

FAQs Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Sie haben eine Frage zur GOÄ, die untenstehend nicht beantwortet wird? [Klicken Sie hier](#)
...

[Die GOÄ im Internet ...](#)

GOÄ § 4 Abs. 2

Wann liegt eine "selbständige Leistung" im Sinne der GOÄ vor?

Gemäß § 4 Abs. 2 der GOÄ liegt ausnahmsweise eine selbständige Leistung vor, wenn unter den einzelnen Nummern der GOÄ eine verschiedene Zielleistung verfolgt wird. Um bei der Zielleistung zwischen "selbständiger Leistung" und "unselbständiger Leistung" im Rahmen eines operativen Vorganges abzugrenzen, sind drei Prüfungen vorzunehmen, damit eindeutig die Frage der Selbständigkeit gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ geklärt werden kann:

1. die historische Prüfung, in der festgestellt wird, ob zum Zeitpunkt der Bildung der operativen Gesamtleistung eine solche Teilleistung überhaupt schon bekannt war,
2. die Prüfung der Bewertung dahingehend, ob das Gewicht der Teilleistung gemessen an Punkten überhaupt in der Bewertung der Hauptleistung – ebenfalls gemessen an Punkten – bei vernünftiger Abwägung des Leistungsinhaltes untergebracht werden kann,
3. die medizinische Prüfung, um festzustellen, inwieweit sich die Notwendigkeit der Teilleistung aus der operativen Hauptleistung selbst ergibt.

Anzumerken ist noch, daß eine "unselbständige Leistung" routinemäßig neben der Hauptleistung durchgeführt wird.

Als wesentliche Hilfestellung bei der Beurteilung, ob es sich bei einer erbrachten ärztlichen Leistung um eine "selbständige Leistung" handelt, ist die Frage, ob für die durchgeführte Leistung eine eigenständige Indikation vorlag.

GOÄ Nr. 1

Ist es möglich für die Terminabsprache mit der Arzthelferin die GOÄ Nr. 1 "Beratung" in Rechnung zu stellen?

Dies ist nicht möglich - hier verweisen wir auf die Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ zu Abschnitt B, Punkt 7.

GOÄ Nr. 3

Was ist bei der Abrechnung der GOÄ-Nr. 3 zu beachten?

Die GOÄ Nr. 3 kann nur als einzige Leistung oder neben Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 und 801 berechnet werden. Ausnahme ist noch die Berechnung einer Bescheinigung nach GOÄ Nr. 70 oder 75. In der Rechnung ist im Hinblick auf die Abrechnung der GOÄ Nr. 3 die Mindestdauer von 10 Minuten anzugeben. Zwar gilt dies gem. § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ nur für eine "in der Leistungsbeschreibung" genannte Mindestdauer, jedoch trifft dies insoweit auch für die GOÄ Nr. 3 zu, als die Anmerkung mit der Definition der Mindestdauer die Leistungslegende in einem wichtigen Punkt konkretisiert und somit Teil der Leistungsbeschreibung ist.

GOÄ Nr. 5 / Nr. A 638 / Nr. A 831 - Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Wie kann die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) abgerechnet werden?

In Frage kommen könnte der Ansatz der GOÄ A 831, fraglich ist aber auch der Ansatz der GOÄ A 638 oder aber die GOÄ 5.

Die Bundesärztekammer (BÄK) empfiehlt nach wie vor ausschließlich den originären Ansatz der GOÄ 5 an. Laut deren Auskunft mangelt es an den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 der GOÄ. Hiernach kann eine analoge Berechnung nur erfolgen, wenn eine vergleichbare Leistung im Gebührenverzeichnis für Ärzte nicht vorhanden ist.

Die GOÄ 5 hält gerade für diese ärztliche Tätigkeit die GOÄ 5 bereit, so dass die Voraussetzungen zur analogen Berechnung entfallen und nur die GOÄ 5 berechnet werden kann. Ein analoger Ansatz der GOÄ Nrn. 831 oder 638 ist daher nicht möglich.

In diesem Fall trifft dann auch die Allgemeine Bestimmung Nummer 2 zum Abschnitt B der GOÄ zu. Das heißt, die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben den Leistungen nach den Abschnitten C bis O der GOÄ im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 15

Was ist bei der Abrechnung der GOÄ Nr. 15 unbedingt zu beachten?

Durch die Verknüpfung der "flankierenden therapeutischen und sozialen Maßnahmen" in der Leistungslegende durch "und" ist gefordert, daß sowohl therapeutische als auch soziale Maßnahmen zu koordinieren sind, um die GOÄ Nr. 15 berechnen zu können. Es muß sich um die kontinuierliche und ambulante Behandlung eines chronisch Kranken (z. B. Diabetes mellitus, Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis, Zustand nach Apoplex) "und" die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen handeln.

Eine kontinuierliche Betreuung erfordert eine fortlaufende Information des Arztes über den Stand der therapeutischen und sozialen Maßnahmen im Hinblick auf das erstrebte

Behandlungsergebnis. Als soziale Maßnahmen sind z. B. patientenbezogene Kontakte zu Pflegeheimen (Übergang in ein Pflegeheim bis hin zur Wohnungsauflösung), sozialen Einrichtungen, Kureinrichtungen, Krankenversicherungen, Sozialarbeitern u. a. zu verstehen - siehe Aufzählung in der amtlichen Begründung in: Dietrich Brück (Begr.) Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten oder anderen Krankenhäusern erfüllt nur selten den Inhalt "soziale Maßnahmen".

Nicht nach GOÄ Nr. 15 berechenbar sind Maßnahmen, die sich nur auf den sozialen Lebensbereich des Patienten selbst (z. B. Familienkonflikte, Planung von Urlaubsreisen) beziehen. Zu bedenken ist auch, daß erbrachte Koordinierungsleistungen häufig Bestandteil des berechneten Arztbriefes sind. Die GOÄ Nr. 15 kann u. a. nicht für die in der amtlichen Begründung aufgezählten Beispiele "Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, Rezeptverschreibungen" noch daneben berechnet werden. Auch reicht die angegebene "regelmäßige Überprüfung der Medikation" beim Patienten allein (ohne Drittkontakt) nicht zur Berechenbarkeit der GOÄ Nr. 15 aus. In aller Regel ist die GOÄ Nr. 15 der hausärztlichen Tätigkeit (ggf. auch durch Fachärzte) vorbehalten.

GOÄ Nr. 29

Was ist bei der Abrechnung der GOÄ-Nr. 29 zu beachten?

Zum 1. Oktober 1989 sind die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Kraft getreten. Sie haben den aus § 25 Abs. 1 SGB V sich ergebenden Anspruch der gesetzlich Krankenversicherten, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, auf eine jedes zweite Jahr durchführbare Gesundheitsuntersuchung konkretisiert. In der Folgezeit haben auch die privaten Krankenversicherungen die Gesundheitsuntersuchung ("Check up") in ihren Leistungskatalog aufgenommen. Die Gesundheitsuntersuchung dient - in Anlehnung an die entsprechende Begründung des Gesetzgebers zum Gesundheitsreformgesetz von 1988 - insbesondere der Erkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen sowie Stoffwechselerkrankungen (v. a. Diabetes mellitus). Darüber hinaus ist die Früherkennung weiterer sogenannter "Volkskrankheiten" (z. B. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis) Gegenstand der Untersuchung.

Damit bezieht sich die Gesundheitsuntersuchung auf andere Inhalte als die Krebsfrüherkennungsuntersuchung nach den Nrn. 27 und 28. Die Leistung nach Nr. 29 ist daher neben den Nr. 27 oder 28 berechnungsfähig, wenn die entsprechenden Untersuchungsinhalte nebeneinander in einer Sitzung erbracht werden. Die Gesundheitsuntersuchung in der gesetzlichen Krankenversicherung darf erst ab dem vollendeten 35. Lebensjahr und dann auch nur jedes zweite Jahr in Anspruch genommen werden.

Außerhalb der Leistungszuständigkeit der GKV gelten diese Einschränkungen nicht. In Übereinstimmung mit § 1 Abs. 2 GOÄ ist eine Gesundheitsuntersuchung beim Erwachsenen bereits ab dem vollendeten 18. Lebensjahr durchaus sinnvoll. Auch geht eine jährliche Gesundheitsuntersuchung keineswegs "über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung" hinaus (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ). Möchten daher Erwachsene einmal pro Jahr eine Gesundheitsuntersuchung als individuelle, auf ihr Sicherheitsbedürfnis abgestimmte Gesundheitsleistung in Anspruch nehmen, so ist hierzu

aus medizinischer Sicht nichts einzuwenden. Die Frage der Erstattungsfähigkeit durch private Krankenversicherungen und Beihilfestellen tangiert weder das Recht der "Patienten" auf Inanspruchnahme dieser Leistung noch die Berechtigung des Arztes, diese im Einklang mit den medizinischen Erfordernissen auch durchzuführen.

Allerdings sollte der Arzt der guten Ordnung halber den Patienten darauf hinweisen, daß ein außerhalb der Regelungen der GKV in Anspruch genommener Check-up ggf. von dem privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. der Beihilfestelle nicht erstattet wird.

Eine Berechnung der GOÄ Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 neben der GOÄ-Nr. 29 ist gebührenrechtlich nicht möglich.

GOÄ Nr. 30 - Ernährungsberatung

Kann die Ernährungsberatung auf naturheilkundlicher Grundlage analog berechnet werden?

Die wichtigste Grundvoraussetzung zur Berechnung einer analogen Berechnung gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ ist, dass eine entsprechende Leistung im Gebührenverzeichnis noch nicht vorhanden ist.

U. E. sind die Beratungsleistungen im Rahmen der GOÄ ausschöpfend mit den GOÄ Nrn. 1ff abgegolten, so dass eine analoge Berechnung entfällt. Der Ansatz der GOÄ 30ff. kommt nicht in Frage, da die hier jeweils genannte Leistungslegende nicht erfüllt wird.

Da die GOÄ für Beratungsgespräche die GOÄ 1 oder 3 parat hält, ist eine analoge Berechnung nicht möglich.

GOÄ Nr. 33 - Diabetiker-Gruppenschulung

Kann die GOÄ Nr. 33 analog für eine Diabetiker-Gruppenschulung in Rechnung gestellt werden?

Nein, eine analoge Berechnung der Diabetiker-Gruppenschulung in der GOÄ ist nicht möglich, da diese in der GOÄ Nr. 20 erfaßt ist. Eine gegenüber dem vertragsärztlichen Bereich bei dieser einzelnen Leistung niedrigere Vergütung ist kein zulässiger Grund für die analoge Berechnung einer anderen GOÄ-Nummer. Bei der GOÄ Nr. 33 handelt es sich ausschließlich um eine Einzelschulung, weshalb diese nicht für eine Gruppenschulung angesetzt bzw. berechnet werden kann. Hier verweisen wir auf die Erläuterung in der Leistungslegende zur GOÄ-Nr. 33.

GOÄ Nr. 34

Welche Kriterien sind bei der Berechnung der GOÄ-Nr. 34 unbedingt zu beachten?

Die Nr. 34 (Erörterung - Dauer mindestens 20 Minuten - der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - ggf. einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und

Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen) komplettiert neben den Nrn. 1 und 3 das Spektrum der Beratungsleistungen. Allerdings ist die Nr. 34 insoweit eine "spezielle Beratungsleistung", als sie nur in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung einer gravierenden Erkrankung in Abrechnung gebracht werden kann. Jedoch ist sie im Gegensatz zu anderen speziellen Beratungsleistungen wie den Nrn. 21 und 22 nicht fachgebunden und insofern für Ärzte aller Gebietsgruppen berechnungsfähig. Im Gegensatz zu den Beratungsleistungen nach den Nrn. 1 u. 3 scheidet die Möglichkeit einer Erbringung der Nr. 34 auf telefonischem Wege aus, da die Bedeutung der Beratung bei den zugrundeliegenden Erkrankungen einen unmittelbaren Arzt-Patientenkontakt erfordert.

Darüber hinaus bedarf es zur Abrechenbarkeit eines "unmittelbaren Zusammenhangs" zur Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer Erkrankung. Dieses Erfordernis des unmittelbaren Zusammenhangs hat zunächst eine zeitliche Komponente. Die GOÄ Nr. 34 kann nur anlässlich der Mitteilung der Diagnose ("Feststellung der Erkrankung") oder der erheblichen Verschlimmerung der Erkrankung (z. B. Aufklärung über die Möglichkeit einer größeren Operation) abgerechnet werden. Allerdings ist der "unmittelbare Zusammenhang" keineswegs als ausschließlich zeitliche Bindung zu verstehen. Vielmehr kommt es vor allem auf den unmittelbaren sachlichen Zusammenhang zwischen der Erörterung und der Feststellung oder Verschlimmerung einer Erkrankung an.

Unter dem Begriff der lebensbedrohenden Erkrankungen können zunächst alle bösartigen Erkrankungen (z. B. Leukämie, Karzinom) sowie die schweren systemischen Erkrankungen (z. B. Morbus Hodgkin, AIDS) verstanden werden. Eine lebensbedrohende (mindestens jedoch lebensverändernde) Erkrankung liegt jedoch auch dann vor, wenn Risikofaktoren festgestellt werden, die erfahrungsgemäß mit einer deutlichen Lebensverkürzung einhergehen. Hierzu zählt die HIV-Infektion ebenso wie die schwere arterielle Hypertonie oder die schwere Hypercholesterinämie. Dagegen stellen akut lebensbedrohende Erkrankungen (z. B. schwere Unfallverletzungen, schwere Lungenentzündung) frühestens nach Abwendung der akuten Lebensgefahr einen Anlaß zur Erörterung der lebensverändernden Krankheitsauswirkungen auf die Lebensgestaltung dar. Als nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen sind z. B. alle gravierende Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises zu verstehen, daneben aber auch die Lebensgestaltung berührende Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Bandverletzung am Kniegelenk oder Asthma bronchiale, wenn Sie das Leben des Patienten im Einzelfall gravierend verändern.

Die Leistung nach Nr. 34 schließt die Planung eines größeren operativen Eingriffs sowie die Abwägung seiner Konsequenzen u. Risiken ein. Die Nr. 34 ist daher auch berechnungsfähig für das ausführliche Aufklärungsgespräch vor größeren operativen Eingriffen. Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten nach der ersten Erbringung noch ein weiteres Mal berechnungsfähig. Nach Ablauf dieser Frist schließen sich weitere 6-Monats-Zeiträume mit jeweils erneuter maximal zweimaliger Berechnungsfähigkeit an. Die erneute Berechnung der Nr. 34 innerhalb der Fristen ist unabhängig vom konkreten Anlaß der Erörterung, sofern die Anforderungen der Leistungslegenden im übrigen erfüllt sind. Damit ist die Nr. 34 auch dann berechnungsfähig, wenn die Erörterung die Auswirkungen derselben Krankheit auf die Lebensgestaltung in zwei zeitlich nicht zusammenhängenden Sitzungen von jeweils 20 Minuten Dauer durchgeführt wird. Wenn innerhalb der 6-Monatsfrist eine weitere nachhaltig lebensverändernde Erkrankung auftritt oder sich erheblich verschlechtert, kann sie nur nach den Nrn. 1 oder 3 berechnet werden. Das ist aber ein Ausnahmefall.

Normalerweise können die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 neben der Leistung nach Nr. 34 nicht berechnet werden. In der Liquidation muß schließlich (siehe § 12) die in der Leistungsbeschreibung genannte Mindestdauer aufgeführt sein.

GOÄ Nr. 60

Welche Kriterien sind bei der Abrechnung der GOÄ-Nr. 60 (Konsiliarische Erörterung) zu berücksichtigen?

Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat. Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).

Mit der zum 1.1.1996 in Kraft getretenen 4. Änderungsverordnung ist eine wesentliche Änderung im Hinblick auf die Abrechnung der konsiliarischen Erörterung nach Nr. 60 eingetreten. Danach muß die konsiliarische Erörterung nicht mehr "am Bett des Patienten" erfolgen. Somit ist die Nr. 60 auch für die konsiliarische Erörterung z. B. des Hausarztes mit dem Facharzt oder des niedergelassenen einweisenden Arztes mit dem Krankenhausarzt berechnungsfähig. Dies gilt auch für die konsiliarische Erörterung auf telefonischem Wege.

Jeder nach Nr. 60 liquidierende Arzt muß sich vor der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt haben. Der "unmittelbare zeitliche Zusammenhang" zwischen konsiliarischer Erörterung und persönlicher Befassung mit dem Patienten ist keine ausschließliche, sondern lediglich eine mögliche Konstellation für die Abrechnung der Nr. 60.

Es reicht aus, wenn sich der liquidierende Arzt (irgendwann) zuvor, also vor der tatsächlichen konsiliarischen Erörterung, mit dem Patienten befaßt hat. Unter Berücksichtigung des Gebots der medizinischen Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 kann daher zwischen der persönlichen Befassung mit dem Patienten und der konsiliarischen Erörterung durchaus ein Abstand von ein oder zwei Tagen liegen.

Die konsiliarische Erörterung ist grundsätzlich sowohl zwischen als auch unter Ärzten jeder Fachrichtung berechnungsfähig. Hierzu gibt es jedoch zwei wesentliche Einschränkungen:

1. Es darf sich nicht um routinemäßige Besprechungen (z. B. Abteilungskonferenz, Röntgenbesprechung, Patientenübergabe vom Rettungsarzt zum Krankenhausarzt, aber auch: Patientenübergaben bei Praxisvertretung, Abstimmung zwischen Operateur und Anästhesist vor operativen Eingriffen) handeln.

2. Die abrechnenden Ärzte dürfen nicht in einem zu engen organisatorischen Tätigkeitsverhältnis zueinander stehen. Aus diesem Grunde kann die Nr. 60 nicht abgerechnet werden für

- Ärzte derselben Krankenhausabteilung,
- Ärzte derselben Gemeinschaftspraxis,
- Ärzte derselben Praxisgemeinschaft, sofern es sich um gleiche oder ähnliche Fachrichtungen handelt.

GOÄ Nr. 252 - Thymustherapie

Wie ist die Thymustherapie zu berechnen?

Gemäß § 6 Abs. 2 der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für Ärzte nicht vorhanden sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen. Die wichtigste Voraussetzung zur Bildung einer analogen Berechnung ist das Fehlen der erbrachten ärztlichen Leistung im Gebührenverzeichnis. Laut Auskunft eines beratenden Facharztes ist das bei Durchführung einer Thymustherapie der Fall. Die Durchführung dieser Leistung ist mit dem Ansatz der GOÄ 252 abgegolten.

Eine analoge Berechnung kann nicht erfolgen, da die oben geschilderte Behandlung eine klassische Leistung zur Durchführung der GOÄ 252 darstellt. Auslagen gemäß § 10 der GOÄ können zusätzlich berechnet werden.

GOÄ Nr. 410

Mit welchen Ziffern kann die Osteodensitometrie berechnet werden?

Bei Berücksichtigung und Berechnung im Rahmen der GOÄ ist jeweils nach den angewandten Techniken zu unterscheiden.

Für die Bestimmung des Mineralgehaltes (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skelettteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik ist die originäre Leistung nach der GOÄ 5380 berechenbar. Diese Leistung kann jedoch nur bis zum 1,8fachen Faktor und mit Begründung (Personenbezogen) bis zum 2,5fachen Steigerungsfaktor berechnet werden.

Für die Osteodensitometrie mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik ist die originäre Leistung nach der GOÄ 5475 zu berechnen. Auch diese Leistung kann nur bis zum 1,8fachen bzw. 2,5fachen (mit personenbezogener Begründung) Steigerungsfaktor berechnet werden.

Gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ kann eine Leistung nur analog herangezogen werden, wenn

- diese im Rahmen der GOÄ noch nicht vorhanden ist und
- eine selbständige Leistung darstellt, nicht Bestandteil einer anderen berechneten Leistung ist.

So verhält es sich u. E. zur Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) mit Ultraschall.

Diese Leistung ist im Rahmen der GOÄ noch nicht vorhanden, so dass gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ eine analoge Bewertung herangezogen werden muss. Gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ muss diese nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig zur analog herangezogenen Ziffer sein.

Dieses ist für die Knochendichtemessung mit Ultraschall u. E. die GOÄ 410. Diese ist nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig zu sehen. Die GOÄ 410 kann jedoch bis zum 2,3fachen mit Begründung bis zum 3,5fachen Faktor gesteigert werden.

Ein analoger Abgriff der Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) mit Ultraschall zur GOÄ 5380 oder 5475 ist u. E. im Sinne der GOÄ nicht sachgerecht.

GOÄ Nr. 687

Gibt es von Seiten der ÄKN eine Abrechnungsempfehlung zur Anwendung einer Leistung mittels "FICE-Modus"?

Grundlage der Erbringung ist die Durchführung einer hohen Koloskopie nach der GOÄ 687. Diese wird zusätzlich nach dem "FICE-Modus" durchgeführt.

Der FICE-Modus ist eine Softwareapplikation, die im Prozessor integriert ist. Per Knopfdruck lässt sich der FICE zuschalten, so dass Läsionen gezielter erkannt werden können. Einfach ausgedrückt kommt ein Filter zum Einsatz, der spezielle Lichtwellenlängen herausfiltert.

Damit verbessert sich die Diagnostik. In einigen Produktinformationen von Anbieterfirmen heisst es auch, dass der FICE-Modus durch ein einfaches Zuschalten während der Untersuchung ausgelöst werden kann. Der Prozessor ist neben dem Endoskop eine Einheit, unabhängig davon, welche technischen Möglichkeiten ansonsten bestehen. Mit der Ziffer 5298 für den Einsatz der Videoendoskopie (Zuschlag laut BÄK) ist die Abrechnungsmöglichkeit erschöpft. Die A 1789 kann für den FICE-Modus nicht angesetzt werden. Beide Untersuchungsverfahren sind nicht vergleichbar. (Der FICE-Modus ist lediglich auf Knopfdruck auslösbar). Denkbar ist u. E. ein erhöhter Zeitaufwand für die Untersuchung z. B. bei Colitis ulcerosa-Patienten (mit dem 3,5-fachen Faktor für die Ziffer 687).

Abschließend ist u. E. die hohe Kolposkopie mit zusätzlichem "FICE-Modus" mit dem Ansatz der GOÄ 687 abgegolten. Eine analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 der GOÄ ist nicht möglich, da das Fehlen einer Leistung in der GOÄ nicht erfüllt ist. Für den erhöhten Zeitaufwand ist gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 der GOÄ ein erhöhter Steigerungsfaktor sachgerecht.

GOÄ Nr. 1249

Ist die GOÄ 1249 bei Untersuchung beider Augen 2 x berechenbar?

Die GOÄ 1249 ist für die fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund berechenbar.

In der Vergangenheit hat die ÄKN die Auffassung vertreten, dass ein zweifacher Ansatz der GOÄ 1249 bei Durchführung dieser Leistung an beiden Augen gerechtfertigt ist. Diese

Aussage basierte auf der Leistungslegende. Es wurde angenommen, dass die Leistungslegende zur GOÄ 1249 in der Einzahl gefasst worden ist und somit ein zweifacher Ansatz möglich ist.

Diese Aussage ist von der Bundesärztekammer revidiert worden. Laut Auskunft der BÄK beziehen sich alle in der GOÄ aufgeführten diagnostischen augenärztlichen Leistungen, soweit diese in der jeweiligen konkreten Leistungsbeschreibung nicht anderes bestimmt sind, immer auf beide Augen.

Nur dann, wenn - wie z. B. bei der Nr. A 7008 GOÄ -, in der Leistungsbeschreibung die Berechnung je Auge explizit erwähnt wird, kann die betreffende Gebührensiffer in den Fällen, in denen tatsächlich beide Augen untersucht wurden, zweimal abgerechnet werden. Die Tatsache, dass in der Nr. A 7008 GOÄ die Nr. 1249 GOÄ als Bezugspunkt der Bewertung aufgeführt wird, ändert an dieser Aussage nichts bzw. gerade durch die in der Nr. A 7008 GOÄ vorgenommene Konkretisierung "je Auge" wird dem Ausnahmetatbestand der pro Auge möglichen Abrechnungsmöglichkeit Rechnung getragen, die ansonsten bei der Nr. 1249 GOÄ nicht gegeben ist.

Eine zweifache Abrechnung der GOÄ 1249 ist bei der Diagnostik jeweils beider Augen demzufolge gebührenrechtlich unzulässig. Dieser Auffassung hat sich die ÄKN angeschlossen.

U. E. ist daher, entgegen unseren bisherigen Ausführungen, die GOÄ 1249 nur einmal je Sitzung auch bei beidseitiger Untersuchung berechenbar.

GOÄ Nr. 2453 - Schweissdrüsenabsaugung

Mit welcher GOÄ-Nr. ist eine Schweissdrüsenabsaugung (subcutane Suctions Kürrettage) der axillaren Schweißdrüsen zu berechnen?

Gemäß § 6 Abs. 2 der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, welche in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen worden sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen.

Im Sinne des § 6 Abs. 2 der GOÄ liegt u. E. keine gleichwertige Leistung zur GOÄ 2414 vor (es liegt keine Artverwandtheit vor), so dass dieser Ansatz analog nicht gerechtfertigt ist. Wir empfehlen eher den Ansatz der GOÄ 2453 analog zu berechnen. Diese Leistung kann für die Operation des Lymphödems einer Extremität in Ansatz gebracht werden. Es liegt hierbei eine gleichwertige Leistung zur Schweissdrüsenabsaugung vor. Wird die Kürrettage bds. durchgeführt, kann die Leistung auch zweifach berechnet werden.

Beim Ansatz des erhöhten Steigerungsfaktors sind die Voraussetzungen des § 5 Abs. 2 Satz 1 der GOÄ zu berücksichtigen. Das heißt, außer dem erhöhten Equipment und dem aufwändigen Fingerspitzengefühl müssen weitere Gründe vorliegen. Der erhöhte Steigerungsfaktor muss jeweils aus dem OP-Bericht erkennbar sein.

Zusammenfassend ist daher u. E. gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ die GOÄ-Nr. 2453 anstelle einer evtl. bevorzugten GOÄ 2414 analog zu berechnen.

GOÄ Nr. 2755

Empfehlen Sie den zweifachen Ansatz der GOÄ Nr. 2755 bei beidseitiger Schilddrüsenoperation?

In der Vergangenheit hat die Ärztekammer Niedersachsen, wie auch von der Bundesärztekammer (BÄK) empfohlen, den Wortlaut der GOÄ sinngemäß ausgelegt und nur den einfachen Ansatz dieser Leistung, auch bei einer beidseitigen Resektion oder Teilresektion, als ansatzfähig angesehen. In der Leistungslegende zur GOÄ Nr. 2755 heißt es:

"Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse."

Als Begründung wurde hierbei angegeben, daß es sich anatomisch gesehen bei der Schilddrüse (Schilddrüsenlappen) um ein Organ und kein paariges Organ handelt und somit der Ansatz dieser Leistung insgesamt nur einmal in Rechnung gestellt werden konnte. Paarige Organe sind z. B. nur die Nieren, die Augen die Ohren etc. und gelten jeweils als zwei eigenständige Organe. Dies gilt nicht für die Schilddrüsenlappen, die ebenso wie die vier Leberlappen in anatomischer Sicht als ein Organ aufzufassen sind und daher mit dem einmaligen Ansatzes der Nummer 2755 abgegolten waren. Eine Ausschöpfung des Gebührenrahmens (bis 3,5facher Steigerungsfaktor) konnte daher bislang aufgrund des Zeitaufwandes gemäß § 5 der GOÄ als erfüllt angesehen werden.

Da jedoch im Hinblick auf die beidseitige Resektion sehr unterschiedliche Gerichtsurteile ergangen sind, sehen wir uns in unserer bisherigen Auffassung zu einer Änderung bewegt. Nach Prüfung der Einwände und Berücksichtigung der zur Zweifachberechenbarkeit der Nummer 2755 der GOÄ bei beidseitiger Schilddrüsenoperation uneinheitlichen Rechtsprechung hält der Gebührenordnungsausschuß der Bundesärztekammer die Auffassung aufrecht, daß eine Zweifachberechnung berechtigt und im Sinne der GOÄ ist. Diese Auffassung vertritt nach persönlicher Rücksprache auch die Bundesärztekammer.

Aufgrund dieser Aussagen und der uneinheitlichen Rechtsprechung korrigieren wir unsere bisherige Aussage und empfehlen den zweifachen Ansatz der GOÄ 2755 bei einer beidseitigen Schilddrüsenoperation. Hinzuweisen ist jedoch darauf, daß mit Abrechnung der zweimaligen GOÄ Nr. 2755 der einmalige Ansatz der Eröffnungsleistung nach Nummer 2803 der GOÄ abzuziehen ist. Auch wiesen wir darauf hin, daß mit der Zweifachberechnung der Nummer 2755 der GOÄ (unter Abzug der 1 x Nummer 2803 der GOÄ) die erhöhte Schwierigkeit und der erhöhte Zeitaufwand bei doppelseitiger Resektion kein Kriterium mehr für das Überschreiten der Begründungsschwelle (über 2,3fache Steigerungsfaktor) darstellt, sondern dies Besonderheiten des Einzelfalles vorbehalten bleibt.

GOÄ Nr. A 617

Mit welcher Ziffer kann die FeNO-Messung berechnet werden?

Die FeNO-Messung wird hierbei, mit dem Gerät Nioxmino der Fa. Aerocrine AG Bad Homburg durchgeführt, das heißt die Messung von Stickstoff-Monoxid in der Ausatemluft des Patienten.

U. E. gibt es für die Abrechnung der NO-Messung in der Ausatemluft von z. B. Asthmapatienten keine vorhandene GOÄ-Nr., so dass auf eine analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 der GOÄ ausgewichen werden muss.

Die Messung des NO-Gehaltes in der Ausatemluft z. B. bei Patienten mit Atemwegserkrankungen, so ein beratender Facharzt, eine nicht mehr ganz neue, aber dennoch sinnvolle Methode, um zusätzliche Informationen hinsichtlich der Entzündungsaktivität bei Atemwegserkrankungen zu erlangen. U. a. ist diese Methode geeignet, um bei einem Asthmapatienten die Güte der medikamentösen Einstellung zu überprüfen.

U. E. ist die Ziffer 617 der GOÄ (Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase) eine korrekte Analogziffer, da sie die Messung von Gasen in der Ausatemluft vorsieht. Auch ist Angesichts des Aufwandes diese Ziffer geeignet.

Zusammenfassend ist daher u. E. gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ die genannte FeNO-Messung (d. h. die Messung von Stickstoff-Monoxid in der Ausatemluft des Patienten) eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbare und somit gleichwertige Leistung zur GOÄ 617 zu sehen.

GOÄ Nr. A 624 / GOÄ Nr. A 760 - Hautfunktionsteste

Welche Ziffern sind für Hautfunktionsteste anzusetzen?

Da die Anzahl der Hautfunktionsteste inzwischen geradezu unübersichtlich geworden ist, hat die KBV gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen dem schon bei der Entwicklung des jetzt geltenden EBM Rechnung getragen und die Ziffer 941 EBM eingeführt, die für alle Hautfunktionsteste jeweils einfach abgerechnet werden kann.

Die Legendierung des Hautkapitels der GOÄ ist veraltet und daher nicht auf dem neuesten Stand. Eine Bewertung dieser Leistungen kann daher nur im Rahmen des § 6 Abs. 2 der GOÄ analog erfolgen. Unter diesem Aspekt ist die Ziffer 760 GOÄ als analoge Berechnung für alle Hautfunktionsteste (nicht Laser-Doppler-Flowmetrie) als angemessen anzusehen. Je Test kann die Ziffer dann einmal abgerechnet werden.

U. E. sind die folgenden Hautfunktionsteste mit den erwähnten Analogziffern als sachgerecht zu bezeichnen:

Therapie und Empfehlung

- Mexametrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- Evaporimetrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- tiefenselektive Laser – Doppler – Flowmetrie: Ziffer A 624 GOÄ
- Hidrometrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- Thermometrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- Erythematometrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- Sebumetrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ
- Corneometrie der Haut: Ziffer A 760 GOÄ

GOÄ Nr. A 629 - Stressechokardiographie

Nach welcher GOA Nr. ist die Stressechokardiographie abzurechnen?

U. E. ist der analoge Ansatz zur GOÄ 629 gerechtfertigt und im Sinne des § 6 Abs. 2 der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu sehen.

Die Nummer 629 ist zur Zeit noch nicht in das Analogverzeichnis des Bundesgesundheitsministeriums aufgenommen worden.

Gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ kann daher der Arzt Kosten für selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen.

Entsprechend einer gleichwertigen Leistung heißt, daß die GOÄ auf die Gleichwertigkeit zielt und nicht auf die Gleichartigkeit. Zwei Leistungen sind gleichwertig, wenn die Summe der "Tatbestandselemente" der einen der gleiche Wert beigemessen werden kann, wie der anderen. Sind die bei einer im Gebührenverzeichnis fehlenden Leistung vorkommenden "Tatbestandselemente" gleichwertig denjenigen einer erwähnten Verrichtung, so ist die Eingruppierung einer nicht genannten Leistung einfach. Erforderlich ist daher eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung. Indessen ergibt sich aus dem Wort gleichwertig, daß es für die Bewertung der in Frage kommenden Leistung nicht allein auf die Äußere Gleichartigkeit ankommt, sondern entscheidend auf die innere Gleichwertigkeit. Insofern sind von Bedeutung die Schwierigkeit der Leistung und besonders der Zeitaufwand, beides maßgebende Gesichtspunkte auch im Rahmen von § 5 der GOÄ. Schließlich ist die Angemessenheit zu beachten, das heißt die Einfügung in den Rahmen der GOÄ.

Bei der Suche nach einer gleichwertigen Leistung sind einige Grundsätze zu beachten. Es wird nicht der Weg zur Leistung, sondern das Leistungsziel bewertet. Die Gleichwertigkeit kann nur in Relation zu den Honoraren der übrigen Leistungen (im allgemeinen derselben Fachgruppe) ermittelt werden. Man unterscheidet dabei wie oben bereits erwähnt die

Art

Äußeren Merkmale der Verrichtung -> Untersuchungsobjekt, Untersuchungstechnik, Behandlungstechnik

Inneren Merkmale -> Schwierigkeit der Leistung

Leistungsaufwand

Zeitaufwand

Merkmale der Leistungsgruppe -> operativ, konserativ, diagnostisch, gutachtlich, Fachgebiet

Kosten

allgemeine Kosten.

Die Bundesärztekammer vertritt zur Zeit die Auffassung, daß alle oben genannten Punkte zur analogen Bewertung der Streßechokardiographie nach der GOÄ Nr. 629 (2000 Punkte) gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ befürwortet werden sollte.

Wir vertreten daher ebenfalls die Auffassung, daß die Streßechokardiographie mit einem Transseptalen Linksherzkatheterismus (einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer

Untersuchung, sowie fortlaufender EKG) und Röntgenkontrolle gleichwertig, im Hinblick auf Art, Kosten und Leistungsaufwand, zu sehen ist mit der GOÄ Nr. 629.

Deshalb ist u. E. die Streßechokardiographie gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ mit der A 629 abzurechnen.

Ausfallhonorar

Kann der Arzt ein Honorar für einen ausgefallenen, nicht rechtzeitig vom Patienten abgesagten Termin verlangen?

Unter gewissen Voraussetzungen kann ein Honorar für einen vom Patienten nicht wahrgenommenen Termin berechnet werden. Voraussetzung dafür ist u. E., dass die Terminfestlegung nicht nur aus organisatorischen Gründen erfolgt, sondern die Art der Behandlung die Vereinbarung eines solchen festen Behandlungstermins erforderlich macht. Der Patient muss rechtzeitig darauf hingewiesen werden, dass für den Fall seines Ausbleibens eine entsprechende Gebühr berechnet wird.

Dieser Vergütungsanspruch folgt aus § 615 in Verbindung mit § 611 BGB und nicht aus der GOÄ heraus, da die GOÄ ausschließlich von erbrachten ärztlichen Leistungen ausgeht. Der Vergütungsanspruch hat u. E. zur Folge, dass es keine Rolle spielt, ob das Säumnis des Patienten von ihm zu vertreten ist. Es spielt auch keine Rolle, ob es sich um einen Privat- oder Kassenpatienten handelt. Ein Ausfallhonorar ist vom Patienten selbst zu tragen, da die Krankenkassen und -versicherungen derartige Ausfallentschädigungen nicht übernehmen.

Der Arzt ist dann im Fall der Absage aufgrund der sogenannten Schadenminderungspflicht (gemäß § 254 BGB) verpflichtet, die frei gewordene Zeit zur kurzfristigen Behandlung anderer Patienten oder zur Erledigung von Verwaltungstätigkeiten, Telefonaten, Schreibearbeiten usw. zu verwenden. Trägt der Arzt vor, dass ihm diese Tätigkeiten nicht möglich gewesen waren, trägt er dafür die Beweislast.

Bei der Berechnung eines Ausfallhonorars bei terminsäumigen Patienten ist folgendes zu beachten:

1. Der Patient muss darüber informiert sein, dass er bei nicht rechtzeitiger Absage des Termins den finanziellen Ausfall zu bestreiten hat.
2. Der Arzt muss darlegen können, dass der Ausfall tatsächlich stattgefunden hat (z. B. anhand des Terminbuches).

Hautkrebsscreening

Mit welchen Nummern ist das Hautkrebsscreening nach der GOÄ zu berechnen?

Kann hierfür die GOÄ Nr. 29 analog herangezogen werden? Die GOÄ Nr. 29 kann für die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen herangezogen werden. Für das Hautkrebsscreening kann die GOÄ Nr. nicht berechnet werden, da hier die Leistungslegende nicht erfüllt wird. Eine analoge Bewertung kann u. E. auch nicht erfolgen, da die GOÄ gewisse andere Nummern (auch in Kombination) vorhält. Somit entfallen die Voraussetzungen zur Berechnung einer analogen Leistung.

Der sogenannte "Haut-Check" ist Bestandteil der Leistungen nach den GOÄ Nrn. 26 und 27. Das komplette Hautkrebs-Screening geht über den Rahmen der Leistungen nach den GOÄ Nrn. 26 und 27 hinaus.

U. E. kann **für das Hautkrebs-Screening die GOÄ Nrn. 1, 7 und 750** berechnet werden. Diese drei Nummern geben auch nach Aussage der Bundesärztekammer (BÄK) die erforderliche Leistung des Screenings wieder.

Wird anstelle des Auflichtmikroskops (Dermatoskopie, GOÄ Nr. 750) eine Videosystem-gestützte Untersuchung durchgeführt, so kommt nach einer Empfehlung der BÄK zur Analogbewertung anstelle der GOÄ Nr. 750 die GOÄ Nr. 612 zur Abrechnung. Im Unterschied zur GOÄ Nr. 750 handelt es sich hierbei um eine digitale Bilderfassung und Befundauswertung von Hautveränderungen.

Sind Rechnungen und Rechnungskopien ohne Unterschrift gültig?

In der GOÄ existiert keine formale Bestimmung zur Unterschrift. Die Mindestvoraussetzungen für die Erstellung einer Rechnung sind in § 12 Absatz 2 genannt. Die Unterschrift fällt nicht darunter.

Eine Rechnung ist daher ohne Unterschrift gültig und fällig.

Da die GOÄ keine formale Bestimmung enthält, sind die §§ 241ff. BGB heranzuziehen. Demnach ist eine Unterschrift weder auf einer Rechnung noch auf einer Rechnungskopie zwingend erforderlich.