gebühren zu bestimmen“, nicht „darf“).
- Die Kriterien für besonderen Aufwand/Umstände sind im Beitrag erläutert. Diese Kriterien müssen für die jeweilige Leistung erfüllt sein, die mit höherem Faktor bemessen wird.
- Der Faktor muss differenziert angewendet werden, nicht schematisch nur 2,3- (1,8-)fach und 3,5- (2,5-fach).
- Das „Ermessen“ des richtigen Faktors können nur Sie ausüben, nicht eine Versicherung oder Beihilfe.

Der Arzt selbst entscheidet, ob eine Leistung aufwendiger ist oder nicht



GOÄ

Höherer Faktor: Mit guter Begründung Einwänden vorbeugen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Die grundlegenden Anforderungen der GOÄ an die Bemessung des Steigerungsfaktors wurden bereits dargestellt (siehe Beitrag ab Seite 3 dieser Sonderausgabe). Dabei wurde auch festgehalten, dass es der Arzt ist, der beurteilen kann, ob eine Leistung mit höherem Faktor bemessen werden muss. Bei der Bemessung eines höheren Faktors muss dafür in der Rechnung eine **Begründung** gegeben werden. Worauf es bei der Begründung ankommt, wird in diesem Beitrag gezeigt. |

„Auf die einzelne Leistung bezogen“

Die Regelungen zu den Begründungen für eine Faktorsteigerung findet man in § 12 Abs. 3 der GOÄ (Rechnung). In Satz 1 heißt es dort: „Überschreitet eine berechnete Gebühr ... das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies

- auf die einzelne Leistung bezogen ...
- verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen...“ (es folgt die Erklärung, dass dies auch beim 2,5- bzw. 1,15-fachen Faktor gilt).

Die Anforderung „auf die einzelne Leistung bezogen“ bedeutet, dass die Begründung inhaltlichen Bezug zu der jeweiligen Leistung haben muss. Sie muss für diese Leistung zutreffen (s. hierzu auch die Ausführungen im Beitrag ab Seite 3 unter „Die Bemessungskriterien“).

Darüber hinaus muss in der Rechnung eindeutig sein, zu welcher Leistung die Begründung gehört. Das kann man ganz einfach dadurch sicherstellen, dass die entsprechende Begründung direkt nach der gesteigerten Leistung angeführt wird.

MERKE | Der Passus „auf die einzelne Leistung bezogen“ verlangt **nicht**, dass zu jeder Leistung ein **anderer Grund** für den höheren Faktor angegeben werden muss. Es gibt durchaus Fälle, in denen derselbe Grund mehrere Leistungen schwieriger/zeitaufwendiger macht, z. B. eine *verstärkte Blutungsneigung* oder das *Vorliegen mehrerer Erkrankungen*.

„Verständlich und nachvollziehbar“

„Nachvollziehbar“ ist eine Begründung, wenn sie die Antwort auf die Frage „**Warum** war es schwieriger/zeitaufwendiger?“ liefert. Allein die Anführung der Bemessungskriterien (z. B. „erhöhter Zeitaufwand“) reicht nicht.

Vielmehr muss dem Patienten möglich sein nachzuvollziehen, weshalb gerade bei ihm der höhere Faktor berechnet wird. D. h., die Begründung muss

Angaben wie „erhöhter Zeitaufwand“ reichen nicht

einen Bezug auf die Erkrankung(en) oder individuellen Gegebenheiten bei dem Patienten haben.

Die geforderte Verständlichkeit geht noch über die Nachvollziehbarkeit hinaus. Die Begründung muss dem sogenannten „verständigen Laien“ verständlich sein. Fachausdrücke können verwendet werden, wenn sie gängig oder leicht nachzuschlagen sind. Fachausdrücke, welche selbst bei Kollegen nicht gängig sind, oder gar kryptische Abkürzungen sind zu vermeiden.

Keine „Sonder-Fachausdrücke“ oder kryptische Abkürzungen

Kurz oder lang fassen?

Durch zahlreiche Gerichtsurteile ist bestätigt, dass die Begründung auch knapp gefasst werden darf. Andererseits kann eine ausführlichere Formulierung die Begründung auch für Laien verständlicher machen und die Zahl der Nachfragen reduzieren.

Gratwanderung zwischen Kürze und Verständlichkeit

■ Beispiel für eine ausführliche und verständliche Begründung

Eine Beratung wird wegen des Vorliegens mehrerer Erkrankungen zeitaufwendiger. Eigentlich reicht als Begründung eine knappe Angabe wie z. B. „*komplexes Krankheitsbild*“ aus. Viel verständlicher und individueller ist aber z. B. „*erhöhter Zeitaufwand bei mehreren, gleichzeitig bestehenden Erkrankungen (s. Diagnosen)*“. Hier sollte man abwägen, u. a. auch hinsichtlich der Frage, ob ein Kostenträger als „schwierig“ bekannt ist. Eine „Pflege“ der Formulierungen in der Praxis-EDV (auch unterschiedliche Formulierungen, die mit entsprechenden Kürzeln abrufbar sind) hat sich dabei als hilfreich erwiesen.

Die „nähere Erläuterung“

In § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ ist festgehalten, dass die Begründung auf Verlangen „näher zu erläutern“ ist. Einige Kostenträger versuchen, dem Arzt den Ansatz höherer Faktoren dadurch zu verleiden, dass sie über den Patienten routinemäßig eine „nähere Erläuterung“ fordern.

Davon sollte man sich aber nicht abschrecken lassen. Auch die „nähere Erläuterung“ kann knapp gehalten werden. Mit wenigen Sätzen wird das, was schon in der Rechnung stand, etwas mehr ausformuliert und/oder individualisiert. Teilweise erscheint das, was auf Verlangen als nähere Erläuterung als ausreichend akzeptiert wird, beinahe schon absurd.

Nähere Erläuterung muss nicht lang sein

■ Beispiel für eine „nähere Erläuterung“

Eine Beihilfe verlangt eine „nähere Erläuterung“, weil bei einer Wundversorgung im Gesichtsbereich die Begründung „erhöhter Zeitaufwand bei Intracutannaht“ nicht genügend patientenbezogen sei. Mit der Formulierung „Zur Erzielung einer nicht entstellenden Narbe erfolgte bei Frau ... statt der bei Wundversorgung ausreichenden Einzelknopfnähte eine zeitaufwendige Intracutannaht mit feinstem Nahtmaterial“ gab sie sich zufrieden. Auch hier wird der Aufwand durch „Einpflge“ in die Praxis-EDV zunehmend geringer.

BGH: Begründungen dürfen nicht zu viel Raum einnehmen

Im Interesse der Wahrung des guten Arzt-Patienten-Verhältnisses kann man auch über das oft überzogene Verhalten des Kostenträgers aufklären. Zum Beispiel mit einem Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 08.11.2007 (Az. III ZR 54/07). Darin heißt es: „Das darf aber nicht dazu führen, dass die Begründung der Ermessensentscheidung für jede einzelne Leistungsposition einen Raum einnimmt, hinter dem der Aufwand für die ärztliche Leistung in den Hintergrund tritt.“

AG: Ärzte sollen nicht „pausenlos“ Rechnungen erläutern

Speziell zur Beihilfe und noch viel prägnanter hat sich das Amtsgericht (AG) Langenfeld am 17.12.1998 geäußert (Az. 23 C 315/98): „Mehr als das [was der Arzt getan hatte; Anmerkung des Verfassers] würde das Maß allen Zumutbaren sprengen und kann von ihm nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) schlechterdings nicht verlangt werden, wobei hinlänglich bekannt ist, dass die für die Bewilligung von Beihilfe zuständigen Behörden (wohl aufgrund der langjährigen Haushaltsmisere von Bund und Ländern) in zunehmendem Maße eine ausgesprochen restriktive Haltung einnehmen ... kann aber nicht Beurteilungsgrundlage sein ... Bei anderweitiger Betrachtung würde nämlich kaum ein Arzt seiner Hauptaufgabe, d. h., die Behandlung von Kranken, erfüllen können, weil er nahezu pausenlos mit der Erläuterung seiner Rechnungen beschäftigt wäre.“

FAZIT | Die Formulierung der in der privatärztlichen Rechnung anzugebenden Begründung für einen höheren Steigerungsfaktor ist auch deshalb von Bedeutung, weil sie zu (unnötigen) Rückfragen führen kann. Es lohnt sich also, dabei einige Dinge zu berücksichtigen.

- Die in der Rechnung anzugebende Begründung für den höheren Faktor sollte die Frage nach dem „Warum“ beantworten.
- Sie darf knapp gehalten werden. Andererseits machen etwas Ausführlichkeit und die Wahl allgemeinverständlicher Begriffe die Begründung ggf. verständlicher und individueller, was die Zahl von Einwänden reduziert.
- Auch das Verlangen nach einer „näheren Erläuterung“ sollte nicht von der Bemessung höherer Faktoren abhalten. Knappe Erläuterungen sind auch hier ausreichend.
- Das Einpflegen von Begründungen und Erläuterungen in die Praxis-EDV verringert zunehmend den Zeitaufwand.

GOÄ

Höherer Faktor: Beispiele für mögliche Gründe

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| In diesem Beitrag zeigen wir für häufig berechnete Leistungen mögliche Gründe auf. Zu den Formulierungen für die Rechnungsstellung ziehen Sie dafür die Hinweise aus dem Beitrag ab Seite 6 dieser Sonderausgabe hinzu. Die Beispiele sind nicht abschließend! |

Beratungen

Der häufige Ansatz der **Nr. 1 GOÄ** beruht zum Teil darauf, dass die Nr. 3 GOÄ trotz einer Dauer von mindestens zehn Minuten wegen ihrer Abrechnungsbestimmung („nur berechenbar als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit 5–8, 800 oder 801) durch die Nr. 1 GOÄ ersetzt werden muss. In jedem Fall begründet das den Ansatz eines höheren Faktors zu Nr. 1 GOÄ.

Grundsätzlich kann man dann die Dauer der Beratung (Minuten) als Begründung anführen, doch das bedarf einer Zeiterfassung und stößt oft auf Unverständnis beim Patienten. Besser ist es, den Grund für längere Dauer (oder auch Erschwernis) anzugeben.

Die nachfolgend angeführten Beispiele von Gründen gelten selbstverständlich auch für andere Beratungsleistungen (z. B. Nrn. 3 und 4 GOÄ):

- Erhebung der Erstanamnese mit langer Krankheitsvorgeschichte
- Unter Einbezug umfangreicher Fremdb Berichte
- Schwere Grunderkrankung
- Mehrere Erkrankungen
- Erschwernis durch überlagernde Begleiterkrankung
- Erörterung der Differenzialdiagnosen
- Erläuterung von Therapieoptionen (ggf. trifft dabei Nr. 34 GOÄ zu)
- Wechselndes Beschwerdebild
- Notwendige Therapieumstellung
- Beratung zur eigenaktiven Mitarbeit
- Einbezug von Bezugspersonen (falls nicht Nr. 4 GOÄ berechnet werden kann)
- Erschwerte Verständigung

Allgemeine Untersuchungen

Zur **Nr. 7 GOÄ** wurde im GOÄ-Ratgeber der Bundesärztekammer (BÄK) vom 29.11.2013 festgestellt, dass sie mit höherem Faktor berechnet werden kann, wenn die jeweils vollständige Untersuchung für Brust- und Bauchorgane erfolgt ist (für beides ist Nr. 7 GOÄ zutreffend, jedoch nur einmal pro Sitzung ansetzbar). Das gilt selbstverständlich auch für andere Konstellationen, in denen Leistungen, die dieselben GOÄ-Positionen auslösen, nur einmal angesetzt werden können (mit Einschränkungen ggf. dann, wenn Höchstwerte zutreffen) – folglich auch für die Nr. 5 GOÄ.



Angabe der Minuten
stößt bei Patienten
auf Unverständnis

Steigern, wenn
Leistungen 2 x
erbracht, aber nur
1 x berechnungsfähig

Berücksichtigen, wie groß der Mehraufwand tatsächlich ist

Hier gilt es aber, Augenmaß zu bewahren. Nicht immer ist die Mehrfacherbringung wesentlich aufwendiger als bei einer einzelnen Untersuchung, z. B. wenn die Untersuchungen sich nur auf Blickkontrollen beschränken. Wird hingegen z. B. auch palpirt, werden Beweglichkeiten geprüft oder ausgemessen, so ist der Aufwand bei mehreren Untersuchungen gegenüber nur einer i. d. R. deutlich erhöht. Mögliche Beispielbegründungen für Steigerungen sind:

- Mehrere Untersuchungen in verschiedenen Organgebieten (Körperregionen)
- Erschwernis bei akuter Entzündung
- Schmerzbedingte Abwehrhaltung
- Sehr ausgedehnter Befund
- Erschwerte Lagerung
- Notwendige Hilfestellung durch Begleitperson

PRAXISTIPP | Bewusst fehlt hier die „**erhebliche Adipositas**“. Selbst bei Umgehungsformulierungen (z. B. „erheblich vermehrte Subkutanschicht“) sollte man abwägen, ob man dadurch nicht den Patienten verärgern könnte.

Steigerung ist auch bei älteren Kindern oder neben dem Zuschlag K 1 möglich

Bei Kindern

Für die Untersuchungen nach den Nrn. 5 bis 8 GOÄ gibt es den Zuschlag K 1. Dieser ist bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ansetzbar. Doch auch Untersuchungen bei älteren Kindern können zeitaufwendiger/erschwert sein. Der Zuschlag nach K1 berücksichtigt nur den allgemeinen, alterstypischen Mehraufwand (z. B. durch Hilfe der Mutter beim Entkleiden des Kindes, Wiederholung oder „Übersetzung“ ärztlicher Erläuterung zur Untersuchung). Darüber hinausgehende Erschwernisse können **trotz des Ansatzes von K1** beim Faktor berücksichtigt werden und auch bei älteren Kindern zutreffen! Formulierungen in der Rechnung wie „unerzogener Bengel“ oder „überforderte Mutter“ werden dabei sicher nicht akzeptiert, wohl aber z. B.

- schmerzbedingte Abwehrhaltung oder
- situationsbedingt eingeschränkte Mitarbeit.

Gesundheitsuntersuchung

Die Beratungen im Leistungsumfang (Leistungslegende) beziehen sich auf das, was dort genannt ist, nämlich „Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer Beratung“. Weil die Nrn. 1 und 3 GOÄ nicht neben Nr. 29 GOÄ berechenbar sind, können darüber hinausgehende Beratungen mit einem höheren Faktor zu Nr. 29 GOÄ berücksichtigt werden. Ausnahmen davon bilden die Nrn. 4 und 34 GOÄ, denn diese sind neben Nr. 29 GOÄ berechenbar. Für die Faktorerhöhung zulässige Begründungen sind z. B.

- Beratung zu anderen Vorsorgemaßnahmen oder
- Beratung zu festgestellten Erkrankungen.

Hausbesuche

Nr. 50 GOÄ umfasst „Beratung und symptombezogene Untersuchung“. Nr. 3 GOÄ ist neben Nr. 50 GOÄ nicht berechenbar. Ist die Beratungsleistung (z. B. aus o. a. Gründen) oder die symptombezogene Untersuchung aufwendiger (vgl. o. a. Beispiele), kann der Faktor zu Nr. 50 GOÄ erhöht werden. Kein

Zusätzliche Beratungen neben der GU können gesteigert werden

zulässiger Grund ist allerdings die Durchführung von – neben der Nr. 50 GOÄ – eigenständig berechenbaren Leistungen (z. B. Nrn. 4 und 7 GOÄ).

Eine typische Situation mit der Möglichkeit der Faktorerhöhung ist der Hausbesuch unter **erschwerenden äußeren Bedingungen**, z. B. im Freien. Wird die Leistung nach Nr. 50 GOÄ erschwert/zeitaufwendiger, weil eine **Bezugsperson** einbezogen werden muss und steht Nr. 4 GOÄ dafür nicht (mehr) zur Verfügung, kann Nr. 50 GOÄ ebenso gesteigert werden (vgl. o. a. Beispiele zu Beratungen und Untersuchungen). Da der Hausbesuch mit dem Weggang des Arztes von seinem momentanen Aufenthaltsort beginnt, können auch **besondere Erschwernisse bei der Anfahrt** berücksichtigt werden. Ein reiner Zeitverlust (z. B. durch Stau) fällt darunter jedoch nicht. Der Zeitaufwand ist nach § 8 GOÄ mit dem nicht steigerungsfähigen Wegegeld abgegolten. Erschwernisse, z. B. durch **Nebel** oder **Eis-/Schneeglätte** sind jedoch zulässige Steigerungsgründe.

Hausbesuche im Freien, mit Bezugspersonen oder bei Nebel/Schnee/Eis

Blutabnahmen, Injektionen

Zulässige Gründe wären z. B. Erschwernisse bei Rollvenen oder langsame Injektionen bei stark gewebereizenden Medikamenten. Da im Einzelfall Steigerungen der Nr. 250 GOÄ (40 Punkte) aber keinen großen Unterschied ausmachen, wird darauf meist verzichtet, anders bei der Nr. 253 GOÄ (70 Punkte).

Steigerung bei Rollvenen zulässig, aber wenig effektiv

Sonografien

B-Bild-Sonografien können z. B. bei Luftüberlagerung, bei schmerzbedingter Abwehrhaltung oder durch Narbenbildung erschwert sein. Ein sehr häufiger Grund für eine Steigerung dieser häufig berechneten Untersuchungen ist aber allein schon, wenn **mehr als die maximal vier** berechenbaren (Nr. 410 oder z. B. Nr. 417 plus dreimal Nr. 420 GOÄ) Untersuchungen gemacht werden. In der Rechnung können dann die Nrn. 420 jeweils gesteigert werden und als Begründung die zusätzliche Untersuchung der anderen Organe angeführt werden.

Nr. GOÄ	Faktorsteigerung bei Sonografieleistungen – Beispiele	Punkte	Euro (3,5-fach)
417	Ultraschalluntersuchung Schilddrüse; erschwert bei stark retrosternaler Ausbildung (<i>oder</i> bei starker Zystenbildung <i>oder</i> bei sehr knotiger Struktur)	210	42,84
420*	Ultraschalluntersuchung Leber	80	16,32
420*	Ultraschalluntersuchung Gallenblase	80	16,32
420*	Ultraschalluntersuchung Milz	80	16,32

* Begründung für Steigerung: Zeitaufwendig bei notwendiger zusätzlicher Untersuchung von Bauchspeicheldrüse, Bauchaorta, re/li Niere, Harnblase, Prostata.

Bei mehreren Sonografien aufgrund des Untersuchungsumfangs auch die „Ausgangsziffer“ (z. B. Nr. 410 GOÄ) zu steigern, ist eigentlich zulässig, aber umstritten und wird hier wegen relativ häufiger Einwände nicht empfohlen.

MERKE |

- Die Beispiele sollen zu häufigen Leistungen mögliche Gründe für Faktorerhöhungen aufzeigen.
- Für viele Ärzte stellt sich heraus, dass Steigerungen häufiger zulässig sind, als sie bisher wahrgenommen werden.
- Bitte beachten Sie auch die allgemeinen Hinweise und die vorangegangenen Beiträge.



GOÄ

Nr. 1 GOÄ: Häufig mit höherem Faktor abrechenbar

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| Eine Leserin hatte Nr. 1 GOÄ mit 3,5-fachem Satz berechnet, weil das Gespräch mehr als zehn Minuten dauerte. Die Beihilfe hat dies (zu Unrecht) moniert. Wir stellen aus diesem Anlass die Grundsätze der Steigerung dar und den Fakt, dass gerade bei der Nr. 1 GOÄ häufig ein höherer Faktor berechnet werden kann. |

Grundlagen der Steigerung

Die „Spielregeln“ zur Wahl des Steigerungsfaktors sind in § 5 GOÄ Abs. 2 festgelegt: „Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. [...]“

„Gebührenrahmen“ ist die Spanne des von der GOÄ zu der jeweiligen Leistung zugelassenen Faktors (keine Spanne bei den nicht steigerungsfähigen Leistungen, 1 bis 2,5-fach bei den „technischen“, 1 bis 3,5-fach bei den „ärztlichen“ Leistungen). Wenn es dann heißt, die Gebühr sei innerhalb dieser Rahmen zu bestimmen, ist die Frage nach dem „richtigen“ Faktor naheliegend. Dabei hilft die Tatsache, dass mit dem 2,3- bzw. 1,8-fachen Faktor die Leistung dann angemessen abgerechnet wird, wenn das Leistungsgeschehen einem „Durchschnittsfall“ entsprach. Wenn das Leistungsgeschehen also „überdurchschnittlich“ war, darf ein höherer Faktor berechnet werden.

Als Kriterien nennt § 5 „Schwierigkeit und Zeitaufwand“. Ob der Zeitaufwand überdurchschnittlich oder die Schwierigkeit erhöht war, kann im Regelfall nur der beurteilen, der die Leistung erbracht hat. War die Schwierigkeit seiner Meinung nach erhöht, soll er den Faktor „nach billigem Ermessen“ bestimmen („billig“ im Sinne von „angemessen“ oder „gerecht“). Er soll somit auch bestimmen, ob dann z. B. 3,2- oder 3,5-fach angemessen ist – oder sogar, ob nicht sogar ein Faktor unterhalb von 2,3- bzw. 1,8-fach angemessen wäre.

Schließlich ist für die bis 3,5-fach steigerbaren Leistungen auch die „Schwierigkeit des Krankheitsfalls“ ein Bemessungskriterium. „Krankheitsfall“ ist nicht zu verwechseln mit „Erkrankung“. Ein schwieriger Krankheitsfall kann auch bei nicht schweren Krankheiten vorliegen, z. B. wenn Symptomatik oder der Krankheitsverlauf atypisch sind, die Therapie der Wahl nicht anschlägt oder eine unerwünschte Arzneimittelreaktion auftritt.

Sich diese Grundlagen vor Augen zu halten, hilft dabei, auch dann die Berechtigung zum Ansatz eines höheren Faktors zu erkennen, wenn nicht einer der „gängigen“ Gründe vorliegt.

Über dem
Durchschnitt =
mehr als 2,3-fach

Krankheitsfall
ist nicht gleich
Erkrankung

Zeitaufwand bei Nr. 1 GOÄ

Ob der Zeitaufwand durchschnittlich war oder nicht, ist bei den meisten Leistungen „Erfahrungssache“. Anhaltspunkte geben Leistungen, zu denen die GOÄ eine Mindestzeit verlangt. In Relation zu Nr. 3 GOÄ kann man bei Nr. 1 GOÄ bei bis zu 7 Minuten noch von einer „durchschnittlichen“ Dauer ausgehen. 10 Minuten sind also eindeutig „überdurchschnittlich“ und der 3,3- bis 3,5-fache Faktor angemessen.

10 Minuten Beratung sind überdurchschnittlich

Dokumentation und Rechnungsangaben

Die Zeitdauer in der Rechnung als Grund für den höheren Faktor anzuführen, ist zwar zulässig, aber nicht unbedingt gut. Zum einen muss man während des Gesprächs die Uhr (Bildschirmschoner) im Auge behalten, zum anderen wird den meisten Patienten die Dauer spätestens beim Rechnungsempfang kürzer vorkommen. Besser ist es, den eigentlichen Grund für den höheren Zeitaufwand anzuführen. Diesen Grund sollte man, wenn er sich nicht schon aus der allgemeinen Dokumentation der Leistung(en) ergibt, direkt schriftlich fixieren. Zum einen hilft das – wenn man nicht schon direkt einen Faktor zuordnet –, die Steigerung bei der Rechnungserstellung nicht zu vergessen. Zum anderen ist das Grundlage für Entgegnungen bei späteren Einsprüchen.

Grund anführen und nicht Dauer

■ Beispiele für Begründungen im Zusammenhang mit Nr. 1 GOÄ

Folgendes kann (nicht abschließende Aufzählung) ein Grund für die Bemessung der Nr. 1 GOÄ mit einem höheren Faktor sein:

- schwere Grunderkrankung
- komplexes Krankheitsbild (Mehrfacherkrankung)
- schwierige Differentialanamnese
- Erstberatung unter Berücksichtigung umfangreicher Vorbefunde
- aufwendige Beratung zu Therapieoptionen
- Beratung zur eigenaktiven Mitarbeit
- atypischer Krankheitsverlauf
- Beratung bei Therapiewechsel
- Beratung bei unerwünschter Medikamentenwirkung
- Beratung bei schwieriger medikamentöser Einstellung
- Beratung bei Notwendigkeit stationärer Behandlung

In der Rechnung soll die anzuführende Begründung „verständlich und nachvollziehbar“ sein (§ 12 GOÄ Abs. 3). Begründungen mit nicht allgemein nachvollziehbaren Fachbegriffen rufen unnötige Nachfragen hervor. Zur „Nachvollziehbarkeit“ sollte man auch darauf achten, ob die Begründung(en) im Zusammenhang mit den Diagnoseangaben plausibel sind.

PRAXISTIPP | Die Beispiele treffen gleichermaßen für Nr. 3 GOÄ zu. Bei längerer Dauer der Beratung sollte man prüfen, ob nicht eine spezielle Beratungsleistung (z. B. Nr. 34 GOÄ) berechnet werden kann. Selbstverständlich wird nur dann mit höherem Faktor abgerechnet, wenn die Umstände auch tatsächlich vorlagen.

Spezielle Beratungsleistungen nicht aus dem Auge verlieren



HONORAROPTIMIERUNG

Aufwendige Untersuchungen richtig steigern

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Östringen-Tiefenbach

Die Untersuchung eines Patienten ist eine der Grundleistungen ärztlichen Handelns. Untersuchungen können in Abhängigkeit von der Fragestellung bzw. der zugrunde liegenden Beschwerden ganz unterschiedlichen Aufwand verursachen. Und dieser unterschiedliche Aufwand kann die verschiedensten Ursachen haben. AAA zeigt Ihnen anhand von drei Beispielen, wie Sie Ihr Honorar dem Aufwand entsprechend optimieren. |

Patientin mit diffusen Unterbauchbeschwerden

Eine Patientin, 47 Jahre alt, stellt sich mit diffusen mehr linksseitigen Unterbauchbeschwerden vor. Die Untersuchung des Abdomens bleibt ohne wegweisenden Befund; Sonographie, Blutentnahme, Labor werden durchgeführt. Untersuchungsgang und Sonographie sind wegen verschiedener differentialdiagnostischer Überlegungen und Möglichkeiten recht aufwendig.

■ Die Abrechnung*

GOÄ-Nr.	Punkte	Euro/2,3-fach	Euro/3,5-fach	Legende	Begründung für Faktorerhöhung
7	160	21,45	32,64	Untersuchung Bauchorgane	Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose
410	200	26,81	40,80	Ultraschalluntersuchung eines Organs	Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose
420	80	10,72	16,32	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose
420	80	10,72	16,32	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose
420	80	10,72	16,32	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose

* nur bezogen auf Untersuchung und Oberbauchsonographie

Dieses Beispiel soll Ihnen zeigen, dass zutreffende Begründungen durchaus bei verschiedenen Leistungspositionen wiederholt genutzt werden können – Sie müssen also nicht jedes Mal nach einer neuen bzw. anderen Begründung suchen.

Diabetiker mit Polyneuropathie

Interessant ist auch der Umgang mit der Abrechnung einer (Kontroll-)Untersuchung eines Diabetikers mit einer Polyneuropathie. Angenommen, Sie

Zutreffende Begründungen können problemlos mehrfach genutzt werden

führen eine Ganzkörperuntersuchung einschließlich einer eingehenden neurologischen Untersuchung durch – Labor und weitere apparative Untersuchungen hier jetzt ausgenommen.

Zum Inhalt des Ganzkörperstatus gehört die orientierende neurologische Untersuchung. Aus diesem Grunde ist die GOÄ-Nr. 800 (Neurologische Untersuchung) auch nicht neben der Nr. 8 (34,86 Euro) für den Ganzkörperstatus zu berechnen. Sie müssten also auf die Nr. 800 (26,14 Euro) abrechnungstechnisch verzichten. Selbst unter Verwendung des 3,5-fachen Satzes für die Nr. 8 (53,04 Euro), hätten Sie weniger Honorar erwirtschaftet, als die Summe aus den Leistungen nach den Nrn. 8 und 800 (61 Euro) ergeben würde. Die Lösung: Verzichten Sie auf die GOÄ-Nr. 8 und rechnen statt dieser die Nr. 7 (21,45 Euro) ab.

Die Untersuchung nach Nr. 7 ist mit der Nr. 800 für die neurologische Untersuchung kombinierbar. Das würde bei Verwendung des 2,3-fachen Satzes 47,59 Euro ergeben. Für den erhöhten Aufwand bei der körperlichen Untersuchung würden Sie den Faktor der Nr. 7 steigern können und damit 32,64 Euro abrechnen. Im Ergebnis wären das dann 58,78 Euro aus der Kombination der gesteigerten Nr. 7 mit der neurologischen Untersuchung nach Nr. 800. Gegebenenfalls wäre ja auch bei einer ausgeprägten diabetischen Neuropathie die neurologische Untersuchung zu steigern (39,78 Euro). Als Begründung wäre in diesem Fall zum Beispiel „Erhöhter Aufwand bei komplexem Krankheitsbild“ zu verwenden. Das Ergebnis wären jetzt 72,43 Euro.

Fragliche Gefäßerkrankung der unteren Extremität

Auch bei fraglichen Gefäßerkrankungen – z. B. der unteren Extremität – kann es zu einem erhöhten Aufwand an differentialdiagnostischen Überlegungen kommen.

So lässt sich die Untersuchung nach Nr. 6 z. B. ebenfalls mit der Begründung „Erhöhter Zeitaufwand bei komplexer Differentialdiagnose“ entsprechend steigern. Es ist auch ein erhöhter Zeitaufwand bei komplexen Gefäßverhältnissen oder auch bei anatomischen Lageanomalien als Begründung für die Verwendung eines erhöhten Faktors anzuwenden.

Die Steigerung des Faktors bei Durchführung von duplex-sonografischen Untersuchungen (Nr. 401) bzw. die Farbduplex-Untersuchung im Rahmen der Gefäßdiagnostik gestaltet sich etwas schwieriger. Hier ist die Kombination der GOÄ-Nr. 410 mit der Nr. 401 zu wählen. Dabei dürfen Sie lediglich die Nr. 410 entsprechend steigern, die Nr. 401 ist als Zuschlagsposition nur mit dem einfachen Faktor berechnungsfähig.

Beachten Sie | In diesem Beitrag wurde jeweils auf den 3,5-fachen Satz gesteigert, was jedoch nicht undifferenziert immer stattfinden sollte. Die Steigerung des Faktors ist immer in Bezug auf die Schwierigkeit der Leistung durchzuführen. Sie können dafür natürlich jeden x-beliebigen Faktor zwischen 2,3 und 3,5 bzw. für Ihre gesamte GOÄ-Abrechnung zwischen 1,0 und 3,5 wählen.

GOÄ-Nrn. 800 und 8 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig

Kombinieren Sie die Nrn. 800 und 7 miteinander

GOÄ-Nrn. 401 und 410 kombinieren



Die wichtigsten
Punkte zu § 2 GOÄ

Die Situation des
Patienten darf nicht
ausgenutzt werden

GEBÜHRENHÖHE

GOÄ-Faktor 3,5 ist keine absolute Obergrenze

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, Östringen-Tiefenbach

§ 5 GOÄ regelt die Bemessung der Gebühren. So ist in Absatz 1 festgelegt, dass sich „die Höhe der einzelnen Gebühr, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes bemisst.“ Innerhalb dieses Gebührenrahmens ist ein Überschreiten des 2,3-fachen Satzes besonders zu begründen. Doch der 3,5-fache Gebührensatz ist noch nicht die absolute Obergrenze. |

Mehr als 3,5-fach nach Vereinbarung mit dem Patienten

§ 2 GOÄ (Abdingung) eröffnet die Möglichkeit, eine von der GOÄ abweichende Gebührenhöhe festzulegen. Dies ist in einer besonderen Vereinbarung mit dem Privatpatienten vertraglich festzulegen. Diese Möglichkeit ist auch durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) bestätigt. Es hat am 25. Oktober 2004 entschieden, dass im Einzelfall ein Abweichen von der Gebührenordnung (GOÄ oder GOZ) erlaubt ist, wenn der vorgegebene Gebührenrahmen wegen eines besonderen Aufwands einer ärztlichen Leistung nicht ausreicht. Die Vereinbarung muss enthalten:

- Die Nummer der GOÄ-Leistung,
- die Bezeichnung der Leistung,
- den Steigerungssatz,
- den vereinbarten Betrag,
- die Feststellung, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

MERKE | Keine weiteren Erläuterungen! Eine Abdingung kann nicht Bestandteil eines anderen Schriftstücks sein.

Weitere wichtige Punkte

Nicht in jedem Fall darf eine Abdingung vereinbart werden, insbesondere in Ausnahmesituationen sollte davon abgesehen werden:

- Es darf keine Notlage ausgenutzt werden:
 - Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer „Abweichenden Honorarvereinbarung“ abhängig gemacht werden.
 - Die Abdingung ist nicht möglich bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch.
 - Es ist auf die Vermögensverhältnisse des Patienten Rücksicht zu nehmen.
- Keine Vereinbarung für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O.

MERKE | In der GOÄ wird besonders erwähnt, dass die höchstpersönliche Leistungserbringung im Rahmen der vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Behandlung erforderlich ist – dies gilt natürlich auch ambulant.

GOÄ

Die Abdingung – Tipps zur Durchführung und Musterschreiben

Wird der Schwellenwert überschritten, z. B. bis zum 3,5-fachen, muss eine Begründung angegeben werden. Ist ein noch höherer Multiplikator angemessen (z. B. das 6-fache) ist eine Abdingung (§ 2 GOÄ) erforderlich. Dies kommt regelmäßig bei alternativen Heilmethoden vor. Diese können teils selbst mit dem 3,5-fachen Steigerungsfaktor nicht angemessen honoriert werden, vor allem wenn besondere Ansprüche der Patienten – wie hoher Zeitaufwand – erfüllt werden müssen.

Immer, wenn mehr als 3,5-fach gesteigert wird

Die „Spielregeln“ der Abdingung im Überblick

- Nur ein höherer Multiplikator darf abgedungen werden. Es ist nicht zulässig, Pauschalen, andere Leistungslegenden oder einen höheren Punktwert zu vereinbaren.
- Der gewählte Multiplikator muss auch bei einer Abdingung angemessen sein. Dabei ist nach der Berufsordnung auf die Vermögensverhältnisse des Patienten Rücksicht zu nehmen.
- Die Abdingung muss schriftlich getroffen werden.
- Die Abdingung muss persönlich zwischen Arzt und Patient „ausgehandelt“ werden. Deshalb dürfen in der Honorarvereinbarung keine Steigerungssätze oder Leistungen vorgedruckt sein und die „Verhandlung“ darf nicht einem anderen, z. B. der Arzthelferin/MFA, überlassen werden.
- Die Honorarvereinbarung muss die GOÄ-Nummer und die Bezeichnung der Leistung enthalten.
- Der vereinbarte Steigerungssatz und der resultierende Betrag müssen genannt werden.
- Die Honorarvereinbarung darf keine weiteren Erklärungen (z. B. Begründungen) enthalten.
- Sie muss einen Hinweis enthalten, dass die Erstattung durch Kostenträger eventuell nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.
- Eine Durchschrift oder Kopie muss dem Zahlungspflichtigen (Patienten) ausgehändigt werden.
- Notfall- oder akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Abdingung abhängig gemacht werden.
- Zu Leistungen aus den Abschnitten A, E, M und O und zu Schwangerschaftsabbrüchen nach § 5a GOÄ dürfen keine Abdingungen vereinbart werden.

Muster für eine Honorarvereinbarung

Zwischen als behandelndem Arzt und dem Zahlungspflichtigen wird in persönlicher Absprache nach § 2 GOÄ durch die Unterzeichnenden folgende Honorarvereinbarung geschlossen:

GOÄ-Nr.	Bezeichnung	vereinbarter Steigerungssatz	vereinbarter Betrag (Euro)
.....
.....

Folgende Leistungen werden jeweils mit dem vereinbarten Betrag vergütet: Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

_____, den _____

.....
Unterschrift des Arztes

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen



§ 12 GOÄ
maßgeblich für
Rechnungsstellung

Bezug auf die
entsprechende
Leistung muss
ersichtlich sein

GOÄ

Den Steigerungsfaktor richtig in Rechnung stellen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, PVS Consult, Köln

In den vorangegangenen Beiträgen wurden die „Spielregeln“ zur Berechnung höherer Steigerungsfaktoren und Beispiele zur Berechnung höherer Steigerungsfaktoren dargestellt. Im Folgenden erfolgen Hinweise zur korrekten Rechnungsstellung. |

Die Rechnungsstellung nach § 12 GOÄ

§ 12 GOÄ regelt die Rechnungsstellung. Was in einer Rechnung stehen muss, ist in Absatz 2 festgelegt. Absatz 3 regelt darüber hinaus, wie bei erhöhten Steigerungsfaktoren vorzugehen ist: „Überschreitet eine berechnete Gebühr ... das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies **auf die einzelne Leistung bezogen** für den Zahlungspflichtigen **verständlich** und **nachvollziehbar** zu begründen.“ Entsprechendes gilt bei Überschreiten der anderen Schwellenwerte (1,8- bzw. 1,15-fach).

Vorgabe „auf die einzelne Leistung bezogen“

Der Bezug auf die einzelne Leistung fordert, dass die Begründung sich auf die Leistung beziehen muss, zu der ein höherer Steigerungsfaktor berechnet wird. So kann sich z. B. die Begründung „erhöhte Schwierigkeit bei schmerzbedingter Abwehrspannung“ zwar auf eine Untersuchung der Bauchorgane (Nr. 7 GOÄ) oder eine Sonografie der Bauchorgane (Nrn. 410 und 420 GOÄ) beziehen, nicht aber auf die erfolgte Beratung. Auf eine Beratung hingegen würde z. B. die Begründung „Besonders ausführliche Beratung zu Therapieoptionen“ zutreffen.

Vorgabe „nachvollziehbar“

Die Forderung nach einer „nachvollziehbaren“ Rechnung bedeutet, dass der Patient erkennen können muss, auf welche Leistung(en) sich die jeweilige Begründung bezieht. Um dies sicherzustellen, gibt es zwei Möglichkeiten zur Rechnungsgestaltung. Ein davon ist, dass man die Begründung unmittelbar nach der erhöht abgerechneten Leistung angibt, z. B. in der nächsten Zeile der Rechnung.

■ Beispiel

Datum	GOÄ-Nr.	Bezeichnung	Faktor	Betrag
10.03.08	7	Untersuchung Bauchorgane	3,5	32,64 Euro
		Begründung: Erhöhte Schwierigkeit bei schmerzbedingt erhöhter Bauchdeckenspannung		
	410	Ultraschalluntersuchung Gallenblase	3,5	40,80 Euro
		Begründung: Erhöhte Schwierigkeit bei schmerzbedingt erhöhter Bauchdeckenspannung		

Schon dieses vereinfachte Beispiel zeigt aber, wie umständlich dies ist. Ebenso nachvollziehbar und einfacher – insbesondere bei mehreren gleichlautenden Begründungen – ist, wenn man die Begründungen in einer Fußnote (oder sonstigen Anmerkungen) zusammenfasst und dabei durch Indizierung die Nachvollziehbarkeit zwischen jeweiliger Leistung und der dazugehörigen Begründung sicherstellt.

■ Beispiel: Einfachere Rechnungsgestaltung

Datum	GOÄ-Nr.	Bezeichnung	Faktor	Betrag
10.03.08	7	Untersuchung Bauchorgane	3,5 ¹⁾	32,64 Euro
	410	Ultraschalluntersuchung Gallenblase	3,5 ¹⁾	40,80 Euro
	420	Ultraschalluntersuchung Leber	3,5 ¹⁾	16,32 Euro
	1	Beratung	3,5 ²⁾	16,32 Euro

1) Erhöhte Schwierigkeit bei schmerzbedingt erhöhter Bauchdeckenspannung.

2) Besonders ausführliche Beratung zu Therapieoptionen.

Vorgabe „verständlich“

Eine klare Zuordnung der Begründung zu den entsprechenden Positionen bedeutet aber noch nicht, dass die Begründung „verständlich“ ist. Zwar gibt es dazu keine näher definierten Anforderungen, jedoch sollte darauf geachtet werden, dass Fachausdrücke und Abkürzungen vermieden werden, die der Patient – in der Regel ein medizinischer Laie – häufig nicht kennt. Zum Beispiel sind Begründungen wie „differentialtherapeutisches Gespräch“ zu vermeiden. Besser wäre hier ein Satz wie „besonders ausführliche Beratung zu Therapieoptionen“.

Auch wenn Kurzfassungen einer Begründung erlaubt sind, sollte die Verständlichkeit nicht unter der Kürze der Begründung leiden. Beispiel: „Erhöhte Schwierigkeit bei schmerzbedingt erhöhter Bauchdeckenspannung“ ist für die meisten Menschen verständlicher als nur „Abwehrspannung“.

Nähere Begründung auf Verlangen

Durch nachvollziehbare und verständliche Rechnungen werden Rückfragen erheblich seltener. Trotzdem ist nicht auszuschließen, dass ein Patient – vom Kostenträger „beraten“ – nähere Erläuterungen zur Begründung eines höheren Steigerungsfaktors verlangt. Das Recht dazu ist in Absatz 3 des § 12 GOÄ verankert: „Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.“

Überzogene Nachfragen können aber zurückgewiesen werden. Ist die Rechnungsgestaltung transparent und die Begründung verständlich, kann der Patient auf den hohen Aufwand seiner Nachfrage hingewiesen werden – selbstverständlich mit etwas „Fingerspitzengefühl“. Kernaufgabe des Arztes ist schließlich die Behandlung von Patienten und nicht die ausufernde Begründung seiner Rechnungen. Besonders klare Worte fand dazu das Amtsgericht Langenfeld am 17.12.1998 (Az. 23 C 315/98, Abruf-Nr. 080987).

Fußnoten sind praktikabel und zulässig

Nicht zu kurz fassen



IHR PLUS IM NETZ
aaa.iww.de
Abruf-Nr. 080987



Analogabrechnung
schon seit 1983
möglich

Hausärzte können
nicht auf die GOZ
zurückgreifen

ANALOGABRECHNUNG

Die korrekte Abrechnung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren in der GOÄ

von Ernst Diel, ehem. Leiter Grundsatzfragen PVS Bidingen

Immer neue Diagnostik- und Therapieverfahren müssen auch im Rahmen der Privatabrechnung abgebildet werden. Im kassenärztlichen Bereich geschieht dies, indem neue Leistungen kontinuierlich in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der als Vertragsgebührenverzeichnis konzipiert ist, eingepflegt werden. Hingegen können Leistungen in der derzeitigen GOÄ nur durch Änderungsverordnungen, die das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen müssen, angepasst bzw. neu implementiert werden..

Gesetzliche Optionen zur Abrechnung fehlender Leistungen

Mit § 6 GOÄ ist allerdings bereits seit 1983 die Möglichkeit eröffnet, fehlende Leistungen „analog“ zu bewerten. Der Bedarf an Analogbewertungen wird immer dringlicher, auch durch eine veraltete GOÄ. Abhilfe durch eine neue Gebührenordnung vorerst nicht in Sicht.

Leider geraten einige Kriterien zur Bildung einer Analogbewertung zunehmend in Vergessenheit oder sind in ihrer Tragweite für eine korrekte Rechnungsstellung nicht bekannt.

■ § 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

§ 6 Absatz 1 bietet die Möglichkeit, ausschließlich für die hier genannten Facharztgruppen genannt sind (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen), auf die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zuzugreifen, falls sich dort benötigte Leistungen finden lassen. Darüber hinaus ist es Ärzten und Zahnärzten nicht möglich, auf Leistungspositionen der jeweils anderen Gebührenordnung auszuweichen. Der Rückgriff auf die GOZ ist also anderen Facharztgruppen verwehrt. Sollte sich dennoch die Notwendigkeit ergeben, können diese nicht bei entsprechenden Leistungen

auf die GOZ zurückgreifen, sondern sind auf den § 6 Abs. 2 also den Analogabgriff innerhalb der GOÄ angewiesen.

Der „Normalfall“, fehlende Leistungen in der GOÄ, findet sich in § 6 Abs. 2 GOÄ. Hierbei kommt es oft zu Missverständnissen und Fehlinterpretationen, die letztendlich häufig zu Auseinandersetzungen mit Kostenträgern führen. Diese sind bei der Verwendung analoger Bewertungen generell nicht auszuschließen, da es insbesondere im Hinblick auf die Wertigkeit verwendeter Analogleistungen unterschiedliche Standpunkte von Ärzten und Kostenträgern gibt.

Analogabgriff ist der „Normalfall“ bei fehlenden Leistungen

Sachlich nachvollziehbare Kriterien einer Analogbewertung

Die amtliche Begründung zu 4. Änderungsverordnung der GOÄ verweist hinsichtlich der Vergleichbarkeit von analogen Leistungen mit in der GOÄ enthaltenen Leistungen auf „sachlich nachvollziehbare Kriterien“, nämlich die Gleichwertigkeit basierend auf Vergleichbarkeit nach

- Art,
- Kosten- und
- Zeitaufwand.

Weiterhin ist die Selbstständigkeit der entsprechenden analogen Leistung zwingend gefordert.

Selbstständigkeit der Leistung

Eine analog zu bewertende Leistung muss eigenständig sein, also nicht Teilleistung einer bereits berechneten Leistung, wie dies z. B. bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen oder Laborbefunden der Fall ist. Ebenso sind u. a. Einzelschritte im Rahmen eines Eingriffs keine eigenständigen (selbstständigen) Leistungen sondern unselbstständige Teilleistungen, die nicht gesondert neben einer erbrachten Leistung berechnet werden können.

Analogleistung nicht Teil einer bereits berechneten Leistung

PRAXISTIPP | Vor dem schnellen Rückgriff auf eine Analogbewertung sollte stets geprüft werden, ob sich die erbrachte Leistung nicht doch im Gebührenverzeichnis auffinden lässt oder ob diese Leistung tatsächlich als Teilleistung einer bereits berechneten Leistung angesehen werden muss und damit nicht berechnungsfähig ist.

Leistungsvariationen sind keine Analogbewertungen

Leistungsvariationen oder besondere Ausführungsinnovationen einer bereits in der GOÄ abgebildeten Leistung sind grundsätzlich keiner Analogbewertung zugänglich. Viel Verdruss bereiten hier unnötige Streitigkeiten mit Kostenträgern, wenn Leistungen des Abschnitts G der GOÄ (Neurologie und Psychiatrie) für

- „ausführliche Gespräche“,
- „eingehende Therapieerörterungen“ u. Ä.

analog berechnet werden, obwohl es sich ohne entsprechende Indikation lediglich um oft zeitaufwendige Beratungen handelt, deren Aufwand über den Gebührenrahmen (Steigerungssatz) und eine entsprechende Begründung

SIEHE AUCH

Beitrag auf
Seite 17



Diagnostik- oder
Therapie-Leistung?
Art der Analogziffer
ist zu beachten

geregelt werden kann. In vorhersehbaren Ausnahmesituationen besteht auch die Möglichkeit, vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung nach § 2 mit dem Patienten abzuschließen (Abdingung, siehe auch Beitrag „Die Abdingung – Tipps zur Durchführung und Musterschreiben“ auf Seite 17 dieser Sonderausgabe.

Art der Leistung

Die Kriterien für die Suche und das Auffinden nach einer adäquaten analogen Leistung innerhalb des Gebührenverzeichnisses sind nicht immer einfach. Bereits bei der „Art“ der Leistung sollte versucht werden zu berücksichtigen, dass man z. B. für eine neuartige Diagnostikmethode eine auch in der GOÄ als diagnostische Leistung erkennbare Leistungsbeschreibung auswählt oder für eine Therapiemethode auch eine therapeutische Leistungsbeschreibung.

Der entsprechende fachärztliche Abschnitt der GOÄ ist dabei nicht zwingend zu berücksichtigen ist. Analogabgriffe für Leistungen aus anderen Abschnitten der GOÄ sind deshalb nicht ungewöhnlich.

In seltenen Fällen ist auch der Analogabgriff auf mehrere GOÄ-Positionen möglich, um eine neue Leistung abzubilden.

■ Beispiel: Analogabgriff auf mehrere GOÄ-Positionen

Die Position A 707 GOÄ (Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie) aus der Liste der Analogbewertungen der Bundesärztekammer (BÄK, online verfügbar unter www.de/s6072) wird aus den beiden analog herangezogenen Nrn. 684 plus 687 GOÄ gebildet.

Als Beispiel sei hier die Position A 707 GOÄ (Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie) aus der Liste der Analogbewertungen der Bundesärztekammer (BÄK, online verfügbar unter www.de/s6072) genannt, die aus den analog herangezogenen Nrn. 684 plus 687 gebildet wird.

Zu beachten ist aber, dass die „Rahmenbedingungen“ einer herangezogenen GOÄ Leistung und damit deren abrechnungstechnischen Eigenschaften bei Analogabrechnung erhalten bleiben. Weist die abgegriffene Leistung

- Mindestzeiten,
- Leistungsausschlüsse oder
- Mengenbegrenzungen

in einem bestimmten Zeitraum auf, so gelten diese Vorgaben auch für die analoge Bewertung. Ebenso gilt dies für den zulässigen Gebührenrahmen (z. B. bei „technischen“ Leistungen nur maximal Faktor 1,8 ohne zusätzliche Begründung).

Kosten der Leistung

Die Kostenkalkulation einer neuen Leistung sollte sich also an der analog herangezogenen Leistung orientieren. Das bedeutet, dass der Gesamtaufwand zu berücksichtigen ist, also u. a. auch der vergleichbare Personalaufwand bei der Leistungserbringung.

Kosten müssen
vergleichbar sein
– Ausnahme
Praxiskosten

Diese geforderte Orientierung gilt jedoch nicht für entstandene Praxiskosten im Sinne von § 4 Abs. 3 GOÄ, also u. a. für die Kosten bei der Anwendung von Instrumenten und Apparaten. Die oft hohen Anschaffungskosten von Geräten müssen allerdings in die Kalkulation zur „Gleichwertigkeit“ der Leistung mit einfließen.

Zeitaufwand bei der Leistungserbringung

Der Zeitaufwand spielt bei der Bemessung einer Leistung eine wesentliche Rolle, da dieser die Hauptgrundlage einer Bewertung darstellt. So sollte auch bei der Wahl einer zur analogen Bewertung herangezogenen Ziffer stets darauf geachtet werden, dass der ggf. darzulegende Zeitaufwand für die Leistungserbringung annähernd identisch mit dem der analog herangezogenen GOÄ-Position ist. Beispielhaft genannt seien hier:

- Schnitt-Naht-Zeit eines Eingriffs.
- Annähernd gleiche Zeitdauer einer diagnostischen Untersuchung.

Darstellung einer Analogbewertung in der Rechnung

Nach § 12 Abs. 4 GOÄ ist die dementsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen

- verständlich zu beschreiben,
- mit dem Hinweis „entsprechend“ und
- der Nr. und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung

zu versehen, wobei statt des Textzusatzes „entsprechend“ auch der Hinweis „analog“ akzeptiert wird.

MERKE | Kennzeichnen Sie nur die Leistungen mit dem Zusatz „A“ vor der analog herangezogenen Leistungsziffer, die Bestandteil des Analogverzeichnisses der BÄK sind. Ansonsten ist dieser Zusatz nur bei Laborleistungen zulässig!

Eine Ausnahme bei der Kennzeichnung ist für **Laborleistungen** zulässig und zugleich sogar verpflichtend. In der Rechnung ist der herangezogenen Gebührennummer ein „A“ voranzustellen. Als Bezeichnung der Leistung ist hier nur die tatsächlich durchgeführte analoge Leistung und nicht die ursprüngliche Leistungslegende der analog herangezogenen Ziffer anzugeben (siehe allgemeine Bestimmungen Nr. 8 zu Abschnitt M GOÄ).

PRAXISTIPP | Grundsätzlich bleibt es jedem Arzt freigestellt, nach den in § 6 GOÄ aufgeführten Kriterien eigene Analogbewertungen zu bilden. Sofern jedoch im Analogverzeichnis der BÄK bereits eine entsprechende Analogziffer vorhanden ist, erscheint es ratsam, diese zu verwenden.

Diese Vorgehensweise ist insbesondere bei der Durchsetzung und Argumentation gegenüber Kostenträgern hilfreich..

Zeitaufwand sollte annähernd identisch sein

Verständliche Rechnung gefordert

Bei Laborleistungen die tatsächlich durchgeführte Leistung angeben!

Beliebte Fehler:
Anderes Gebühren-
verzeichnis, andere
Bewertung etc.

Typische „Fehler“ beim Analogabgriff

Einige Muster fehlerhafter Analogabrechnungen haben sich im Laufe der Jahre als typisch und wiederkehrend herausgebildet. Bitte beachten Sie daher insbesondere die folgenden typischen Fehler bei analoger Abrechnung, um Auseinandersetzungen mit Kostenträgern möglichst zu vermeiden.

■ Keinesfalls möglich als analoge Bewertung sind folgende Fälle

- Ein Analogabgriff aus einem **anderen Gebührenverzeichnis** (z. B. EBM). Durch dessen Struktur finden sich hier auch Leistungsvariationen mit eigener Bewertung, die in der GOÄ über die vorhandenen Leistungsziffern abgebildet werden müssen.
- Ein Analogabgriff unter **Änderung der Punktzahlen** und damit des Gebührensatzes.
- Ein Analogabgriff für **Modifikationen/Leistungsvarianten** im Gebührenverzeichnis bereits enthaltener Leistungen, die ggf. durch den Gebührenrahmen (Steigerungssatz) auszugleichen sind.
- Ein Analogabgriff für **Leistungsbestandteile** oder Leistungen, die mit der Berechnung anderer Leistungen bereits abgegolten bzw. in diesen enthalten sind (z. B. Blutdruckmessung, Befundauswertung oder Auswertung von Röntgenaufnahmen, Anamneseerhebung).
- Honorarvereinbarungen nach § 2 GOÄ **ohne korrekte Bezeichnung** einer analogen Bewertung.

IHR PLUS IM NETZ



Hier mobil
weiterlesen
(BÄK)



■ Informationen zum „Verzeichnis der Analogen Bewertungen“ der BÄK

Das **Verzeichnis der Analogen Bewertungen** ist bei der BÄK online verfügbar unter www.de/s6072. Mit der zum 01.01.1996 in Kraft getretenen GOÄ -Reform seien die zuvor von der BÄK empfohlenen analogen Bewertungen weitgehend in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden, so die BÄK. In der Folge seien weitere analoge Bewertungen beschlossen worden, die mit den zuständigen Bundesministerien abgestimmt wurden.

Das Analogverzeichnis ist jede Analogbewertung mit einem großen „A“ und einer Nummer, der sogenannten Platzhalternummer, gekennzeichnet, welche die jeweilige Analogbewertung dem entsprechenden Fachkapitel in der GOÄ zuordnet (z. B. „A 72“ für den vorläufigen Entlassungsbericht im Krankenhaus, analog zu Nr. 70 GOÄ). Die Verwendung dieser Nummer in der Rechnung ist möglich, aber nach der GOÄ nicht vorgeschrieben. Die Angabe der Platzhalternummer ersetzt jedoch in keinem Fall die Wiedergabe des **Inhalts der Analogbewertung** und der **Nummer der in der GOÄ analog abgegriffenen Gebührenposition**.

ARCHIV



Hier mobil
weiterlesen
(AAA)



▼ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Sonografie: 3D-Zuschlag ist abrechnungsfähig (AAA 04/2019, Seite 12)
- Keine Analogbewertung für Gesprächsleistungen! (AAA 09/2018, Seite 7)
- Analogabrechnung: Abrechnungsempfehlung der BÄK kann ungeprüft übernommen werden (AAA 12/2017, Seite 10)

REDAKTION | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „AAA“

Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen

Fax: 02596 922-99, E-Mail: aaa@iww.de

Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

ABONNENTENBETREUUNG | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der

IWW Institut Kundenservice, Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: kontakt@iww.de

Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg

IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX



IHR PLUS IM NETZ | Online – Mobile – Social Media

Online: Unter aaa.iww.de finden Sie

- Downloads (Musterschreiben, Checklisten u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2002)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze u.v.m.)

Vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung: Registrieren Sie sich auf iww.de/registrieren, schalten Sie Ihr Abonnement frei und lesen Sie aktuelle Fachbeiträge früher.

Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472.

Mobile: Lesen Sie „AAA“ in der myIWW-App für Smartphone/ Tablet-PC.

- Appstore (iOS)
- Google play (Android) → Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



Social Media: Folgen Sie „AAA“ auch auf facebook.com/aaa.iww



NEWSLETTER | Abonnieren Sie auch die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe auf iww.de/newsletter:

- AAA-Newsletter
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen

ABRECHNUNG AKTUELL (ISSN 1438-7166)

Herausgeber und Verlag | IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Geschäftsführer: Dr. Jürgen Böhm, Günter Schürger, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de, Internet: iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion | Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur); Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Bezugsbedingungen | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 13,80 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

Hinweise | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d). Dies beinhaltet keine Wertung.

Bildnachweis | Titelbild © Proxima Studio – stock.adobe.com

Druck | H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen

Ihr Abonnement

Mehr als eine Fachzeitschrift



Print: das Heft

- Kurz, prägnant, verständlich
- Konkrete Handlungsempfehlungen
- Praxiserprobte Arbeitshilfen

Online: die Website

aaa.iww.de

- Aktuelle Ausgabe bereits eine Woche vor Heftauslieferung verfügbar
- Ergänzende Downloads
- Ausgabenarchiv mit Urteilsdatenbank

Mobile: die myIWW-App für Apple iOS und Android

iww.de/s1768

- Funktionen der Website für mobile Nutzung optimiert
- Offline-Nutzung möglich, z. B. im Flugzeug

Social Media: die Facebook-Fanpage

facebook.com/aaa.iww

- Aktuelle Meldungen aus der Redaktion
- Forum für Meinung und Diskussion
- Kontakt zu Experten und Kollegen

