

AAA Abrechnung aktuell

GOÄ 2018 – steigern bis zum Inflationsausgleich

So setzen Sie höhere Faktoren durch

SONDERAUSGABE

Der Gebührenrahmen in der GOÄ – § 5.....	1
Mit höherem Faktor abrechnen	3
Praxishinweise zur Begründungspflicht bei Schwellenwertüberschreitungen	10
Bei Abrechnung mit höheren Faktoren nicht von Beihilfe & Co. drangsalieren lassen!.....	14
Wann gelten Schwellenwertüberschreitungen als begründet?.....	16
Für das Überschreiten des GOÄ-Schwellenwerts reicht eine pauschale Begründung nicht aus	18
Nr. 1 GOÄ: Häufig mit höherem Faktor abrechenbar.....	19
Aufwendige Untersuchungen richtig steigern.....	21
Steigerung bei Hausbesuchen – schon mal daran gedacht?.....	23
GOÄ-Faktor 3,5 ist keine absolute Obergrenze	25
Die Abdingung – Tipps zur Durchführung und Musterschreiben	26
Den Steigerungsfaktor richtig in Rechnung stellen.....	27



Dr. Stephan Voß,
Stv. Chefredakteur

Liebe Leserinnen und Leser,

„Neue GOÄ in Sicht?“ – so lautet der Titel eines Beitrags in AAA. Allerdings erschien er nicht in einer der jüngeren Ausgaben! Nein, in AAA 11/2003! Richtig, **2003** – kein Tippfehler. Damals hat „die Bundesregierung als Reaktion auf eine kleine Anfrage der CDU/CSU die GOÄ als reformbedürftig bezeichnet“. Zu diesem Zeitpunkt lagen die letzten Änderungen „erst“ sieben Jahre zurück. Denn die GOÄ ist zuletzt 1996 in großem Umfang geändert worden. In weiten Teilen ist sie auch heute noch auf dem Stand von 1982!

Passiert ist in der Zeit seit dieser Einsicht der Bundesregierung erst einmal nichts. **2006** bewegte sich dann aber wieder etwas und AAA verkündete hoffnungsvoll: „Neue GOÄ ab 2008 in Planung!“ (AAA 09/2006). Im Raum stand, dass die Private Krankenversicherung (PKV) abgeschafft und in eine Bürgerversicherung einbezogen werden soll: In den Eckpunkten der Großen Koalition zu einer Gesundheitsreform vom Juli 2006 blieb die PKV als Alternative zur GKV jedoch erhalten und die Bundesärztekammer (BÄK) sollte ein inhaltlich aktualisiertes und neu strukturiertes Gebührenverzeichnis zur GOÄ (ohne Bewertungen) erstellen und in die politische Diskussion einbringen.

Ende **2010** hatten aber sowohl PKV als auch BÄK ihre Konzepte erstellt und AAA gewährte einen Einblick in die Details. Titel des damaligen Beitrags: „Die neue GOÄ: Was sehen die Konzepte der BÄK und PKV im Einzelnen vor?“ (AAA 12/2010). Weniger hoffnungsvoll als 2006 mutmaßte unser Autor Dr. Kleinken denn auch, dass „mit einer neuen GOÄ nicht vor Ende 2012/Anfang 2013“ zu rechnen sei ... Ach, hätte er doch Recht gehabt!

Aber im Jahr **2014** kam Schwung in die Angelegenheit! Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sieht eine Anpassung der GOÄ weiterhin als „erforderlich, ja überfällig“ an und Ende 2015 berichteten wir sogar schon über die „in einer neuen GOÄ vorgesehenen Regelungen“ (AAA 12/2015)! Am 11.05.2017 schrieb die Ärzte Zeitung hoffnungsvoll: „Neue GOÄ soll Ende des Jahres vorliegen“.

Pustekuchen! Inzwischen schreiben wir das Jahr **2018** und vor dem Hintergrund der zähen Regierungsbildung rückt eine GOÄ-Reform erneut in weite Ferne. Laut Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD muss die GOÄ zwar (nach wie vor) reformiert werden. Doch zunächst soll eine wissenschaftliche Kommission bis Ende **2019** (!) Vorschläge für ein „modernes Vergütungssystem“ erarbeiten. Und dann? Der Text des Koalitionsvertrags lässt ahnen, wie es weitergehen könnte: „Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“ Unter diesen Umständen erscheint die Beschäftigung mit der aktuellen GOÄ und deren Steigerungsmöglichkeiten durchaus zukunftsweisend!

Viel Nutzen aus der Lektüre!

Dr. Stephan Voß | Stv. Chefredakteur

REFRESHER

Der Gebührenrahmen in der GOÄ – § 5

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, www.vita-lco.de

§ 5 GOÄ regelt die Bemessung der Gebühren. Darin sind die Grundlagen für den Gebührenrahmen, die Faktorerhöhung, die Begründung und die Begründungsschwelle festgelegt. AAA möchte 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: Dies alles sind Begriffe aus der GOÄ, die häufig für Verwirrung sorgen. Im Rahmen der GOÄ-Abrechnung sollten Sie diese jedoch zwingend beherrschen.

■ 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 niedrigerer 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- bis 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

Der Schwellenwert

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 1,0- 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 08.11.2007, Az. III ZR 54/07). Lesen Sie dazu ausführlich auch Ausgabe 12/2007 von AAA.



GOÄ

Mit höherem Faktor abrechnen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

! Niedergelassene Ärzte rechnen etwa 95 Prozent ihrer Leistungen mit den Schwellenwerten der GOÄ ab. Angesichts des bei gestiegenen Kosten seit 1996 gleich gebliebenen Punktwerts in der GOÄ wächst aber das Interesse der Ärzte an der Möglichkeit, ihre Leistungen auch mit höheren Faktoren zu berechnen. Wir geben deshalb eine Einführung in die zu beachtenden „Spielregeln“ und zeigen Beispiele auf. !

Wer schematisch abrechnet, verschenkt Geld

Schwellenwerte sind die Faktoren, bis zu denen man in der Rechnung keine Begründung für den Ansatz des höheren Faktors geben muss, also z. B. der 2,3-fache Faktor für die sogenannten ärztlichen Leistungen, 1,8-fach für die sogenannten technischen Leistungen.

Das schematische Abrechnungsverhalten ist aus manchen Gründen verständlich. Hauptgrund ist die Erfahrung, dass bei der Abrechnung höherer Faktoren mit Nachfragen von Kostenträgern zu rechnen ist. Zudem muss man Patienten, die bisher die Abrechnung nur mit Schwellenwerten kannten, eventuell die Änderung des Abrechnungsverhaltens erklären.

Tatsache ist, dass die Abrechnung mit höheren Faktoren rechtens ist und dass derjenige, der darauf verzichtet, mit diesem Verzicht auch einen erheblichen Teil des möglichen Honorarvolumens in der Privatliquidation (unbegründet) verloren gibt.

GOÄ-Regeln zur Faktorenbemessung

Die „Spielregeln“ zur Bemessung des Steigerungsfaktors enthält § 5 der GOÄ. Die in diesem Zusammenhang wichtigsten Vorgaben sind in Absatz 2 dieses Paragraphen vorgegeben. Dieser enthält die Kriterien, auf deren Basis der Multiplikator zu wählen ist.

■ § 5 Abs. 2 GOÄ – die Kriterien zur Wahl des Steigerungsfaktors

„Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes 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 Krankheitsfalles begründet sein, dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.“

Die einzelnen in § 5 Abs. 3 GOÄ enthaltenen Kriterien werden nachfolgend analysiert und erläutert.



Verzicht auf
Steigerungen ist
Honorarverzicht

Ausgangspunkt
für Steigerungen
ist § 5 GOÄ

„Durchschnittsfall“
der Leistung ist die
Vergleichsgröße

Kriterium 1: „Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung“

Für die Einstufung einer Leistung als „überdurchschnittlich schwierig“ ist nicht die Leistung an sich entscheidend. Ob eine Leistung per se schwieriger ist als eine andere, ist mit der Punktzahl der Leistung berücksichtigt – z. B. in der Bewertung einer Fremdkörperentfernung (Nr. 2009 GOÄ, 100 Punkte) gegenüber der Fadenentfernung (Nr. 2007 GOÄ, 40 Punkte). Als Vergleichsgröße ist daher der „Durchschnittsfall“ bei der konkreten Leistung heranzuziehen. Es sind also patienten- oder krankheitsbedingte Gründe, die eine Leistung schwieriger als durchschnittlich machen. Bei der Fadenentfernung kann dies z. B. die Entfernung einer überdurchschnittlich großen Zahl von Fäden aus einer großen Wunde oder die knifflige Entfernung „eingewachsener“ Fäden sein.

Dasselbe gilt für den Zeitaufwand: Meist sind der höhere Zeitaufwand und die größere Schwierigkeit einer Leistung auch miteinander verbunden. Allerdings gibt es da auch Ausnahmen: So kann z. B. eine Beratung, die eigentlich nicht „schwierig“ ist, lange dauern, weil der Patient umfangreiche Vorbefunde mitbringt, die im Gespräch mit zu berücksichtigen sind.

■ Beispiel

„Hoher Zeitaufwand bei langer Vorgeschichte unter Berücksichtigung zahlreicher Vorbefunde“ ist eine absolut nachvollziehbare Begründung für die Berechnung einer Erstanamnese mit höherem Faktor, nicht aber zu der in gleicher Sitzung gegebenen i.m.-Spritze.

MERKE | Die Begründung muss zur Leistung passen.

Abschnitte A, E,
M und O sind
ausgenommen

Kriterium 2: „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“

Grund für die überdurchschnittliche Schwierigkeit einer Leistung kann auch der Krankheitsfall selbst sein. Von diesem Bemessungskriterium ausgenommen sind Leistungen der Abschnitte A (kleiner Gebührenrahmen), E (Physikalische Medizin), M (Labor) und O (Röntgen) der GOÄ. Damit gehören vor allem Grundleistungen des Abschnitts B der GOÄ zu den Leistungen, für die mit der Begründung „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“ ein erhöhter Steigerungsfaktor gewählt werden kann. Beispiel: Eine Beratung zu schwerwiegenden Erkrankungen wie Malignomen, einem häufig wechselnden Beschwerdebild oder zu komplexen Erkrankungen („Multimorbidität“) berechtigt zum Ansatz höherer Steigerungsfaktoren. Auch hier gilt, dass der schwierige Krankheitsfall nicht „automatisch“ alle Leistungen schwieriger macht.

MERKE | Bei den mit Schwellenwert 2,3- bis höchstens 3,5-fach steigerbaren Leistungen kann auch der „schwierige Krankheitsfall“ Grund sein, die Leistung, die deswegen schwierig/zeitaufwendig war, mit höherem Faktor abzurechnen.

Hohe Schwierigkeit
ist in Legenden zum
Teil berücksichtigt

Kriterium 3: „in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt“

Wenn eine Leistungsbeschreibung einer GOÄ-Ziffer schon Kriterien für einen höheren Steigerungsfaktor berücksichtigt, können diese nicht nochmals als Begründung für einen höheren Steigerungsfaktor herangezogen werden.

Das heißt: Ist in der Leistungslegende der Ziffer bereits auf eine höhere Schwierigkeit/einen höheren Zeitaufwand abgestellt, kann man dies nicht noch einmal als Grund für einen höheren Faktor heranziehen.

Beispiele: Die starke Verunreinigung einer Wunde ist in der Nr. 2005 GOÄ berücksichtigt, der höhere Zeitaufwand eines Gutachtens schon in der Nr. 85 GOÄ. Unabhängig davon kann die Leistung natürlich aus anderen Gründen schwieriger sein – die Wundversorgung z. B. durch exponierte Lokalisation der Wunde oder das Gutachten durch Widersprüchlichkeiten zwischen Befunden und Angaben des Probanden.

■ Beispiel

Nr. 273 GOÄ ist auf die i.v.-Infusion bei einem bis zu vier Jahre alten Kind abgestellt. Dass die Infusion bei dem Kind schwieriger war (z. B. „höhere Überwachungsichte“), kann nicht als Grund für einen höheren Faktor herangezogen werden. Vielmehr ist dies dadurch berücksichtigt, dass Nr. 273 GOÄ höher bewertet ist als die Nr. 271 GOÄ.

MERKE | In einer Leistungslegende bereits genannte besondere Umstände einer Leistung können nicht als Grund für einen höheren Faktor herangezogen werden. Das schließt natürlich nicht aus, dass diese Leistung aus anderen Gründen mit einem höheren Faktor berechnet werden kann.

Indirekt ergibt sich aus dieser Bestimmung, dass auch dann, wenn der besondere Aufwand bei der Leistungserbringung durch einen Zuschlag berücksichtigt wird, dieser Umstand nicht nochmals als Begründung für einen höheren Faktor herangezogen werden kann.

■ Beispiel

Zu Nr. 50 GOÄ ist ggf. der Zuschlag E berechenbar. Eine Steigerung der Nr. 50 GOÄ mit der Begründung „hohe Dringlichkeit“ ist dann ausgeschlossen.

MERKE | Mit einem Zuschlag berücksichtigte Umstände einer Leistung schließen diesen Umstand als Begründung für einen höheren Faktor aus. Das schließt natürlich nicht aus, dass diese Leistung aus anderen Gründen mit einem höheren Faktor berechnet werden kann.

Kriterium 4: „der einzelnen Leistung“

§ 5 Abs. 2 der GOÄ stellt auf die „einzelne Leistung“ ab. Das heißt, der Grund für den höheren Steigerungsfaktor muss jeweils für die höher abgerechnete Leistung zutreffen. Es gibt zwar Gründe, die für mehrere der abgerechneten Leistungen zutreffen können – z. B. die Schwere der Erkrankung für Beratungen und Untersuchungen. Für eine i.v.-Injektion aber wird dieses Kriterium kaum zutreffen. Eine Faktorerhöhung kann aber dennoch gerechtfertigt sein, z. B. weil ein stark venenreizendes Medikament sehr langsam injiziert werden muss.

In der Legende genannte Umstände begründen keine Steigerung

Jede Leistung ist für sich zu bemessen

Leistung „zur
Unzeit“ ist Grund für
Faktorerhöhung

Kriterium 5: „Umstände bei der Ausführung“

Dieses Kriterium bezieht sich vor allem auf äußere Umstände der Leistungserbringung, z. B. eine erschwerte Leistungserbringung am Notfallort, eine hohe Dringlichkeit (keine Vorbereitung möglich, kein Hilfspersonal) oder die Leistung „zur Unzeit“.

Schließlich ist zu § 5 GOÄ noch zu berücksichtigen, dass er die Bemessung des Faktors „nach billigem Ermessen“ fordert. Das heißt nicht, so billig wie möglich, sondern sachgerecht, mit Augenmaß und unter Berücksichtigung der Interessen des Patienten.

MERKE | Der Faktor wird nicht nach dem Motto „Wünsch Dir was“ bestimmt, sondern der Ermessensspielraum wird sachgerecht und angemessen wahrgenommen.

Was angemessen ist, kann aber nur der die Leistung erbringende Arzt er-messen, nicht der Kostenträger.

MERKE | Um gegen eventuelle Einwände gewappnet zu sein, sollte, wenn dies nicht bereits z. B. aus den Diagnosen hervorgeht, der Grund für die Bemessung eines höheren Faktors dokumentiert sein.

Begründung ist auf
die einzelne Leistung
bezogen anzuführen

§ 12 GOÄ

Als weitere „Spielregel“ zur Berechnung höherer Faktoren ist § 12 GOÄ zu beachten. Er verlangt, dass die Begründung „auf die einzelne Leistung bezogen“ anzuführen ist. Das heißt, es muss in der Rechnung erkennbar sein, zu welcher Leistung die Begründung gehört.

MERKE | Entweder schreibt man die Begründung direkt unter die mit höherem Faktor abgerechnete Leistung oder, falls man Begründungen zusammenfasst, sorgt man mit Indices zu den Begründungen und Leistungen für eine klare Zuordnung.

§ 12 GOÄ verlangt auch, die Begründung „verständlich und nachvollziehbar“ zu fassen, ferner, dass die Begründung auf Verlangen „näher zu erläutern“ ist. Verständliche und nachvollziehbare Begründungen sind solche mit erkennbarem Bezug auf die Besonderheiten der Erkrankung(en) oder den Patienten und ohne Verwendung kryptischer Fachtermini und/oder Abkürzungen. Aus dem Recht auf Nachfrage machen manche Kostenträger leider eine Gewohnheit.

Beispiele für zulässige Begründungen

Um aufzuzeigen, dass „gute Gründe“ für die Bemessung mit einem höheren Faktor häufiger vorliegen, als dass das von niedergelassenen Ärzten in der Abrechnung genutzt wird, geben wir Beispiele zulässiger Begründungen.

Selbstverständlich können die Begründungen nur dann herangezogen werden, wenn die betreffende Leistung auch tatsächlich schwieriger und/oder zeitaufwendiger war als durchschnittlich.

Außerdem empfiehlt es sich – auch wenn viele der Besonderheiten so wie hier formuliert in vielen Leistungsfällen zutreffend sind –, eigene, individuell auf den Patienten und/oder die Besonderheiten des Krankheitsfalls oder die Leistung abgestellte, eigene Formulierungen zu verwenden.

MERKE | An den Beispielen können Sie sich nur orientieren, wenn die Leistung tatsächlich schwieriger und/oder zeitaufwendiger war.

Eigene Formulierungen sollten immer Vorrang haben

■ Begründungsbeispiele

Begründung	Anmerkung
Schwierige Differentialdiagnostik oder -therapie	
Schwere der Grunderkrankung	Vor allem bei Beratungen
Aufwendige Beratung zu Therapieoptionen	Ggf. kann dazu aber auch Nr. 34 zutreffen
Aufwendige Beratung zur eigenaktiven Mitarbeit	
Unerwartete Medikamentenwirkung	
Wechselwirkungsproblematik bei Mehrfachmedikation	
Schwierige medikamentöse Einstellung	Z. B. bei Diabetes
Therapieresistenz	
Häufig wechselndes Beschwerdebild	
Komplexes Krankheitsbild/Erschwernis bei Begleiterkrankung	
Erhebung vieler außerhalb erbrachter Behandlungen	Besonders bei Erstanamnesen
Berücksichtigung umfangreicher, auswärtiger Vorbefundung	Besonders bei Erstanamnesen
Überdurchschnittlicher Zeitaufwand	Bei Mindestzeiten in der Leistungslegende erst ab ca. 50 % Überschreitung angemessen
Erschwerte Verständigung	Z. B. in Fremdsprache, bei Aphasie
Unzeit, wenn kein Zuschlag berechnet werden kann	Das ist umstritten, nach Auffassung des Autors aber durchsetzbar!
Begründung	Anmerkung
Schwierige Lagerung	Z. B. bei Verletzung, Spastik
Säugling, Kleinkind	Wenn Leistung nicht „kinderspezifisch“ ist oder Zuschlag K1/K2 berechnet werden kann
Erschwert bei Adipositas p.m.	Patientenfreundlicher ist: „vermehrte Subkutanschicht“

Erschwert bei akuter Entzündung	
Untersuchung in mehreren Organgebieten	Z. B. bei Nr. 5 GOÄ oder Untersuchung von Brust- und (!) Bauchorganen bei Nr. 7 GOÄ
Untersuchung zusätzlicher Organe	Besonders bei Untersuchung von mehr als vier Organen zu Nr. 420 GOÄ
Schlechte Venenverhältnisse	
Instabiler Kreislauf/Atmung	
Leistung am Notfallort	
Leistung unter schlechten, auswärtigen Bedingungen	Z. B. beim Hausbesuch, im Heim
Hohe Dringlichkeit	Keine Zeit für Vorbereitung, Störung des Praxisablaufs
Ungewöhnliche anatomische Verhältnisse	
Besonderer Umfang der Leistung	Näher bezeichnen, z. B. große Ausdehnung einer Wunde oder Infektion
Schwierig bei akuten Schmerzen	
Reflektorische Abwehrhaltung	
Aufwendige, schwierige technische Modifikation	Nicht gerätebezogen, sondern leistungsbezogen begründen!
Atypischer Befund	
Erschwerte Diagnostik nach Voroperation	
Erschwerte Diagnostik durch krankheitsbedingte Veränderung von Organstrukturen	
Erschwerte Darstellung und Beurteilung bei...	Z. B. „Luftüberlagerung“ bei Sonographien
Erschwerte Injektion bei venenreizendem Medikament	

Die Beispiele sind natürlich nicht abschließend. So können u. a. die Berücksichtigung umfangreicher, auswärtiger Vorbefundung oder eine zusätzliche ST-Streckensenkungsanalyse beim EKG nach Nr. 651 GOÄ zulässige Gründe für einen höheren Faktor sein. Bei operativen Eingriffen kann – außer den bereits angeführten Gründen, die auch auf operative Leistungen zutreffenden –, z. B. auch eine vermehrte Blutung bei Eingriff unter gerinnungshemmender Therapie ein zulässiger Grund sein, den Faktor höher zu bemessen.

Beispiele für unzulässige/nicht ausreichende Begründungen

Manche der in der Praxis anzutreffenden Beispiele sind nach den GOÄ-Kriterien nicht zulässig oder ausreichend.

■ So besser nicht!

Begründung	Anmerkung
Hoher Zeitaufwand	Solche „Leerformeln“ sind nicht ausreichend, vielmehr muss der Grund dafür erkennbar sein.

Schlechte Beispiele

Erhöhte Schwierigkeit	Leerformel
Hohe Kosten	Unzulässiges Kriterium. Die Begründung muss auf Schwierigkeit und/oder Zeitaufwand der Leistung abstellen
Unterbrechung der Leistung aus organisatorischen (nicht-medizinischen) Gründen	Unzulässiges Kriterium
Besondere Qualifikation	(„Koryphäenzuschlag“) Unzulässiges Kriterium
Leistungserbringung durch den Arzt selber	Unzulässiges Kriterium. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit, § 4 GOÄ lässt aber Delegation zu
Örtliche Verhältnisse	Unzulässiges Kriterium
Vermögens- oder Einkommensverhältnisse des Patienten	Unzulässiges Kriterium
Subjektive Erschwernisse	Unzulässiges Kriterium. Die Leistung „in sich“ muss schwieriger sein

Faktoren differenziert bemessen

Es ist logisch, dass die jeweiligen Leistungen nicht nur durchschnittlich (2,3-fach) oder besonders schwierig/zeitaufwendig sind, sondern dass es auch Abstufungen gibt. Z. B. kann angemessen sein, den Faktor mit 3,2-fach zu bemessen. Auch kommt es ja vor, dass eine Leistung unterdurchschnittlich schwierig und/oder zeitaufwendig war. Für diese ist dann z. B. auch ein 1,4-facher Faktor angemessen. Meist sind dies Leistungen mit nur geringen Bewertungen. Der Gewinn bei Abkehr von der Gewohnheit, nur mit den Schwellenwerten zu berechnen, ist höher.

Den niedrigeren Faktor brauchen Sie übrigens nicht zu begründen. Dass das etwas Mühe macht und mancher Praxis-EDV erst noch „beigebracht“ werden muss, ist kein zulässiges Argument dagegen.

MERKE | Der Faktor muss differenziert bemessen werden. Wer differenziert steigert, die Begründungen zutreffend und verständlich fasst und in der Rechnung nachvollziehbar zuordnet, die Gründe für den Ansatz eines höheren Faktors ggf. extra dokumentiert hat, handelt vorbildlich und kann eventuellen Auseinandersetzungen gelassen entgegensetzen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Mehr Privatliquidation - aber wie? (AAA 11/2209, Seite 5)
- Honorarverluste vermeiden: Mit organisatorischen Veränderungen zum Ziel (AAA 12/2011, Seite 13)
- Gelingende Praxisorganisation als Grundlage der betriebswirtschaftlichen Optimierung der Praxis (AAA 06/2013, Seite 17)
- Bericht des PKV-Ombudsmanns: Immer häufiger Streit um GOÄ-Rechnungen! (AAA 08/2016, Seite 15)
- Dürfen Ärzte Gebührenvorschüsse verlangen? (AAA 02/2017, Seite 15)

Gewöhnen Sie sich an, individuell zu steigern

Den Faktor stets differenziert bemessen



ARCHIV

Ausgabe 4 | 2017
Seite 13–14

Jede Rechnung voller
laienverständlicher
„Fachtermini“?

VG-Urteil zu einem
besonders unglück-
lichen Fall von
Fach-Chinesisch

GOÄ

Praxishinweise zur Begründungspflicht bei Schwellenwertüberschreitungen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| Das in AAA 04/2017, Seite 13 vorgestellte Urteil des Verwaltungsgerichts (VG) Düsseldorf vom 13.12.2016 (Az. 26 K 4790/15) hat bei einigen Lesern für Beunruhigung gesorgt. Im Urteil heißt es (verkürzt dargestellt), dass sich aus der Begründung für einen höheren als den 2,3-fachen Satz ergeben müsse, welcher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand bei der Leistung *durchschnittlich* vorläge und wie sich dies im *konkreten* Fall darstelle – und das dann bitte auch noch für Laien verständlich formuliert. Wie mit diesem Urteil in der Praxis umzugehen ist, erfahren Sie im folgenden Beitrag. |

Wie ausführlich muss die Begründung denn nun sein?

Unsere Leser weisen zu Recht darauf hin, dass sich der durchschnittliche Zeitaufwand oft nur schwierig darstellen lasse, da er eher auf Erfahrung und nicht auf (meist nicht vorhandenen) Statistiken beruhe. Unklar ist außerdem, wie einem Laien das Verhältnis des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrads zum Aufwand im konkreten Fall verständlich dargestellt werden kann. Es kann ja kaum eine Option sein, dem Rechnungsempfänger ein medizinisches Lehrbuch zu leihen und in der Folge, wenn er dies nicht nachvollziehen kann, einen „Medizin-Schnellkurs“ anzubieten.

Vorbemerkung

Angesichts der wieder zunehmenden Streitigkeiten bei der Bemessung des Steigerungsfaktors oberhalb der Schwellenwerte (2,3- bzw. 1,8-fach) geben wir nachfolgend einige grundlegende Hinweise, die helfen können, Streitigkeiten von vornherein zu vermeiden.

MERKE | Die folgenden Ausführungen stellen lediglich eine auf Praxis und Erfahrung beruhende „Expertensicht“ dar. Sie sind und ersetzen keine Rechtsberatung.

Das VG-Urteil

Das besagte Urteil erging zur GOZ, ist aber auf die GOÄ übertragbar. Wenn auch nicht ausschlaggebend, so mag aber doch schon zu einer ersten Beruhigung beitragen, dass in dem Fall „unglückliche Umstände“ aufeinander trafen: Ein Zahnarzt gab Begründungen für die Steigerungen an, die teils die Besonderheit nur pauschal beschrieben und teils sogar für den Verfasser in Bezug auf die Leistung nicht leicht nachvollziehbar waren.

Das VG führt in seiner Begründung mehrere BGH-Urteile an. So sagt es, dass „die von § 10 GOZ geforderte Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Begründung aus der Sicht eines medizinischen und gebührenrechtlichen Laien gegeben sein“ muss (Rz. 28) – dies unter Verweis auf das BGH-Urteil vom 21.12.2006 (Az. III ZR 117/06). Weiter heißt es: „Aus der Rechtsprechung des

BGH ist der weitere Schluss zu ziehen, dass der erbrachten Leistung eine überdurchschnittliche Schwierigkeit und/oder ein überdurchschnittlicher Zeitaufwand zugrunde lag, wobei beides – Schwierigkeit und Zeitaufwand – häufig in einer Wechselwirkung steht“ (BGH, Urteil vom 08.11.2007, Az. III ZR 54/07) (Rz 34, 35). Und im Anschluss daran: „Wird eine Schwellenwertüberschreitung mit einem überdurchschnittlichen Aufwand begründet, ist dies für den medizinischen Laien nur dann nachvollziehbar, wenn der Aufwand der erbrachten Leistung ins Verhältnis gesetzt wird zum durchschnittlichen Aufwand vergleichbarer Leistungen. Diesen minimalen Begründungsaufwand muss die Rechnungsbegründung leisten, um die Fälligkeit einer mit einem oberhalb des Schwellenwerts abgerechneten Leistung auszulösen.“ (Rz. 36)

Nachfolgend spricht das VG (zutreffend) davon, dass es durchaus vom Einzelfall abhängen könne, ob der Begründungsaufwand hoch oder niedrig sei. Dann jedoch heißt es: „Jedoch ist es durchaus möglich, dass der Spagat gelingt, indem etwa bei einer zeitaufwandsbezogenen Begründung zumindest stichwortartig der zeitliche Rahmen und der durchschnittliche Zeitaufwand in der Berufspraxis des behandelnden Zahnarztes einerseits und der konkrete Zeitaufwand im Einzelfall dargelegt werden.“ (Rz. 45)

Die BGH-Urteile

Im Folgenden soll betrachtet werden, was der BGH in den beiden vom VG genannten Urteilen gesagt hat:

- Im Urteil vom 21.12.2006 (Az III ZR 117/06) steht: „Zweck der komplexen Regelung über den notwendigen Inhalt einer Rechnung ist es, dem Zahlungspflichtigen, von dem weder medizinische noch gebührenrechtliche Kenntnisse erwartet werden können, eine Grundlage für eine Überprüfung der in Rechnung gestellten Leistungen zu geben“ (Rz. 13).
- Und im Urteil vom 08.11.2007 (Az. III ZR 54/07) „Dies entlastet ihn [den Arzt, Anm. d. Red.] nicht davon, [...] den Gebrauch seines Ermessens darzulegen, wenn der Zahlungspflichtige die Angemessenheit der Rechnung mit bestimmten Argumenten in Zweifel zieht [...]. Das darf aber nicht dazu führen, dass die Begründung der Ermessenentscheidung für jede einzelne Leistungsposition einen Raum einnimmt, hinter dem der Aufwand für die ärztliche Leistung in den Hintergrund tritt.“ (Rz. 20)

Schlussfolgerung: Im Urteil aus 2006 ist von einer „Grundlage“ an Inhalten die Rede, die eine Rechnung enthalten muss, damit auch ein Laie sie verstehen kann und im Urteil aus 2007 wird verdeutlicht, dass eine Begründung für eine Steigerung den Rahmen nicht sprengen darf. Beide Urteile berücksichtigen, dass der Aufwand nicht unnötig ausufern sollte.

Diese Tatsachen und die vom VG verwendeten Konjunktive lassen nur den Schluss zu, dass das VG Düsseldorf die BGH-Urteile „recht eigenwillig“ interpretiert hat. Will sagen: Die Relationen zum Durchschnittsfall bei der Überschreitung des Schwellenwerts zu beachten, ist Verpflichtung des Arztes. Ausufernde Begründungen hierfür aber auch noch in der Rechnung zu verschriftlichen, sprengt das angemessene Maß.

Regel und Ausnahme sollen gegenübergestellt werden ...

... zumindest stichpunktartig

Die Begründung soll nur eine Grundlage (!) sein ...

... und nicht zu aufwendig in der Erstellung

Grundlegende Hinweise zur Begründungspflicht

Wer die folgenden Hinweise beachtet und dann noch differenziert den Faktor bemisst, zeigt, dass er geradezu vorbildlich handelt.

Individuell begründen

Die Begründung muss patienten-, krankheits- oder umstandsbezogen sein

Nach den Kriterien von § 5 GOÄ ist allein die Angabe, dass ein bestimmtes Diagnose- oder Behandlungsverfahren angewandt wurde, nicht ausreichend. Denn auch wenn der Arzt durch diese Angabe erkennen kann, dass die Leistung aufwendiger oder mit besonders hohen Kosten verbunden war, ist dies dem Laien meist nicht klar. Man kann die Schwellenwertüberschreitung auch nicht einfach als „besonderen Umstand“ deklarieren, denn die in § 5 GOÄ genannten „Umstände bei der Ausführung“ beziehen sich auf *äußere* Umstände (die „berühmte“ Versorgung im Straßengraben oder sonstige widrige äußere Umstände). Die Anwendung besonders aufwendiger Verfahren hatte aber einen patienten- oder krankheitsbezogenen Grund. Mit etwas Nachdenken lässt sich das auch ausdrücken.

Für jede einzelne Leistung die Steigerung begründen

Die Begründung muss für die jeweils höher bemessene Leistung zutreffen

§ 5 fordert die Abwägung zur „einzelnen Leistung“. Das heißt, es kann (von Ausnahmen abgesehen) nicht einen Grund geben, der für die verschiedensten Leistungen zutrifft. Ein simples Beispiel: Die lange Krankheitsgeschichte und mitgebrachte Arztbriefe eines neuen Patienten machen zwar Beratungen aufwendiger, nicht aber eine Sonographie. Die kann aber aus anderen und entsprechend zu benennenden Gründen schwieriger/zeitaufwendiger sein. Eine Ausnahme kann z. B. sein, wenn bei einer Operation mehrere berechenbare Leistungen aufgrund erschwerter Sicht bei starker Blutung, vielleicht auch noch unter gerinnungshemmenden Substanzen, erfolgen.

Begründungen sauber zuordnen

Schreiben Sie die Rechnung so, dass klar erkennbar ist, zu welcher Leistung die Begründung gehört

Im ambulanten Bereich ist das i. d. R. einfach: Man schreibt die Begründung direkt unter die mit höherem Faktor abgerechnete Leistung. Eine Zusammenfassung für entsprechend gekennzeichnete Leistungen sollte man nur dann machen, wenn es angebracht und transparent ist. Beispiel: dreimal die Nr. 420 gesteigert und mit einem Sternchen versehen und als Begründung danach zusammenfassend das Sternchen und die zusätzlich untersuchten Organe anführen.

Nur gebräuchliche Fachausdrücke

Fassen Sie die Begründung verständlich

Das hat zwar, wie vorangehend ausgeführt, seine Grenzen, aber Begründungen mit medizinischen Fachausdrücken, die selbst bei Kollegen anderer Fachgebiete Nachdenken verlangen oder gar die Verwendung kryptischer Abkürzungen, sind tabu.

Floskeln vermeiden

Verwenden Sie keine Leerformeln

Manchmal trifft man auf Begründungen wie „hoher Zeitaufwand“ oder „schwierige Leistungserbringung“. Das reicht nicht. Die Begründung muss die Grundlage dafür bilden, dass zu erkennen ist, warum es schwieriger und/oder zeitaufwendiger war.

Fassen Sie die Begründung ggf. ausführlicher

I. d. R. reichen wenige Stichworte. Wenn es aber der Transparenz dient, sollte man nicht davor zurückschrecken, auch einen ganzen Satz zu schreiben.

Verwenden Sie „Zauberworte“

Oft steigt die Akzeptanz, wenn man schreibt „schwierig, weil ...“ oder „zeit- aufwendig wegen...“. Die Post B verlangt das sogar in ihren Hinweisen für ihre Versicherten.

Plausibilität mit den Diagnoseangaben

In vielen Fällen trägt zur Nachvollziehbarkeit bei, dass die Begründung sich auch in den Diagnoseangaben widerspiegelt. Zumindest sollte die Begründung im Zusammenhang mit den angeführten Diagnosen plausibel sein. Dafür kann dann auch sinnvoll sein, recht umfangreich Dauer- und Nebendiagnosen anzuführen.

Differenziert steigern

Zuletzt, aber sehr wichtig: Wenn 2,3-fach der angemessene Faktor für die durchschnittliche Leistung ist und die GOÄ als Höchstsatz 3,5-fach vorsieht, ist es doch schon sachlogisch, dass nicht nur 2,3- oder 3,5-fache Faktoren angemessen sein können. Häufig ist auch z. B. der 2,8- oder 3,3-fache Faktor angemessen. Wenn mehrere Leistungen mit höherem Faktor abgerechnet werden, kann es auch angemessen sein, diese mit unterschiedlichen Faktoren zu bemessen.

Manchmal gibt es vielleicht auch den Fall, dass eine Leistung besonders leicht oder schnell zu erbringen möglich war. Dann ist auch ein Faktor unterhalb von 2,3 bzw. 1,8 angemessen! Meistens handelt es sich dabei ohnehin um relativ gering bewertete Leistungen, sodass der „Verlust zur Standardabrechnung“ gering, der Gewinn an Glaubhaftigkeit aber groß ist.

Appendix: Entwicklung des Schwellenwerts

Nicht nur beim VG Düsseldorf wird über „Betrachtungen“ zum 2,3- und 3,5-fachen Faktor vergessen, dass der 3,5-fache Faktor ursprünglich ein Mittelwert war: In der GOÄ von 1965 war der Gebührenrahmen in § 2 vom Einfachen bis Sechsfachen bestimmt. 1983 wurde das dann in § 5 auf das Einfache bis Dreieinhalbfache reduziert, weil das Leistungsverzeichnis erheblich differenzierter war als zuvor. Das Dreieinhalbfache entsprach dabei dem vorherigen (auch meist angewandten) Durchschnitt der Gebührenspanne. Die gleiche Entwicklung nahm die GOZ. Viele Streitigkeiten führten jedoch dazu, dass der Verordnungsgeber in der GOZ von 2011 im § 5 klarstellte: „Der 2,3-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab“. Auch das ist voll auf die GOÄ übertragbar.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Für das Überschreiten des GOÄ-Schwellenwerts reicht eine pauschale Begründung nicht aus (AAA 04/2017, Seite 12)
- Wann ist ein privatärztliches Honorar angemessen? (AAA 09/2016, Seite 11)

Stichworte reichen i. d. R. aus

Erklärende Worte

Zum besseren Verständnis ggf. Nebendiagnosen anführen

Beim Faktor variieren ...

... und auch mal nach unten „steigern“



ARCHIV

aaa.iww.de



GOÄ

Bei Abrechnung mit höheren Faktoren nicht von Beihilfe & Co. drangsalieren lassen!

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

! Dass Nr. 1 GOÄ häufig mit einem höheren als dem 2,3-fachen Faktor berechnet werden kann und was man dabei beachten sollte, lesen Sie im Beitrag auf Seite 19 dieser Sonderausgabe. Trotz aller Sorgfalt passiert es dann aber trotzdem, dass Kostenträger den höheren Faktor nicht erstatten wollen. Wie kann man in diesen Fällen vorgehen? !

Einmal muss man sich rechtfertigen

Kostenträger, die die Erstattung (zunächst) verweigern, nutzen aus, dass die GOÄ den Arzt verpflichtet, die in der Rechnung angeführte Begründung „auf Verlangen“ näher zu erläutern (§ 12 Abs. 3 Satz 2). Eine solche „nähere Erläuterung“ wird dem Patienten gegenüber als kostenfrei zu erbringende „Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag“ angesehen. Dieser Umstand weist schon darauf hin, dass die „nähere Erläuterung“ keiner umfangreichen Stellungnahme bedarf.

■ Beispiele

Nr. 1 GOÄ wurde mit der Begründung „Erstanamnese“ gesteigert. Die „nähere Erläuterung“ könnte z. B. lauten: „Bei der durchgeführten Erstanamnese wurden nicht nur aktuelle Aspekte, sondern u. a. auch Vorerkrankungen und Vorbehandlungen berücksichtigt. Dass dies ein zulässiger Grund für die Bemessung der Nr. 1 mit höherem Faktor ist, wird z. B. in der Veröffentlichung der BÄK im DÄB vom 29.10.2004 (GOÄ-Ratgeber) bestätigt.“

Oder (bei einer Verbrühung) wurde **Nr. 5 GOÄ** mit der Begründung „Untersuchung in mehreren Organgebieten“ gesteigert. Eine mögliche Erläuterung wäre: „Aus der in der Rechnung angeführten Diagnose ist ersichtlich, dass Untersuchungen an beiden Händen und Unterarmen erfolgten. Dies ist bezogen auf die Leistung einer symptombezogenen Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ überdurchschnittlich umfangreich.“

Wenn nach der Erläuterung noch immer nicht erstattet wird

Trotz dieser schon relativ ausführlichen Erläuterungen geben sich insbesondere Beihilfestellen damit häufig nicht zufrieden. Statt nun zu resignieren oder den Patienten mit einer Bemerkung wie „Es heißt eben Beihilfe, nicht Vollkostenerstattung“ abzuspeisen und zu verärgern, kann man ihn auch darüber aufklären, dass dieses Verhalten von Beihilfestellen ja sattsam bekannt ist und bereits mehrfach gerichtlich moniert wurde:

■ So heißt es z. B. im Urteil des Amtsgerichts Langenfeld vom 17.12.1998 (Az. 23 C 315/98): „Mehr als das [was der Arzt getan hatte; Anm. d. Autors]

Formulierungsvorschläge

IHR PLUS IM NETZ

aaa.iww.de
Abruf-Nr. 080987



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. [Dies] kann aber nicht Beurteilungsgrundlage sein. [...] Bei anderweitiger Betrachtung würde nämlich kaum ein Arzt seine Hauptaufgabe, d. h. die Behandlung von Kranken, erfüllen können, weil er nahezu pausenlos mit der Erläuterung seiner Rechnungen beschäftigt wäre.“

- Oder im Urteil des Oberverwaltungsgerichts Lüneburg vom 12.08.2008 (Az. 5 LA 368/08): „Nach dem Zweck der Pflicht zur schriftlichen Begründung – dem Patienten eine lediglich grobe Handhabe zur Einschätzung der Berechtigung des geltend gemachten Gebührenanspruchs zu geben –, sind keine überzogenen Anforderungen an eine ausreichende Begründung zu stellen. Andererseits muss die Begründung aber geeignet sein, das Vorliegen solcher Umstände nachvollziehbar zu machen, die nach dem materiellen Gebührenrecht eine Überschreitung des Schwellenwerts rechtfertigen können. Einer ausführlichen ärztlichen Stellungnahme, deren Anfertigung möglicherweise mehr Zeit in Anspruch nimmt als die abzurechnende Behandlung, bedarf es allerdings nicht. In der Regel wird es vielmehr genügen, stichwortartig das Vorliegen von Umständen, die das Überschreiten des Schwellenwerts rechtfertigen können, nachvollziehbar zu machen.“
- Dann kann man den Patienten auch noch darauf hinweisen, dass er – für den Fall, dass die Beihilfe immer noch nicht einlenkt –, eventuell die gerichtliche Auseinandersetzung mit der Beihilfe suchen muss. Seine „Streitbereitschaft“ kann er gegenüber dem Sachbearbeiter damit untermauern, indem er auf das Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 13.10.2011 hinweist (Az. III ZR 231/10): „Wird bei der Festsetzung der Beihilfe die Überschreitung des Schwellenwerts (2,3-facher Gebührensatz) in einer Zahnarztrechnung rechtswidrig und schuldhaft nicht anerkannt, und lässt sich daraufhin der den Antrag stellende Beamte wegen der bei ihm durch diese Entscheidung hervorgerufenen begründeten Zweifel an der Richtigkeit der Rechnungsstellung auf einen Zivilrechtsstreit mit dem behandelnden Arzt ein, so sind ihm die im Falle des Unterliegens entstehenden Kosten zu ersetzen.“

FAZIT | Letztlich ist es „Temperamentssache“, ob man sich auch bei hinsichtlich Erstattungslücken „schwierigen“ Patienten wehrt oder auf den Honorarzuwachs verzichtet. Die Erfahrung zeigt, dass nach solchen Hinweisen in der Regel der „schwarze Peter“ bei der Beihilfestelle liegt und dass häufig auch die Sachbearbeiter gegenüber „diesem Arzt“ nach einiger Zeit auf Einwände lieber verzichten.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Lesen Sie zum Urteil des BGH ausführlich den Beitrag „Beihilfestelle darf Gebühren nicht einfach kürzen“ in AAA 05/2012, Seite 1.
- Was Ärzte zur Beihilfe wissen sollten (AAA 08/2011, Seite 16)



IHR PLUS IM NETZ
aaa.iww.de
Abruf-Nr. 093236



IHR PLUS IM NETZ
aaa.iww.de
Abruf-Nr. 114244



ARCHIV
aaa.iww.de



BEIHILFE

Wann gelten Schwellenwertüberschreitungen als begründet?

von Rechtsanwältin Dr. Anna Lauber, Kanzlei am Ärztehaus, Münster,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

| Die Rechtsprechung geht davon aus, dass keine überzogenen Anforderungen an die Begründung einer Schwellenwertüberschreitung zu stellen sind. Allerdings muss die Begründung so gestaltet sein, dass sie die Überschreitung auch nachvollziehbar rechtfertigt. |

„Besondere Unruhe“ keine ausreichende Begründung

Das Verwaltungsgericht (VG) Hannover hatte sich mit der Klage einer Beihilferechtigten zu beschäftigen, deren Rechnung nicht vollständig erstattet wurde. Die Beihilfestelle hatte zwar grundsätzlich die Beihilfefähigkeit bejaht, allerdings stand noch die Schwellenwertüberschreitung bei einzelnen Rechnungspositionen im Streit. Der behandelnde Arzt hatte die Schwellenwertüberschreitung für den Faktor 3,5 begründet mit: „Bei besonderer Unruhe der Patientin.“

Die Richter des VG Hannover wiesen die Klage mit der Begründung ab, für die Annahme einer „überdurchschnittlichen Schwierigkeit“ gäben die Arztrechnung und die nachgereichte Begründung zur Schwellenwertüberschreitung keinen Anlass (Urteil vom 11.07.2011, Az. 13 A 6153/08). Die Klägerin könne sich insoweit in diesem Fall nicht mit Erfolg auf das Urteil des Niedersächsischen Obergerichtes vom 05.04.2011 berufen, nach dem eine Schwellenwertüberschreitung bereits bei „nur“ überdurchschnittlichen Schwierigkeiten bzw. Zeitaufwand gerechtfertigt sei (Az. 5 LB 231/10).

Hintergrund

Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) sind Aufwendungen beihilfefähig, soweit sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Die Vorschriften enthalten keine eigenständige Konkretisierung des Begriffs „angemessen“ und begrenzen die Kostenerstattung grundsätzlich auf die Gebühren, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreiten.

Somit knüpft die Beihilfefähigkeit von ärztlichen Leistungen an die Angemessenheit des ärztlichen Honorars an. Ob eine ärztliche Honorarforderung angemessen ist, beurteilt sich allerdings ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der maßgebenden ärztlichen Gebührenordnung (hier: GOÄ) und nicht nach den Beihilfavorschriften.

MERKE | Wenn eine Schwellenwertüberschreitung den Vorschriften der GOÄ gerecht wird, ist sie in der Regel auch in vollem Umfang beihilfefähig!

Begründung des Arztes war nicht nachvollziehbar

Beihilfavorschriften definieren nicht, was angemessen ist

Die angemessene Steigerung des Gebührensatzes

Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ nach dem 1,0- bis 3,5-fachen des Gebührensatzes. Innerhalb dieses Rahmens 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. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf nach § 5 Abs. 2 GOÄ eine Gebühr nur zwischen dem 1,0-fachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Satzes ist nur zulässig, wenn die genannten Besonderheiten dies rechtfertigen.

Bemessungskriterien

- Schwierigkeit
- Zeitaufwand
- Umstände

■ Folgende Punkte zu Schwellenwertüberschreitungen sind durch die Rechtsprechung klargestellt

- Die behördliche Entscheidung darüber, ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, mithin auch wann eine Besonderheit im Sinne des § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ vorliegt, ist keine Ermessenentscheidung und unterliegt der uneingeschränkten verwaltungsgerichtlichen Kontrolle. Das heißt: Nicht die Beihilfestelle kann nach eigenem Ermessen entscheiden, ob eine Leistung beihilfefähig ist oder nicht. Bestehen Zweifel an der Angemessenheit der Steigerung durch den Arzt, können diese nur gerichtlich geklärt werden.
- Wegen des Ausnahmecharakters des § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ müssen Besonderheiten – abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle – gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten aufgetreten sein.
- Eine Verfahrensweise bei der Ausführung einer Leistung, die vom Arzt allgemein oder häufig angewendet wird – also nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in ihrer Person liegender Schwierigkeiten –, kann nicht als eine das Überschreiten des Schwellenwerts rechtfertigende Besonderheit angesehen werden.
- „In der Regel“ ist die Spanne zwischen dem einfachen Gebührensatz und dem Schwellenwert einzuhalten.
- Die Bestimmung des angemessenen Steigerungsfaktors in der Spanne zwischen dem 2,3-fachen und dem 3,5-fachen Gebührensatz steht im Ermessen des Arztes. Diese Bemessung ist insoweit – anders als die Frage, ob Besonderheiten ein Überschreiten der Regelspanne rechtfertigen – von der Beihilfefeststellungsstelle nur eingeschränkt überprüfbar. Dies gilt gleichermaßen für die verwaltungsgerichtliche Überprüfung.
- Bei Überschreiten dieses Werts wegen Besonderheiten der Bemessungskriterien (§ 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ) muss eine schriftliche Begründung des Überschreitens des Schwellenwerts erfolgen, die auf Verlangen näher zu erläutern ist (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ).

Stichwortartige Begründung genügt

Wie eingangs erwähnt, geht die Rechtsprechung davon aus, dass keine überzogenen Anforderungen an die Begründung einer Schwellenwertüberschreitung zu stellen sind. Die schriftliche Begründung soll dem Patienten eine lediglich grobe Handhabe geben, damit er einschätzen kann, ob der geltend gemachte Gebührenanspruch überzogen ist oder nicht. Andererseits muss die Begründung aber natürlich geeignet sein, das Vorliegen der Umstände nachvollziehbar zu machen, die eine Überschreitung des Schwellenwerts notwendig gemacht haben (OVG Münster, Beschluss vom 20.10.2004, Az. 6 A 215/02). Einer ausführlichen Stellungnahme, deren Anfertigung möglicherweise mehr Zeit in Anspruch nimmt als die abzurechnende Behandlung, bedarf es allerdings nicht. In der Regel wird es genügen, stichwortartig das Vorliegen von Umständen, die das Überschreiten des Schwellenwerts rechtfertigen können, nachvollziehbar zu machen (VGH Mannheim, Urteil vom 07.06.1994, Az. 4 S 1666/91).

Keine Romane schreiben



RECHTSPRECHUNG

Für das Überschreiten des GOÄ-Schwellenwerts reicht eine pauschale Begründung nicht aus

von Bertram F. Koch, Justiziar der Ärztekammer Westfalen-Lippe a. D.,
Of Counsel, Kanzlei am Ärztehaus Münster, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

| Eine Rechnung, mit der dem Patienten privatärztliches Honorar in Rechnung gestellt wird, ist/wird nur dann fällig, wenn sie den Anforderungen der GOÄ entspricht. Will man den Schwellenwert überschreiten, muss dies auf die einzelne Leistung bezogen – schriftlich begründet – geschehen. Pauschalbegründungen reichen nicht aus. U. a. dies hat das Landgericht (LG) Hamburg mit Urteil vom 29.06.2016 noch einmal bestätigt (Az. 332 S 61/14). |

Fall und Entscheidungsgründe

Auslöser des Rechtsstreits zwischen dem klagenden Patienten und dessen privater Krankenversicherung war die Beanstandung der Versicherung, dass das Überschreiten des Schwellenwerts in unzulässiger Weise pauschal begründet und darüber hinaus vorgenommene Analogbewertungen falsch (nur mit dem Zusatz „A“ versehen) gekennzeichnet worden waren. Dies sah das Gericht genauso:

- Soll die Gebühr – so das Gericht – höher als der 2,3-fache Satz liegen (sog. **Schwellenwertüberschreitung**), muss dies verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden, und zwar – anders als im konkreten Fall geschehen – auf die einzelne Leistung bezogen. Aus der Begründung muss hervorgehen, dass die erbrachte Leistung überdurchschnittlich schwierig und/oder überdurchschnittlich zeitaufwendig war (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ) und der Schwierigkeitsgrad bzw. der Zeitaufwand somit über demjenigen lag, der durch den Schwellenwert abgedeckt wird. Stereotype und undifferenzierte Pauschalbegründungen reichen nicht aus.
- **Analogbewertungen** müssen die in § 12 Abs. 4 GOÄ festgelegten Anforderungen erfüllen. Der Arzt hatte im konkreten Fall diversen Rechnungspositionen aber lediglich ein „A“ vorangestellt. § 12 Abs. 4 GOÄ erfordert aber, dass nicht nur die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben ist, sondern dass sie auch ausdrücklich mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie mit der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erbrachten Leistung zu versehen ist.

Anmerkungen

Wer korrekt über dem 2,3-fachen Gebührensatz abrechnen will, muss sich die Mühe machen, seine Erwägungen hierfür individuell auf den Behandlungsfall bezogen – am Maßstab der Vorgaben der GOÄ – in der Rechnung lesbar schriftlich niederzulegen, d. h. zu begründen. Und auch wenn sich das LG Hamburg hierzu nicht äußern musste, sei der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass ein „Kapazitätszuschlag“ nach wie vor unzulässig ist. Die sich wie auch immer ausdrückende besondere ärztliche Qualifikation rechtfertigt es unverändert nicht, den Gebührenrahmen zu überschreiten.

Wer „A“ sagt, muss dies auch erläutern

„Kapazitätszuschlag“ ist nach wie vor unzulässig

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 10 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, 1,0 bis 2,5-fach bei den „technischen“, 1,0 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 nahelegend. 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

10 Minuten Beratung
sind überdurch-
schnittlich

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.

Grund anführen und
nicht Dauer

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.

■ 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.

Spezielle Beratungs-
leistungen nicht aus
dem Auge verlieren

PRAXISHINWEIS | 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.

HONORAROPTIMIERUNG

Aufwendige Untersuchungen richtig steigern

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, www.vita-lco.de

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 Faktor 2,3	Euro Faktor 3,5	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 Oberbauchsonografie

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

GOÄ-Nrn. 800
und 8 sind nicht
nebeneinander
berechnungsfähig

Kombinieren Sie
die Nrn. 800 und 7
miteinander

GOÄ-Nrn. 401 und
410 kombinieren

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 Nr. 8 GOÄ 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. Ggf. wäre ja auch bei einer ausgeprägten diabetischen Neuropathie die neurologische Untersuchung zu steigern (39,78 Euro). Als Begründung wäre in diesem Fall z. B. „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 Nr. 410 GOÄ 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

Steigerung bei Hausbesuchen – schon mal daran gedacht?

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, www.vita-lco.de

| Der Hausbesuch in der GOÄ (GO-Nr. 50) umfasst laut Leistungslegende den eigentlichen Besuch einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung. Was genau ist damit gemeint? Und unter welchen Umständen lässt sich die Abrechnung des Hausbesuchs steigern? |

Was beinhaltet die Nr. 50 GOÄ genau?

Im Kommentar von Wezel/Liebold (21. Lieferung, Juli 2012) ist zu lesen: „Unter einem „Besuch“ ist jedes Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung an dessen Aufenthaltsort zu verstehen, sofern dieser Ort nicht die Praxis, Zweitpraxis oder eine andere Art von regelmäßiger Behandlungsstelle des Behandlers ist.“

Also lediglich das Aufsuchen des Patienten an seinem Aufenthaltsort ist mit der Ziffer abgegolten. Wie Sie dahin kommen, wird mit dem Wegegeld (§ 8 GOÄ) berücksichtigt.

■ Der Hausbesuch

GO-Nr.	Punkte	F.: 2,3	F.:3,5	Leistungslegende
50	320	42,90	65,28	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung

Zusätzlich beinhaltet die Besuchsleistung nach Nr. 50 GOÄ noch die Beratung und die symptombezogene Untersuchung. Damit ist die Beratung nach Nr. 1 GOÄ nicht neben dem Hausbesuch berechnungsfähig. Doch wie so häufig sind gerade im Zusammenhang mit Erkrankungen, die einen Hausbesuch erforderlich machen, aufwändige und zum Teil auch zeitintensive Beratungen und Erörterungen notwendig.

Wenn die Beratung nach Nr. 1 GOÄ entfällt, bliebe noch die eingehende Beratung nach Nr. 3 GOÄ. Diese ist jedoch nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 berechnungsfähig – entfällt also auch als berechnungsfähige Leistung im Zusammenhang mit einem Hausbesuch. Was bleibt also als Lösung des Problems?

Gebührenrahmen voll ausnutzen

Wenn im Rahmen eines Hausbesuchs eine zeitaufwendige Beratung stattfindet, die über das Maß der Beratung nach Nr. 1 GOÄ hinausgeht, bleibt im Prinzip nur, den Gebührenrahmen voll auszunutzen. Das bedeutet, dass Sie durchaus den Faktor für den Hausbesuch bis auf 3,5 steigern können. Dabei



Ansetzen der Nr. 1 GOÄ entfällt gänzlich ...

... und die Nr. 3 funktioniert nicht neben Nr. 50

Steigerungen
nachvollziehbar
begründen

kann jeglicher Faktor, entsprechend des Aufwands, zwischen dem 2,3- und dem 3,5-fachen Satz angewendet werden. Es muss also nicht gleich auf 3,5 gesteigert werden, sondern es kann auch ein Faktor von 2,9 oder 3,3 zur Anwendung kommen.

Die Steigerung des Faktors über 2,3 hinaus macht eine entsprechende Begründung erforderlich. Das sollte jedoch keinen Hinderungsgrund darstellen. So könnten folgende Begründungen sinnvoll sein:

- Erhöhter Zeitaufwand bei komplexem Krankheitsbild
- Erhöhter Zeitaufwand bei beratungsintensivem Krankheitsbild
- Eingehende zeitaufwendige Beratung bei komplexem Krankheitsbild notwendig

Auch an die
Nrn. 4 und 804
denken

MERKE | Denken Sie auch daran, dass im Falle einer zusätzlichen Beratung bzw. Unterweisung der Bezugsperson des besuchten Patienten ggf. die Nr. 4 GOÄ zu berechnen ist.

Und liegt eine psychische Alteration vor, so kann auch auf die Nr. 804 GOÄ zurückgegriffen werden. Die „Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration“ (ändern Sie hier den Text der Leistungslegende in „Therapeutisches Gespräch“) nach Nr. 804 GOÄ ist nämlich nicht neben der Besuchsleistung nach Nr. 50 GOÄ ausgeschlossen!

Wartezeiten nicht
einfach klaglos
hinnehmen

Gebühren durch Ansetzen der Wartezeit optimieren

Es sind aber nicht nur ausführliche und zeitaufwendige Beratungsleistungen, die eine Steigerung des Faktors für die Besuchsleistung sinnvoll erscheinen lassen. Es kommt ja auch vor, dass der Patient aus welchen Gründen auch immer, ungewöhnlich lange braucht, bis er die Tür öffnen kann. Viele Gründe können dazu führen, dass Sie entsprechende Wartezeiten haben, bis die Tür geöffnet wird. Diese Umstände haben nicht Sie als Arzt zu verantworten. Damit besteht auch in diesen Fällen die Möglichkeit, den erhöhten Zeitaufwand über die Nutzung des Gebührenrahmens geltend zu machen.

PRAXISHINWEIS | Auch bei pflegeintensiven Patienten, für deren Untersuchung ein deutlich erhöhter Zeitaufwand (komplizierte Lagerung, Zeitaufwand bis der Patient entkleidet ist, zeitaufwendige Untersuchung etc.) notwendig ist, sollten Sie an eine Erhöhung des Faktors für den Hausbesuch denken.

ARCHIV

aaa.iww.de



WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Hausbesuche richtig abrechnen: Schaubild für Sie zum Ausdrucken (AAA 12/2014, Seite 8)
- GOÄ-Abrechnung von Hausbesuchen (AAA 04/2014, Seite 6)
- Rechnen Sie das Wegegeld bei Hausbesuchen immer richtig ab? (AAA 03/2013, Seite 1)
- GOÄ: Kinderärzte fragen – wir antworten! Abrechnungstipps zu abrechenbaren Ziffern beim Hausbesuch (AAA Nr. 9/2012, S. 21)
- Kinderärzte: Helferinnenbesuch (Nr. 52 GOÄ) (AAA 08/2013, Seite 19)

GEBÜHRENHÖHE

GOÄ-Faktor 3,5 ist keine absolute Obergrenze

von Dr. Dr. med. Peter Schlüter, Reilingen, www.vita-lco.de

§ 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 sowie
- 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.



Die wichtigsten Punkte zu § 2 GOÄ

Die Situation des Patienten darf nicht ausgenutzt werden

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, Pulheim

In den vorangegangenen Beiträgen wurden die „Spielregeln“ zur Berechnung höherer Steigerungsfaktoren und Beispiele zur Berechnung höherer Steigerungsfaktoren dargestellt. Im Folgenden erhalten Sie 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
10.3.18	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		



§ 12 GOÄ
maßgeblich für
Rechnungsstellung

Bezug auf die
entsprechende
Leistung muss
ersichtlich sein

Fußnoten sind
praktikabel und
zulässig

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
10.03.18	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. Z. B. 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.“

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). Sie finden das Urteil im Volltext unter aaa.iww.de. Geben Sie einfach in das Suchfeld die Abruf-Nr. 080987 ein.

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



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, Franz-Horn-Str. 2, 97091 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, 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 | RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin), Dr. phil. Stephan Voß M.A. (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Bezugsbedingungen | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 12,75 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

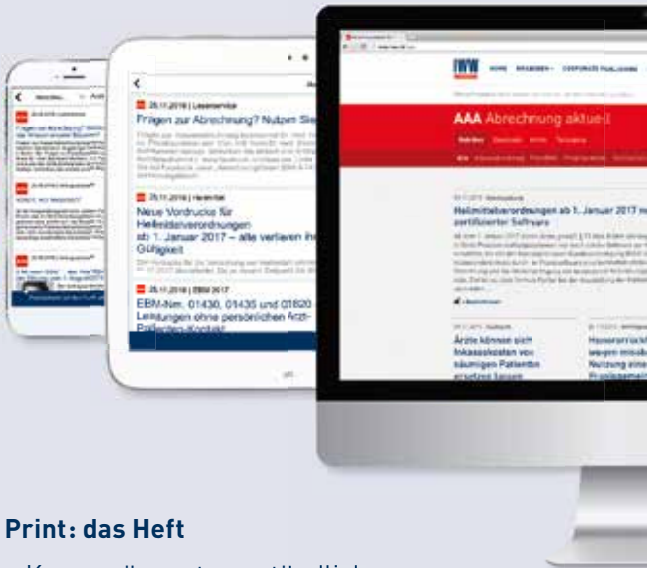
Hinweise | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen.

Bildnachweis | Titelbild © www.panousi-fotografie.de

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/SL1913

- 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

