

GOÄ-Abrechnung

Sprechstundenleistungen optimal abrechnen

Monika Mendl

Beratungsleistungen sind in der Gebührenordnung nur mit geringer Punktzahl bewertet, nehmen jedoch insbesondere im Rahmen der Sprechstunde viel Zeit in Anspruch. Durch Ausschöpfung des großen Gebührenrahmens sowie der Kennzeichnung separater Arzt-Patienten-Kontakte kann die Vergütung optimiert werden. Wir zeigen hier, wie das geht.

Die nachfolgend aufgelisteten Gebührenpositionen werden üblicherweise im Rahmen der urologischen Sprechstunde und zumeist nur mit Faktor 2,3 in Ansatz gebracht:

- **Ziffer 1 GOÄ:** Beratung – auch mittels Fernsprecher (2,3-facher Faktor: 10,72 Euro; 3,5-facher Faktor: 16,32 Euro),
- **Ziffer 3 GOÄ:** Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher (2,3-facher Faktor: 20,11 Euro; 3,5-facher Faktor: 30,60 Euro),
- **Ziffer 34 GOÄ:** Erörterung (Dauer mindestens 20 Min.) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohlichen Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken; einschließlich Beratung – ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen (2,3-facher Faktor: 40,22 Euro; 3,5-facher Faktor: 61,20 Euro).

Faktorerhöhung und Steigerungsgründe

Geht der Zeitaufwand deutlich über den im Gebührentext formulierten Zeitrahmen hinaus, kann der Steigerungsfaktor von ursprünglich 2,3 auf maximal 3,5 angehoben und das Honorar um mehr als 50 % erhöht werden.

Zur Vermeidung von Erstattungsproblemen ist die Angabe des Steigerungsgrundes im Leistungstext der betreffenden Gebührenposition essenziell. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Begründung patientenindividuell formuliert wird. Die alleinige Angabe „großer Zeitaufwand“ ist dabei nicht ausreichend, da lediglich das Kriterium „Zeit“ wiederholt wird. Durch die Angabe der Beratungsdauer, z. B. „zeitintensive Beratung über 40 Minuten“ wird dies konkretisiert und die Nachfragen der Kostenträger deutlich reduziert. Im Idealfall sollte jedoch auch der Grund der langen Beratungsdauer erwähnt werden. Der perfekte Begründungstext würde daher lauten: „Ausführliche Erörterung der OP-Notwendigkeit inklusive möglicher Therapieoptionen sowie Prognosen über 40 Minuten“.

Weitere Steigerungsgründe könnten sein:

- der Einfluss auf die Beratungsdauer durch die Vielzahl an mitgebrachten Fremdbefunden,
- der Zeitaufwand durch Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund einer Behinderung oder der Beratung in Fremdsprache,
- die zeitintensive Mitteilung einer Befundverschlechterung oder eines neu diagnostizierten Rezidivs,
- die ausführliche Erörterung des OP-Verlaufs sowie gegebenenfalls erforderlicher Therapien und/oder Reha-Maßnahmen,
- mögliche Begründung für die Ziffer 1 GOÄ im Fall des Ziffernausschlusses der Nummer 3 GOÄ bei Berech-

GOÄ in der Praxis

Mit dem nebenstehenden Beitrag setzen wir eine Reihe zum Thema „GOÄ in der Praxis“ fort. In lockerer Folge sollen folgende für die Thematik relevante Aspekte behandelt werden:

1. Privatabrechnung im Überblick
2. Die Sprechstunde
3. Operationen
4. Diagnostiken
5. Reklamationen von Kostenträgern

nung neben Sonderleistungen: „Gemäß Art und Umfang Ziffer 3 GOÄ“.

Weitere Optionen zur Optimierung der Vergütung

Viele Krankheitsbilder weisen psychosomatische Zusammenhänge auf. Werden diese dem Patienten aufgezeigt oder mit ihm erörtert, findet eine psychotherapeutische Behandlung statt. Damit wäre die Abrechnung der nachfolgenden Gebührenposition aus dem Kapitel G „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie“ in Erwägung zu ziehen:

- **Ziffer 849 GOÄ:** Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten (2,3-facher Faktor: 30,83 Euro; 3,5-facher Faktor: 46,92 Euro).

Die Ziffer 849 GOÄ kann für Aufwendungen einer verbalen Intervention herangezogen werden. Fachärzte der Urologie sind berechtigt, diese Leistung in Ansatz zu bringen. Voraussetzung ist eine Beratungsdauer von 20 Minuten. Eine entsprechende Diagnose ist in der Rechnung aufzuführen. Mögliche Indikationen könnten sein: psychoreaktive Störungen wie Ängste oder Aggravationen, Depressionen, somatoforme Schmerzstörungen oder ein Überlastungssyndrom.

Ein analoger Abgriff ist nicht erforderlich. Wegen ihres speziellen Charakters kann diese Leistung nicht für jedes mindestens 20 Minuten dauernde Gespräch berechnet werden. Fand keine

„psychosomatische Grundversorgung“ zu den aufgeführten Indikationen statt, kann die längere Beratung ohne psychosomatische Aspekte nicht mit 849 GOÄ (auch nicht analog) berechnet werden, sondern ist mit den allgemeinen Beratungsleistungen abzugelten.

■ **Ziffer 4 GOÄ: Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken** (2,3-facher Faktor: 29,49 Euro; 3,5-facher Faktor: 44,88 Euro).

Die Anamneseerhebung und Besprechung eines komplexen Krankheitsfalls in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen kann schwierig und aufwendig sein. Bei behinderten, dementen, geriatrischen oder bewusstseinsgestörten Patienten ist daher der zusätzliche Ansatz der Ziffer 4 GOÄ in Erwägung zu ziehen. Die Berechnung dieser Leistung neben der Ziffer 1 GOÄ ist nicht explizit ausgeschlossen, das Vorliegen einer medizinischen Indikation jedoch essenziell. Eine lediglich der Kontrolle der Patientenangaben dienende Befragung von Angehörigen berechtigt daher in aller Regel nicht zur Abrechnung der Ziffer 4. Wird aber zum Beispiel eine Bezugsperson postoperativ über den OP-Verlauf sowie das weitere Prozedere und Verhaltensregeln (insbesondere nach ambulanten Eingriffen) aufgeklärt, so kann der Ansatz erfolgen – aber: begrenzt auf einmal je Behandlungsfall.

Nicht vergessen: Zu den Beratungs- und Untersuchungsleistungen nach den Ziffern 1, 3, 5, 6, 7 und 8 GOÄ sind in bestimmten Fällen (z. B. bei Erbringung zu „Unzeiten“ ab 20 Uhr oder an Wochenenden) die Zuschläge nach A bis K1 berechnungsfähig.

Der Behandlungsfall

Im Kapitel B der Gebührenordnung (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) findet sich folgende Definition: „Als Behandlungsfall gilt für die Be-

handlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.“ Konsequenzen hat diese Bestimmung für den Ansatz der Ziffern 1 (Beratung) und 5 (symptombezogene Untersuchung). Für sie gilt ergänzend folgendes Regularium: „Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“ Insbesondere bei chronisch kranken Patienten oder im Rahmen der Behandlung nach operativen Eingriffen kann dies zu empfindlichen Honorareinbußen führen. In der nachfolgenden Musterrechnung zeigen wir eine mögliche Berechnung:

■ **1. Behandlungstag (01.08.2018)**
OP-Gespräch; gestellte Indikation: Leistenhoden

Ziffer	Text	Betrag
34	Erörterung der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensveränderung ..., OP-Gespräch	40,22 €
5	Symptombezogene Untersuchung	10,72 €
410	Sonografie 1 Organ	26,82 €
420 x 3	Sonografie je weiteres Organ, maximal 3	32,16 €
401	Duplex	23,31 €
75	Befundbericht	17,43 €
	Porto	0,70 €

Durch den Ansatz der Ziffer 5 GOÄ neben Sonderleistungen beginnt der „Behandlungsfall“.

■ **2. Behandlungstag (05.08.2018): ambulante OP**

Ziffer	Text	Betrag
1	Beratung/8 Uhr präoperativ	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung / präoperativ	10,72 €
62	OP-Assistenz	20,11 €
1768	Leistenhoden-OP einseitig	160,86 €

445	Ambulanter Zuschlag	128,23 €
204	Komprimier. Verband	12,74 €
1	Beratung / 10 Uhr Aufwachraum	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	10,72 €
4	Unterweisung Bezugsperson / 11 Uhr Ehefrau – bzgl. OP-Verlauf, häusliches Verhalten, Pflege	29,49 €
1	Beratung 17 Uhr vor Entlassung	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	10,72 €
1	Beratung 20 Uhr – Telefon	10,72 €
B	Nachtzuschlag 20–22/6–8	10,49 €

Durch die Angabe von Uhrzeiten oder Schlagworten wie „präoperativ“, „Aufwachraum“, „postoperativ“, „Telefonat“ generieren sich eigenständige Arzt-Patienten-Kontakte.

■ **3. Behandlungstag (07.08.2018)**

Ziffer	Text	Betrag
1	Beratung – ND: Zustand nach OP	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	10,72 €
200	Verband	6,03 €

Durch den neu zu erhebenden Befund bei „Zustand nach OP“ ergibt sich ein neuer Behandlungsfall. Die Berechnung der Ziffernkombination 1–5 GOÄ neben Sonderleistungen ist wieder statthaft.

■ **4. Behandlungstag (12.08.2018)**

Ziffer	Text	Betrag
1	Beratung	10,72 €
5 (3,5f.)	Symptombezogene Untersuchung; Begründung: erschwerte Erbringung bei Schmerzen, inkl. Fadenzug und Verband	16,32 €
2007	Fadenzug	0,00 €
200	Verband	0,00 €

Durch die Erbringung innerhalb eines Behandlungsfalls muss auf die Berechnung der Sonderleistungen verzichtet werden. Der erhöhte Zeitaufwand wurde mit der Faktorhebung bei Ziffer 5 GOÄ abgegolten.

■ **5. Behandlungstag (16.08.2018)**

Ziffer	Text	Betrag
1	Beratung – ND: Naht-Dehiszenz	10,72 €
5	Symptombezogene Untersuchung	10,72 €
2006	Wundbehandlung, nicht primär heilend	8,44 €
200	Verband	6,03 €

Aus der neu entstandenen Diagnose „Nahtdehiszenz“ ergibt sich wieder ein neuer Behandlungsfall. Die Berechnung der Ziffernkombination 1–5 GOÄ neben Sonderleistung kann wieder erfolgen.

Wir bitten zu beachten, dass diese Musterberechnung lediglich mögliche Ziffernkombinationen in Bezug auf den in der GOÄ geregelten Behandlungsfall darstellen soll. Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Ausschöpfung des großen Gebührenrahmens wurden hier nicht berücksichtigt, werden aber in den folgenden Beiträgen dieser Serie noch ausführlich erörtert.

Fazit

Zusammenfassend bleibt zu sagen, dass ausschließlich auf Basis einer vollständigen medizinischen Dokumentation eine optimale GOÄ-Abrechnung erfolgen kann. Die mit der Rechnungserstellung beauftragten Personen können nur in Ansatz bringen, was sie aus den vorliegenden Informationen entnehmen können. Insbesondere die Möglichkeiten von Faktorhebungen bleiben oftmals unberücksichtigt,

wenn Schwierigkeiten oder Besonderheiten des Einzelfalls nicht ersichtlich sind oder die Angabe von Uhrzeiten oder eigenständigen Arzt-Patienten-Kontakten fehlt.

Nachdem die Kostenträger vermehrt einen Abgleich von Dokumentation und Ziffernansätzen einfordern, kann es bei lückenhaft geführten Unterlagen schnell zu Stornierungen oder sogar dem Vorwurf des Abrechnungsbetrugs kommen.



Autorin

Monika Mendl

Bereichsleitung Abrechnung
 Dr. Meindl und Partner
 Verrechnungsstelle GmbH, Nürnberg
 mmendl@verrechnungsstelle.de