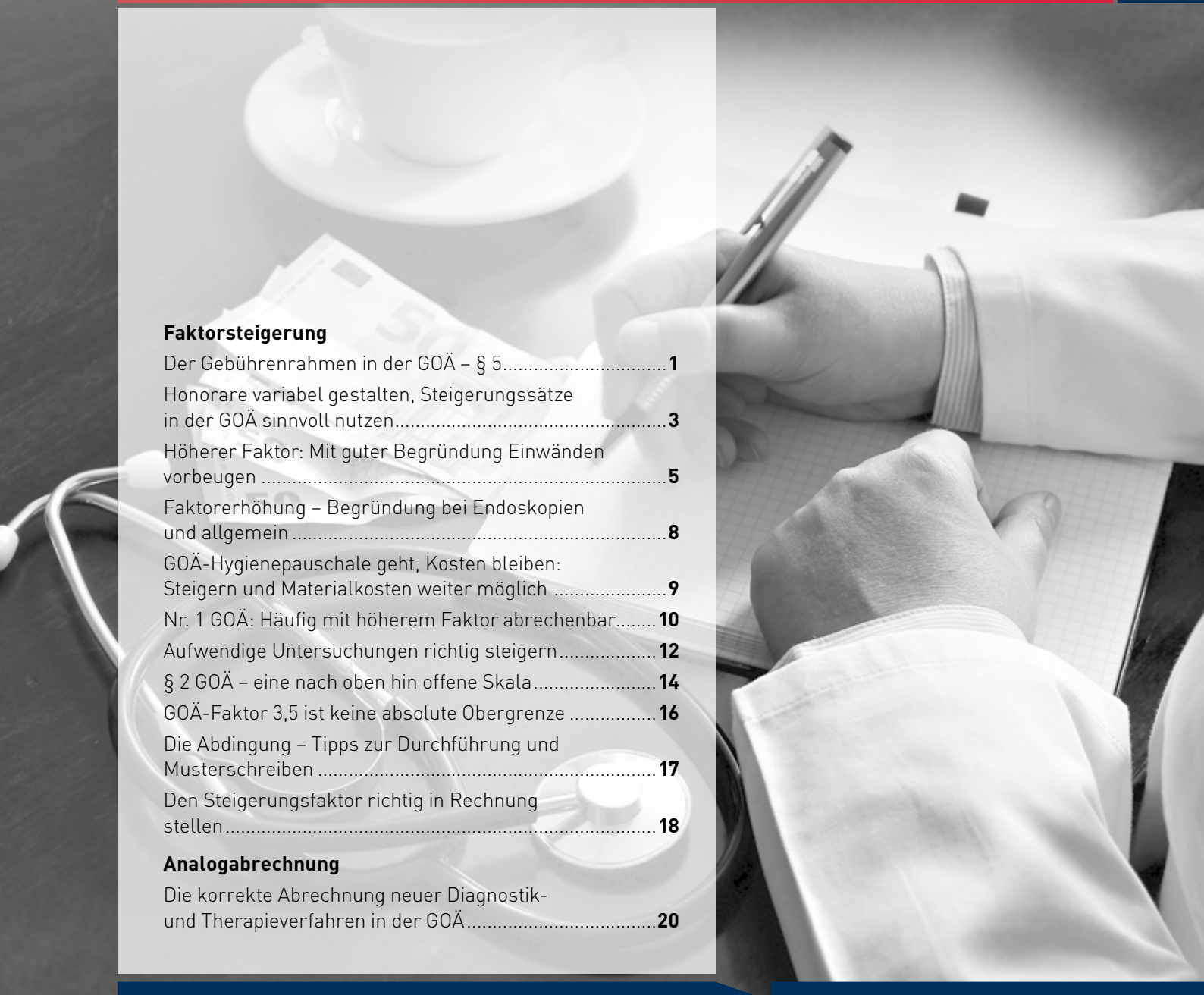
IWW INSTITUT

CB ChefärzteBrief

SONDERAUSGABE

Mehr Honorar durch Faktorsteigerung

Praxistipps, Beispiele, Formulierungshilfen



Faktorsteigerung

Der Gebührenrahmen in der GOÄ – § 5 ..... **1**

Honorare variabel gestalten, Steigerungssätze in der GOÄ sinnvoll nutzen **3**

Höherer Faktor: Mit guter Begründung Einwänden vorbeugen **5**

Faktorerhöhung – Begründung bei Endoskopien und allgemein **8**

GOÄ-Hygienepauschale geht, Kosten bleiben: Steigern und Materialkosten weiter möglich **9**

Nr. 1 GOÄ: Häufig mit höherem Faktor abrechenbar **10**

Aufwendige Untersuchungen richtig steigern **12**

§ 2 GOÄ – eine nach oben hin offene Skala **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**

Praxiswissen auf den Punkt gebracht.



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

selbst wenn Sie als Chefärztinnen und Chefarzt kein originäres Liquidationsrecht haben, partizipieren viele von Ihnen doch an den Einnahmen Ihrer Krankenausabteilung aus der Privatliquidation – sei es durch eine Beteiligungsvergütung und/oder Boni aus Zielvereinbarungen. Hinzu kommt, dass sich die chefärztliche Leistung in den Augen des Krankenhausträgers immer öfter am Erreichen wirtschaftlicher Ziele messen lassen muss. Gründe genug also, weshalb eine auskömmliche Privatliquidation für Sie von besonderem Interesse ist.

Die GOÄ als Grundlage der (chef-)ärztlichen Privatabrechnung wurde im Jahr 1996 zum letzten Mal teilreformiert. Weitere Reformversuche wurden unternommen, die Entwürfe liegen in der Schublade und wären, so BÄK-Präsident Reinhardt, „auf Knopfdruck" umsetzbar, aber passiert ist bisher nichts. Auch mit der Ampel-Regierung dürfte sich daran wenig ändern: Wie Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Ende Februar 2022 gegenüber der Presse mitteilte, habe eine GOÄ-Novellierung derzeit „keine Priorität". Das bedeutet: Wer nach der GOÄ abrechnet, muss weiter mit „eingefrorenen" Honoraren arbeiten und mit einem Leistungskatalog, der den ständigen medizinischen Fortschritt Tag für Tag weniger abbildet.

Um auch in Zeiten eines allgemein steigenden Preisniveaus Gewinne erzielen zu können, gilt es, die bestehenden Möglichkeiten der GOÄ voll auszuschöpfen. Die Instrumente, mit denen Sie Ihre Einnahmen aus Privatliquidation positiv beeinflussen können, heißen Faktorsteigerung und Analogabrechnung. Die vorliegende CB-Sonderausgabe erklärt die Rahmenbedingungen für Faktorsteigerungen nach der GOÄ. Sie präsentiert mögliche Begründungen für einen höheren Steigerungssatz und zeigt auf, wie Sie Einwände von Patienten und Kostenträger gegen eine „zu hohe" Rechnung entkräften. **Beispiele und Formulierungshilfen** zeigen, wann und wie eine Steigerung der GOÄ-Faktoren oberhalb des Schwellenwerts – oder sogar über den Gebührenrahmen der GOÄ hinaus – angemessen, gut begründet und erfolgversprechend ist. Zudem erfahren Sie, wie Sie Analogpositionen z. B. für neuere medizinische Leistungen nutzen, die (noch) nicht in der GOÄ abgebildet sind.

Ich wünsche Ihnen viel Nutzen aus der Lektüre!



Stefan Lemberg M. A. | Redakteur

P. S.: Haben Sie Fragen oder Anregungen zu unserer Berichterstattung? Möchten Sie Kritik üben oder Anregungen mitteilen? Dann freue ich mich auf Ihre Zuschrift an cb@iww.de.

EDITORIAL

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	Gebührenspanne, 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 Schwellenwert

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.

ARCHIV

Hier mobil weiterlesen (AAA)

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.

GEBÜHRENBEMESSUNG

Honorare variabel gestalten, Steigerungssätze in der GOÄ sinnvoll nutzen



von Ernst Diel, ehem. Leiter Grundsatzfragen PVS Büdingen

Im Gegensatz zum EBM, der auf Festpreisen basiert, offeriert die derzeit gültige GOÄ die Möglichkeit, die Honorare durch Anwendung von Steigerungssätzen variabel zu gestalten. Leider wird diese Möglichkeit, insbesondere im Rahmen der niedergelassenen Praxis, oft seit Jahrzehnten nicht genutzt. Dabei ist es mit relativ wenig zusätzlichem Aufwand möglich, die in § 5 GOÄ beschriebene Gebührenspanne vorteilhaft zu nutzen. In der Praxis ist nach wie vor ein Festhalten an den starren Multiplikatoren der „Regelsätze" (2,3-, 1,8-, 1,15-fach) festzustellen, was eigentlich nicht Intention der Vorgaben des Gesetzgebers für einen Gebührenrahmen sein kann, sondern tatsächlich auch Gestaltungsspielraum eröffnet.

Kritierien für die Gebührenbemessung

Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung maßgebend

Nach § 5 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt die Gebühren nach „billigem Ermessen" unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung bestimmen. Die Schwierigkeit der Leistung kann nach der GOÄ auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet sein, wobei für die Anwendung des letztgenannten Kriteriums Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ nicht infrage kommen.

Auch Unterschreiten der Regelsätze sollte berücksichtigt werden!

Die o. a. Bemessungskriterien sind also die Grundlage für die Gestaltung der Honorarsätze, wobei auch ein Unterschreiten der o. a. zitierten „Regelsätze" bei einzelnen Leistungen im Rahmen einer variablen Honorargestaltung berücksichtigt werden sollte. Für die Höherbewertung von Leistungen über die Regelsätze hinaus ist ein kleiner Aufwand im Rahmen der Rechnungslegung zu berücksichtigen. Grundlage hierfür ist § 12 Abs. 3 S. 1 GOÄ:

Begründungspflicht gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 GOÄ

„Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8-fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15-fache des Gebührensatzes überschritten wird."

Begründung höherer Steigerungsfaktoren

Plausibel, patientenindividuell nachvollziehbar, medizinisch-sachlich

Die Begründung sollte außer den in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien zusätzlich eine plausible, möglichst patientenindividuell nachvollziehbare medizinisch-sachliche Begründung beinhalten. Wichtig ist hierbei, dass die Begründung nicht stereotype und undifferenzierte Pauschalbegründungen beinhaltet, sondern auch patientenindividuell nachvollziehbar auf die einzelne Leistung abgestellt ist.

Höherer Steigerungsfaktor: Beispiele für Begründungen

Beratungs-leistungen	■ Erhöhter Zeitaufwand bei umfassender Beratung wegen Umstellung der Therapie/Medikation ■ Erhöhter Zeitaufwand bei umfassender Beratung wegen Therapieresistenz bei bereits lange bestehenden Beschwerden ■ Erheblicher Zeitaufwand bei der Beratung, das gewöhnliche Maß übersteigend („Zeitdauer 35 Minuten“)
Untersuchungen	■ Erhöhter Zeitaufwand bei Untersuchung in verschiedenen Organgebieten ■ Erschwerte Untersuchung bei krankheitsbedingter Unruhe (z. B. Abwehrhaltung, Hyperventilation) ■ Erschwerte zeitaufwendige Untersuchung bei bestehender Immobilität
Kleine operative Eingriffe	■ Erschwerte Präparation bei Entfernung an exponierter Stelle (z. B. Gesicht, Augenlid etc.), ■ Zeitaufwendige Blutstillung bei Marcumar-Patient

§ 5 Abs. 2 kann auch auf Versicherte der PBeaKK angewandt werden!

Wichtig | § 5 Abs. 2 GOÄ kann auch auf Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) angewandt werden. Anders als z. B. Bundesbahnbeamte (KVB-Vertrag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung!) unterfallen Postbeamte keinem Vertrag, der zum Ansatz bestimmter Steigerungssätze verpflichtet.

Kostenträger akzeptiert Begründung nicht – was tun?

Patient (nicht der Kostenträger!) hat Recht auf nähere Erläuterung

Allerdings kommt es vereinzelt vor, dass verschiedene Kostenträger (z. B. Beihilfe) die Höherbewertung nicht akzeptieren. Präzise Gründe hierfür werden jedoch meist nicht mitgeteilt. Oft erfolgt lediglich der Hinweis, dass die Bemessungskriterien für die Höherbewertung aus Sicht des Kostenträgers nicht vorlägen. Zu beachten ist hierbei, dass der Patient (nicht der Kostenträger!) das Recht hat, gegenüber dem Arzt eine nähere Erläuterung zur Begründung zu verlangen. Grundlage hierfür ist § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ.

Erläuterung der Begründung auf Verlangen gemäß § 12 Abs. 4 S. 1 GOÄ

„Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen.“

(Plausible) Diagnose kann als nähere Erläuterung ausreichen

Dieser Pflicht zur näheren Erläuterung der Begründung sollte man gegenüber dem Patienten bei Ablehnung durch den Kostenträger unbedingt nachkommen, verbunden mit dem Hinweis, diese nähere Erläuterung beim Kostenträger nochmals zur Prüfung einzureichen. Falls die Plausibilität einer Begründung bereits durch die Diagnose nachvollziehbar ist, kann man jedoch durchaus als Argumentation auf die Plausibilität einer in der Rechnung angegebenen Diagnose zur angegebenen Begründung verweisen.

Beispiel: Diagnose als Begründung höheren Aufwands

Diagnose: Zustand nach Apoplex mit halbseitiger Lähmung; **Begründung:** Erschwerte zeitaufwendige Untersuchung bei bestehender Immobilität

Hilft die Erläuterung nichts, bleibt Ihnen nur der Klageweg

Wird die Erstattung des höheren Steigerungssatzes weiterhin abgelehnt und der Patient weigert sich, den evtl. verbleibenden Selbstbehalt der Rechnung zu begleichen, bleibt leider nur die Möglichkeit, die Forderung gegenüber dem Patienten einzuklagen.

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"

Angaben wie „erhöhter Zeitaufwand" reichen nicht

„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

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

Keine „Sonder-Fachausdrücke“ oder kryptische Abkürzungen

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.

Kurz oder lang fassen?

Gratwanderung zwischen Kürze und Verständlichkeit

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.

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.

Nähere Erläuterung muss nicht lang sein

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.

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 „Einpflege“ 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.



KOSTENERSTATTUNG

Faktorerhöhung: Begründungen bei Endoskopien und allgemein

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Ein Leser fragte, was er tun könne; die Beihilfe lehne bei Endoskopien den angesetzten 3,5-fachen Faktor regelmäßig ab. Um dem Leser helfen zu können, müsste man Einzelheiten wissen, z. B. welche Begründungen er und welche Ablehnungsgründe die Beihilfe anführte. Allgemein aber gilt, dass es besser ist, die Begründungen und Faktoren so zu fassen bzw. zu wählen, dass Widersprüche der Kostenträger seltener werden, als sich im Nachhinein damit auseinanderzusetzen.

Steigerung muss individuell begründet werden

Steigerungsgründe bei Endoskopien

§ 5 GOÄ verlangt für die Wahl eines höheren Faktors eine höher als durchschnittliche Schwierigkeit bzw. einen erhöhten Zeitaufwand (besondere „Umstände bei der Ausführung" sind bei Endoskopien selten gegeben). Bei Leistungen, die bis 3,5-fach steigerbar sind, kann auch die „Schwierigkeit des Krankheitsfalls" zur Begründung herangezogen werden. Ganz wichtig: Bei § 5 müssen sich Schwierigkeit und Zeitaufwand auf „die einzelne Leistung" beziehen. Damit ist ein „automatischer" Ansatz eines höheren Faktors (z. B. bei einer Krebserkrankung) nicht gerechtfertigt.

Sind z. B. Beratungen bei solchen Diagnosen häufig aufwendiger, trifft dies aber nicht für jede andere Leistung zu – z. B. ist ein EKG bei einem Krebskranken meist nicht aufwendiger als bei anderen Patienten. Ebenso können Endoskopien denen bei einem „Normalfall" entsprechen – erforderliche Probepunktionen/Probeexzisionen sind ja bereits in den Leistungslegenden enthalten. Folglich sollte die Begründung patientenindividuell auf besondere Verhältnisse bei der durchgeführten Endoskopie abgestellt sein. Solche erschwerenden Verhältnisse können z. B. sein:

Faktorsteigerung bei Endoskopien: So können Sie argumentieren

Begründungen für Besonderheiten bei Endoskopien

- Schwierig zu überwindende Stenose
- Erschwerte Sicht (und notwendige Beseitigung von) bei/von Auflagerungen
- Erhöhte Perforationsgefahr
- Reflektorische Abwehrhaltung
- Starke Blutung
- Entnahme vieler PE's an verschiedenen Lokalisationen
- Koloskopie unter Einbezug des terminalen Ileums (zu Nr. 687 GOÄ

Hilfreiche Begriffe: „schwierig wegen", „hoher Zeitaufwand"

Allgemeine Hinweise

Bewährt hat sich, in der Begründung zu schreiben „schwierig wegen..." oder „hoher Zeitaufwand bei ..." (und dann den Grund wie in den Beispielen anzufügen). Eigentlich ist das überflüssig, aber bedenken Sie bitte, dass die Sachbearbeiter nicht unbedingt erkennen, dass der angeführte Grund zu erhöhter Schwierigkeit/Zeitaufwand führt.

CORONAPANDEMIE

GOÄ-Hygienepauschale geht, Kosten bleiben: Steigern und Materialkosten weiter möglich

| Die GOÄ-Hygienepauschale für erhöhte Hygienekosten im Zusammenhang mit der Coronapandemie ist seit dem 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig. Zuletzt (seit dem 01.01.2022) war für diese Pauschale die Nr. 383 GOÄ analog (4,02 Euro beim Faktor 2,3) empfohlen worden. Dennoch können Ärztinnen und Ärzte erhöhte Hygienekosten im Rahmen der Privatliquidation berücksichtigen – über die Faktorsteigerung sowie die Abrechnung bestimmter Materialkosten. |

Kosten für Einmalmasken und Schutzkittel sind ansetzbar

Die alternativen Möglichkeiten der Kompensation des erhöhten Hygieneaufwands bestanden seit Beginn der Coronapandemie, doch sie waren zeitgleich nicht neben der Abrechnung der GOÄ-Hygienepauschale (vom 09.04.2020 bis 31.03.2022) ansetzbar.

Materialkosten für nicht in § 10 Abs. 2 GOÄ genannte Materialien sowie ...

Für Materialkosten gibt es in der GOÄ die Option der Berechnung im vorgegebenen Rahmen und in tatsächlicher Höhe. Pauschalen können nicht abgerechnet werden. Dabei ist zu beachten, dass die in § 10 Abs. 2 Nrn. 2 bis 5 GOÄ namentlich genannten Materialien unabhängig vom Preis nicht berechnet werden dürfen. Darunter fallen z. B. auch Desinfektions- und Reinigungsmittel sowie Einmalhandschuhe, nicht jedoch Schutzkittel und Einmalmasken.

Faktorsteigerung im Zusammenhang mit Mehraufwand ist möglich

Weiterhin besteht die Möglichkeit, die nach § 5 GOÄ vorhandenen Kriterien anzuwenden, die eine Faktorsteigerung bei Leistungen bewirken können: Schwierigkeit, Zeitaufwand, Umstände bei der Ausführung oder – in speziellen Fällen – die Schwierigkeit des Krankheitsfalls.

Ein erhöhter Hygieneaufwand allein ist **kein** Kriterium für eine Faktorsteigerung. Auch bei einer Untersuchung in gesonderten Räumlichkeiten liegt **kein** besonderer Umstand in der Ausführung vor, da auch bei Verdacht auf andere infektiöse Krankheiten ein identisches Vorgehen erforderlich sein kann, um andere Patienten im Praxisumfeld nicht zu gefährden.

... Faktorsteigerung gemäß § 5 GOÄ – jedoch nicht wegen „Hygienaufwand“

Bei den erbrachten Leistungen selbst sieht das ggf. anders aus, sodass hier die Infektionsschutzmaßnahmen durchaus mit **besonderen Umständen** bei der Ausführung und auch mit **erhöhtem Zeitaufwand** verbunden sein können, z. B. durch das **zusätzliche Anlegen von Schutzkleidung**. Allerdings erfüllt nicht jede Leistung die Kriterien für eine Faktorsteigerung. Ebenso sollte man beachten, dass § 5 GOÄ auch das „billige Ermessen“ gefordert wird. Man sollte also nicht immer direkt auf den 3,5-fachen Faktor zurückgreifen, sondern auch hier differenziert bewerten (z. B. kann auch lediglich der 3,2-fache Faktor angemessen sein). Im Rahmen der Rechnungsstellung ist zu beachten, dass die Begründung für eine Faktorsteigerung stets auf die einzelne Leistung bezogen und für den Patienten verständlich und nachvollziehbar zu erfolgen hat.



BERATUNG

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. [...]"

Über dem Durchschnitt = mehr als 2,3-fach

„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.

Krankheitsfall ist nicht gleich Erkrankung

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.

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. Der CB 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

Zutreffende Begründungen können problemlos mehrfach genutzt werden

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

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

GOÄ-Nrn. 800 und 8 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig

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.

Kombinieren Sie die Nrn. 800 und 7 miteinander

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.

GOÄ-Nrn. 401 und 410 kombinieren

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.



Honorarvereinbarung innerhalb der GOÄ-Gebührenspanne ist zulässig

HONORARVEREINBARUNG

§ 2 GOÄ – eine nach oben hin offene Skala

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Normalerweise enthält die GOÄ den 3,5-fachen Faktor als Obergrenze. Es gibt aber eine Ausnahme: § 2 GOÄ. Die Regelung sieht vor, dass Arzt und Patient eine „abweichende Vereinbarung" – meist „Honorarvereinbarung" oder „Abdingung" genannt – für die Berechnung der Leistung(en) mit einem darüber liegenden Faktor treffen kann. Doch dabei müssen bestimmte Regeln eingehalten werden, die sich vor allem aus § 2 selbst ergeben.

Pauschalen oder andere Punktwerte sind nicht erlaubt

§ 2 GOÄ erlaubt nur, von der GOÄ abweichende Faktoren zu vereinbaren. Pauschalen, andere Punktwerte oder die Außerkraftsetzung von Abrechnungsbestimmungen der GOÄ sind nicht erlaubt. Die Vereinbarung eines Faktors auch innerhalb der Gebührenspanne der GOÄ (z. B. des 3,5-fachen Faktors) ist jedoch zulässig. Das kann z.B. sinnvoll sein, wenn man die Leistung(en) unabhängig davon, ob sie nach § 5 GOÄ gesteigert werden könnten, mit dem höheren Faktor abrechnen will. In der Rechnung kann dann als (doch noch notwendige) Begründung einfach auf die Vereinbarung hingewiesen werden.

PRAXISHINWEIS | Achten Sie darauf, dass Sie die Vereinbarung **vor** der Erbringung der Leistung schließen. Dies kann durchaus während einer laufenden Behandlung sein, niemals jedoch nach der Leistungserbringung. Zudem müssen Sie die Vereinbarung persönlich treffen. Das heißt: Als leistungserbringender Arzt müssen Sie mit dem Patienten direkt Kontakt haben. Ein Vertragsschluss durch die Sekretärin, einen anderen Arzt oder auf dem Postweg ist nicht erlaubt!

Was bedeutet „Schriftform"?

Die Vereinbarung muss „Schriftform" haben, darf also nicht mündlich geschlossen werden. Doch Obacht: Verwenden Sie keine vollständig vorgedruckte Vereinbarung! So müssen z. B. GOÄ-Nummern, die Bezeichnung der Leistung, vereinbarter Steigerungssatz und der resultierende Betrag individuell eingetragen werden. Zudem muss das vereinbarte Honorare nicht nur individuell berechnet, sondern auch mit dem Patienten besprochen werden. (CB 10/2020, Seite 2 f.) Um Zweifel zu vermeiden, sollte zudem der Arzt im Beisein des Patienten unterschreiben. Dem Patienten muss ein „Abdruck" der Vereinbarung ausgehändigt werden – eine übereinstimmende Kopie, die sicherheitshalber mit Unterschriften oder Paraphen versehen werden kann.

ARCHIV
Hier mobil im CB 10/2020 weiterlesen

Hinweis auf nicht vollständige Kostenerstattung

Auf der Vereinbarung muss außerdem darauf hingewiesen werden, dass die Kosten möglicherweise nicht in vollem Umfang erstattet werden. Der Patient sollte auf die Höhe der „normal" nach GOÄ anfallenden Beträge hingewiesen werden – aber nicht im Schriftstück der Honorarvereinbarung! So ist sichergestellt, dass er sein wirtschaftliches Risiko auch wirklich einschätzen kann.

Die Honorarvereinbarung selbst darf keine weiteren Erklärungen enthalten. In der Vereinbarung darf also z. B. keinesfalls ein Grund für den Steigerungsfaktor angeführt werden! Manchmal ist es aber sinnvoll, dem Patienten nicht nur mündlich die Vereinbarung zu erläutern, sondern – unabhängig von der Honorarvereinbarung – ein Schreiben mit Begründung der Abrechnung zu überreichen. Dies ist sinnvoll, wenn der Patient z. B. mit der Versicherung vor der Behandlung klären möchte, ob diese die Kosten voll übernimmt.

PRAXISHINWEIS | Fall der Patient es wünscht, können Sie in der Rechnung die nach § 5 GOÄ zulässigen Gründe anführen, die es erlaubt hätten, auch ohne Honorarvereinbarung einen höheren Faktor zu berechnen – dies sieht § 12 Abs. 3 GOÄ ausdrücklich vor. So wird dem Patienten zumindest ermöglicht, dass er die GOÄ-Höchstsätze (3,5- bzw. 2,5-fach) erstattet bekommt.

Einschränkungen der Vertragsfreiheit

Notfälle oder akute Schmerzen müssen immer behandelt werden!

Die Vertragsfreiheit ist nicht unbegrenzt: Bei voll-, teil-, vor- oder nachstationären Leistungen ist eine Honorarvereinbarung nur zulässig, wenn die Leistung vom Wahlarzt höchstpersönlich erbracht wird. Die Behandlung von Notfällen und akuten Schmerzen darf nicht vom Abschluss einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden. Für Leistungen im Rahmen des § 5a GOÄ (straffreier Schwangerschaftsabbruch) und Leistungen aus den GOÄ-Abschnitten A, E, M und O ist eine Honorarvereinbarung unzulässig. Das gilt somit – sachlich unsinnig – auch für interventionelle radiologische Eingriffe.

Wenn marktüblicher Betrag verlangt wird, ist dies meist auch angemessen

Die Höhe des zu vereinbarenden Faktors darf nicht willkürlich sein. Das ergibt sich aus allgemeinen Grundsätzen („Treu und Glauben", „Wucher"), aber auch aus der ärztlichen Berufsordnung. Die Angemessenheit ist i.d.R. gewahrt, wenn der Betrag marktüblich ist oder in einem nachvollziehbaren Verhältnis zur individuellen Besonderheit der Leistung steht – etwa bei zeitlichem Mehraufwand oder einer besonderen Schwierigkeit bei bestimmten OPs. Im Gegensatz zu § 5 GOÄ erlaubt die Honorarvereinbarung auch höhere Faktoren aus persönlichen Gründen des Arztes („Koryphäenzuschlag"). Im Zweifel ist „Fingerspitzengefühl" oder anwaltlicher Rat gefragt. Lesen Sie dazu auch den Beitrag

Anwendung und Erstattungsverhalten

Honorarvereinbarungen sind der rechtssichere Weg, wenn bei Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht von Kostenträgern – z. B. bei „nur" ästhetisch indizierten Leistungen – ein marktgerechtes Honorar erzielt werden soll. Während ein „Sammelsurium von Ziffern" oft nicht rechtssicher ist, ist die richtig getroffene Honorarvereinbarung „wasserdicht".

Beihilfen schließen einen höheren Faktor als 3,5-fach generell aus

Beihilfevorschriften schließen die Erstattung höherer Gebührensätze als 3,5-fach generell aus. Ausnahmen sind selten und werden allenfalls nach vorheriger Abklärung gestattet. PKVen schließen in „Normaltarifen" die Erstattung formal nicht aus, es gibt sogar Tarife mit einem ausdrücklichem Hinweis auf Erstattungsmöglichkeiten. Im Zweifel sollte der Patient die Kostenübernahme vor der Behandlung klären.



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 wichtigsten Punkte zu § 2 GOÄ

- 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:

Die Situation des Patienten darf nicht ausgenutzt 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

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

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.

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



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 maßgeblich für Rechnungsstellung

§ 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).

Bezug auf die entsprechende Leistung muss ersichtlich sein

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 schmerzbdingt 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.

Fußnoten sind praktikabel und zulässig

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“.

Nicht zu kurz fassen

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 Steigerungsfaktoren verlangt. Das Recht dazu ist in Absatz 3 des § 12 GOÄ verankert: „Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.“

IHR PLUS IM NETZ
iww.de/cb
Abruf-Nr. 080987

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).



ANALOGABRECHNUNG

Die korrekte Abrechnung neuer Diagnostik- und Therapieverfahren in der GOÄ

von Ernst Diel, ehem. Leiter Grundsatzfragen PVS Büdingen

| 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

Analogabrechnung schon seit 1983 möglich

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.

Hausärzte können nicht auf die GOZ zurückgreifen

§ 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

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

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

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 iww.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 iww.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

Kosten müssen vergleichbar sein – Ausnahme Praxiskosten

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.

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

Zeitaufwand sollte annähernd identisch sein

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

Verständliche Rechnung gefordert

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!

Bei Laborleistungen die tatsächlich durchgeführte Leistung angeben!

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 Vorgehens weise ist insbesondere bei der Durchsetzung und Argumentation gegenüber Kostenträgern hilfreich..

Typische „Fehler“ beim Analogabgriff

Beliebte Fehler: Anderes Gebührenverzeichnis, andere Bewertung etc.

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 iww.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**.

REDAKTION | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an
IWW Institut, Redaktion „CB“
Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen
Fax: 02596 922-80, E-Mail: cb@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 cb.iww.de finden Sie
- Downloads (Musterverträge, -schreiben, Arbeitshilfen, Checklisten u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2003)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Verwaltungsanweisungen 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 „CB“ 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 „CB“ auch auf facebook.com/cb.iww

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

CHEFÄRZTEBRIEF (ISSN 1436-638X)

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); Stefan Lemberg M. A. (Redakteur, verantwortlich)

Bezugsbedingungen | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 15,60 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.

Bildquelle | Titelseite: © Ulf - stock.adobe.com

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

IMPRESSUM

IWW INSTITUT

Ihr Abonnement

Mehr als eine Fachzeitschrift





Print: das Heft

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

Online: die Website

cb.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/cb.iww

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