

GOÄ: Urologische Diagnostiken richtig abrechnen

Monika Mendl

Zur Diagnosefindung steht dem Urologen ein breit gefächertes Spektrum an Diagnostiken zur Verfügung. Um diese optimal und GOÄ-konform in Ansatz bringen zu können, erreichen uns täglich eine Vielzahl von Fragestellungen. Die häufigsten möchten wir mit diesem Beitrag beantworten.

Die für den Fachbereich Urologie obligate Untersuchungsleistung ist die Ziffer 6 GOÄ: „Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – ggf. einschl. Dokumentation“. Die Beschreibung des Untersuchungsgangs fordert in der Anmerkung die Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, die Inspektion des äußeren Genitale sowie die Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern eine zusätzliche Digitaluntersuchung der Prostata, eine Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden.

Abrechnung von Untersuchungen

Angesichts der sich widersprechenden Anforderung von Leistungslegende und Anmerkung ist der Vorschrift in der (höherwertigen) Leistungslegende der Vorzug zu geben. Demnach gehört zum Untersuchungsumfang beim Organsystem „Nieren und ableitende Harnwege“ zwar die Inspektion des äußeren Genitale als verpflichtender Leistungsbestandteil, dagegen nicht die Palpation der Hoden und Nebenhoden. Die rektale Untersuchung nach Ziffer 11 GOÄ ist im Fall

der urologischen Untersuchung ebenfalls Leistungsbestandteil und kann nicht ergänzend berechnet werden. Wird dagegen nur eine symptombezogene Untersuchung nach Ziffer 5 GOÄ erbracht, kann die Ziffer 11 GOÄ zusätzlich in Ansatz gebracht werden. Daraus resultiert eine mit 40 Punkten höher bewertete Abrechnungskombination im Vergleich zur alleinigen Berechnung der Ziffer 6 GOÄ.

Zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern kann die Ziffer 28 GOÄ herangezogen werden. Leistungsinhalt ist hier die Untersuchung des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl einschließlich Beratung. Die Gebührenpositionen 1 und 3 (Beratungen), 5, 6, 7, 8, 11 (Untersuchungen), 3500, 3511, 3650, 3652 (Labor) sind in der Ziffer 28 GOÄ inkludiert und nicht ergänzend berechenbar. Zur Abgeltung zeitintensiver Beratungsgespräche besteht die Möglichkeit, den großen Gebührenrahmen durch Faktorhebung auf maximal 3,5 auszuschöpfen.

Abrechnung sonografischer Leistungen

Die alleinige sonografische Untersuchung eines Organs zum Ausschluss pathologischer Veränderungen durch Differenzierung der Organstruktur in mindestens zwei

GOÄ in der Praxis

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

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

Ebenen und die nachfolgende Dokumentation dieser Diagnostik erfüllt den Leistungsinhalt der Ziffer 410 GOÄ (Ultraschalluntersuchung eines Organs). Wird im Rahmen dieser Untersuchung z. B. eine zystische Veränderung an der Niere oder ein pathologischer Prozess im Bereich der Harnblase festgestellt und dieser im Nachgang vermessen, so stellt dies eine Zusatzleistung dar, deren Zeitaufwand über dem des üblichen Untersuchungsvorgangs liegt und der durch Anpassung des Steigerungsfaktors abgebildet werden kann.

Die Untersuchung weiterer Organe kann mit der Ziffer 420 GOÄ (Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ) höchstens dreimal in Ansatz gebracht werden. Der erhöhte Zeitaufwand von vier und mehr Organen ist auch hier wieder durch Anpassung des Steigerungsfaktors geltend zu machen. Die Entscheidung darüber, in welcher Höhe dieser Mehraufwand abgebildet werden soll, obliegt dem Arzt. Eine Erhöhung innerhalb des großen Gebührenrahmens ist bei ärztlichen Leistungen bis maxi-

mal 3,5-fach möglich (► Berechnungsbeispiel A und B).

Aufgrund der limitierten Berechenbarkeit der Ziffer 420 GOÄ ist die Versuchung oftmals groß, die Untersuchung umfangreicher Sonografien auf mehrere Sitzungen zu verteilen. Zwangsläufig liegen die Termine dann im Abstand weniger Tage oder Wochen. Zurzeit werden vor allem die Rechnungen von Kostenträgern geprüft, deren Termine nur wenige Tage auseinander liegen. Nachdem gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ nur medizinisch notwendige Leistungen berechnet werden dürfen, ist eine Verteilung auf mehrere Sonografie-Sitzungen nur dann legitim, wenn eine erneute medizinische Indikation dies erfordert.

Nicht selten kommt es vor, dass Organe nicht dargestellt werden können. Liegt dies an einer schlechten Darstellbarkeit (z. B. aufgrund von Luftüberlagerungen), darf die Leistung nur dann berechnet werden, wenn zumindest der überwiegende Teil des Organs untersucht und die Fragestellung hinreichend beantwortet werden konnte – z. B. ob Ureteren gestaut sind bei nur teilweiser Einsehbarkeit. Ist das Organ hingegen nicht darstellbar, weil es nicht angelegt oder bereits chirurgisch entfernt wurde, die entsprechende Region aber aus medizinischen Gründen untersucht werden musste, darf die Leistung berechnet werden. Als in der Rechnung anzugebendes Organ kann dann die untersuchte Region aufgeführt werden – z. B. „Nierenlager rechts“.

Mögliche Zuschlagsziffern sind:

- **401 GOÄ:** Sonografie nach Nr. 410–418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens, einschließlich Farbkodierung;
- **403 GOÄ:** Sonografien bei transkavitärer Untersuchung;

Beispiel A			
410	Sonografie Organ: Prostata	2,3-fach	26,82 €
420 × 3	Folgesonografie, Organ max. 3 Organe, je Organ: Nieren bds., Harnblase	2,3-fach	32,16 €
Summe:			58,98 €

Beispiel B			
410	Sonografie Organ: Prostata (inkl. Volumenmessung)	3,5-fach	40,81 €
420 × 3	Folgesonografie, Organ max. 3 Organe, je Organ: Nieren bds., Harnblase, Leiste bds., Harnleiter bds. (Vielzahl an Organen, erhöhter Zeitaufwand)	3,5-fach	48,93 €
403	Sonografie Transkavitärzuschlag	1,0-fach	15,73 €
Summe:			105,47 €

Beispiel C			
410	Sonografie Organ: Prostata (inkl. Volumenmessung)	3,5-fach	40,81 €
420 × 3	Folgesonografie, Organ max. 3 Organe je Organ: Nieren bds, Harnblase, Harnleiter bds, Leiste bds. (Vielzahl an Organen, erhöhter Zeitaufwand.	3,5-fach	48,93 €
403	Sonografie, Transkavitärzuschlag	1,0-fach	15,73 €
424a	Echokardiografie: Analog gem. § 6 Abs. 2 GOÄ: Elastografie der Prostata	2,3-fach	93,84 €
404	Frequenzanalysezuschlag	1,0-fach	14,57 €
Summe:			213,88 €

- **404 GOÄ:** Doppler-sonografische Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse, einschließlich grafischer Registrierung und Bilddokumentation;
- **1754 GOÄ:** Direktionale Doppler-sonografische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern, einschließlich grafischer Registrierung.

Elastografie der Prostata – ein Sonderfall

Wird ergänzend zum B-Bild-Verfahren nach Ziffer 410–420 GOÄ eine Elastografie der Prostata durchgeführt, so kann diese Diagnostik als eigenständiges Untersuchungsverfahren – auch bei Durchführung in derselben Sitzung ergänzend mit der Gebührenposition 424 GOÄ analog berechnet werden. Gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ ist bei einem Analogabgriff „gleichwertig“ abzurechnen. Ziffernausschlüsse der analog herangezogenen Leistung bleiben dabei erhalten (► Berechnungsbeispiel C).

genen Leistung bleiben dabei erhalten (► Berechnungsbeispiel C).

Häufig wird durch die Kostenträger die Berechnung der Elastografie einzig mit dem Zuschlag 401 GOÄ (Duplex-Zuschlag 23,31 EUR) gefordert. Da diese Diagnostik jedoch keine besondere Ausführung der Sonografie darstellt, sondern ein in der GOÄ nicht enthaltenes Verfahren ist, das analog abgerechnet werden muss, sehen wir den zusätzlichen Ansatz der Ziffer 424 GOÄ als korrekt an. Aus dieser Abrechnungsvariante würden auch empfindliche Honorareinbußen resultieren. Zum Vergleich: 128,78 EUR statt der vorangehend dargestellten 213,88 EUR.

Abrechnung von Zystourethroskopen

Häufig stellt sich im Zusammenhang mit der Abrechnung von Zystourethroskopen und der Anwendung eines flexiblen Instruments die

Frage der Abgeltung dieser höheren Kosten im Vergleich zum Einsatz eines starren Instruments. Gemäß Abrechnungsempfehlung der BÄK (DÄ, Heft 19/2012) kann unabhängig davon, ob ein starres oder ein flexibles Instrument verwendet wurde, nur die Ziffer 1787 GOÄ in Ansatz gebracht werden. Die mit der Anwendung des flexiblen Instruments verbundenen höheren Kosten sind lediglich durch die Ausschöpfung des großen Gebührenrahmens abzubilden. Mit dieser Abrechnungsempfehlung wird von Seiten der BÄK klargestellt, dass eine gesonderte Inrechnungstellung der Verwendung eines flexiblen Instruments im Rahmen der Leistung nach Ziffer 1787 (z. B. mit der Ziffer 682 analog) nicht möglich ist.

Die Urethrozystoskopie nach Ziffer 1787 GOÄ beinhaltet die Spiegelung von Harnblase und Harnröhre. Für die Beurteilung der Sphinkterreaktion im Rahmen einer Urethrooskopie, z. B. nach Aufforderung des Patienten zur aktiven Anspannung, ist die Ziffer 1791 GOÄ nicht gesondert neben Ziffer 1787 GOÄ berechnungsfähig, da diese Leistung als unselbstständiger Bestandteil der Urethrooskopie anzusehen ist. Der daraus resultierende Mehraufwand kann jedoch wieder über eine Faktorhebung abgegolten werden.

Eine Lokalanästhesie ist mit der Ziffer 488 GOÄ ergänzend berechenbar, ebenso eine vor der Zystoskopie vorgenommene Katheterisierung – diese jedoch nur bei Vorliegen einer eigenständigen Indikation, z. B. zur Feststellung des Restharns. Die Spülung der Harnblase ist dagegen Leistungsbestandteil und nicht gesondert berechenbar (§ 4 Abs. 2 GOÄ).

Abrechnung der Prostatastanze

Die zur Abrechnung der Prostatastanze obligate Leistungsposition ist die Ziffer 319 GOÄ. Leistungsinhalt ist die Punktion der Prostata –

z. B. zur Gewebeentnahme (durch Stanzbiopsie) bei Verdacht auf Prostatakarzinom. Zur Mehrfachberechnung der Ziffer 319 hat die BÄK im Jahr 2005 nach Auswertung der wissenschaftlichen Literatur ausgeführt, dass sich aus den derzeit vorliegenden Studien eine Mindestanzahl von zehn Biopsien zur „Gewährleistung einer hinreichenden diagnostischen Sicherheit“ ergibt. Da die Leistungslegende und die allgemeinen Bestimmungen der GOÄ hier keine beschränkenden Regelungen aufführt, ist die Ziffer 319 je medizinisch notwendiger Prostatabiopsie in Ansatz zu bringen. Die Empfehlung der BÄK legt auch dar, dass die Prostatastanziobiopsie dem Ansatz der Ziffer 319 GOÄ und nicht der Nummer 2402 GOÄ „Probeexzision aus tiefliegender Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge) gebührenrechtlich zutreffend zuzuordnen ist.

Abrechnung von Laborleistungen

Häufige labormedizinische Vorsorge-Leistungen sind neben Untersuchungen des Urins (z. B. Teststreifen, Sediment) und des Stuhls auf okkultes Blut auch Blutuntersuchungen (z. B. Blutbild, Stoffwechsellparameter). Werden diese Leistungen im praxiseigenen Labor erbracht, so können die Gebührenpositionen aus dem Abschnitt M I GOÄ – „Vorhalteleistungen in der eigenen niedergelassenen Praxis“ (Nr. 3500–3532) abgerechnet werden.

Grundsätzlich dürfen ärztliche Leistungen nur dann abgerechnet werden, wenn sie entweder selbst oder unter fachlicher Weisung und Aufsicht erbracht wurden (§ 4 (2) GOÄ). Eine Ausnahme bilden die Leistungen des „Basislabors“ (Abschnitt M II GOÄ – Nr. 3541H – 3621). Diese dürfen auch dann als eigene Leis-

tungen berechnet werden, wenn sie nach fachlicher Weisung und unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften erbracht worden sind.

Die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen aus den Abschnitten M III oder IV GOÄ (sogenanntes Speziallabor) setzt eine entsprechende Fachkunde sowie die selbst durchgeführte Analyse voraus. Zu den „Speziallaborleistungen“ gehören z. B. die PSA-Bestimmungen (3908H3) oder Testosteron-Bestimmungen (4042 GOÄ). Werden solche Analysen durch ein externes Labor erbracht, muss die Liquidation durch den Laborarzt erfolgen. Dies ergibt sich aus den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt M GOÄ: „3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.“

Abbildung von Schwierigkeiten und Besonderheiten

Um den großen Gebührenrahmen ausschöpfen zu können, müssen Besonderheiten innerhalb folgender Bemessungskriterien vorliegen:

- Schwierigkeit der einzelnen Leistung,
- Zeitaufwand der einzelnen Leistung,
- Umstände der Ausführung.

Die Begründung zur Faktorserhöhung muss sich auf die einzelne Leistung beziehen und ist im Leistungstext der jeweiligen Gebührenposition aufzuführen. Die alleinige Wiederholung der vorangegangenen Bemessungskriterien reicht als Begründung nicht aus. Eine Steigerung ist auch nicht möglich aufgrund hoher Sachkosten-

anteile, erforderlicher Spezialausbildungen, höchstpersönlicher Leistungserbringung oder besonderer technischer Ausstattung.

Beispiel Ziffer 1785 GOÄ Zystoskopie: Die alleinige Begründung „erschwerter Durchführung“ ist unzureichend, da hier lediglich das Kriterium der „Schwierigkeit“ wiederholt wird. Besser wäre z. B. „schwierige Befundung bei vorliegenden Blutkoageln und bekannter Hämaturie“. Das Kriterium „Schwierigkeit“ wird konkretisiert. Eine weitere Verbesserung des Begründungstextes wäre z. B. „schwierige und zeitintensive Durchführung und Befundung über 20 Min. bei vorliegenden Blutkoageln und bekannter Hämaturie“. Diese Variante wäre als ideal einzustufen. Die Wahrchein-

lichkeit einer Reklamation durch die Kostenträger äußerst gering.

Fazit: Wer schreibt, der bleibt!

Aufgrund unvollständiger medizinischer Dokumentationen werden sowohl durch Praxen, aber auch durch Krankenhäuser täglich ärztliche Honorare verschenkt. Um dies zu verhindern, müssen die ärztlichen Aufzeichnungen vollständig sein. Dazu gehört die Dokumentation pathologischer aber auch nichtpathologischer Befunde sowie die der jeweiligen Diagnostik zugrundeliegenden Indikation. Patientenspezifische Besonderheiten und Schwierigkeiten nicht vergessen! Insbesondere durch die Ausschöpfung des großen Gebührenrahmens kann das Honorar optimiert werden. Vermehrt fordern die Kostenträger einen Abgleich

von Dokumentation und Ziffernansätzen, um Kosten einzusparen. Schnell kann eine lückenhafte Krankenakte dann zu empfindlichen Honorareinbußen führen.

Korrespondenzadresse:

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



Monika Mendl

Telematik-Infrastruktur und elektronische Patientenakte

Datenlecks und neuralgische Punkte in der Kritik

Sowohl für die elektronische Patientenakte als auch für die Anschlüsse von Arztpraxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) über Konnektoren diskutieren das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie Fachmedien über „neuralgische Punkte“ sowie mögliche Datenlecks.

Das für Smartphone-Zugänge zur zukünftigen elektronischen Patientenakte geplante Authentifizierungsverfahren erregt das Misstrauen des Bundesamts. Es bestünden Risiken für die gesamte, auf der Authentifizierung aufbauende Sicherheitskette. Die Experten des Bundesamts kommentieren in einem Brief an das Bundesministerium für Gesundheit die Schlüsselgenerierungsdienste und Versichertenidentitäten in der TI. Die Behörde hält es für dringend

angezeigt, die diskutierten Mängel zu beheben.

Die zweite Baustelle in Sachen Datensicherheit sind die TI und die Konnektoren für die Praxisanschlüsse. In Medienberichten war auf mögliche Datenlecks hingewiesen worden, weil Servicetechniker bei der Installation von Konnektoren die lokale Firewall der Praxis abgeschaltet hätten. Der *Ärztelichtendienst (ÄND)* berichtet zudem, dass Konnektoren in Form eines „Parallelbetriebs“ angebunden würden, sodass die Schutzfunktionen des Konnektors für die Praxis nicht genutzt werden könnten.

Die KBV sieht dies erwartungsgemäß anders: „Bei ordnungsgemäßer Installation dient der Konnektor als Schutz für die Praxis“, stellte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas

Kriedel klar und fügte hinzu: „Die TI ist sicher.“ Kriedel appellierte laut *ÄND* an die Firmen, beim Anschluss der Praxen an die Telematik-Infrastruktur immer auch die Sicherheit des gesamten Praxisnetzwerks im Blick zu haben. „Ich erwarte, dass die Installateure bestens geschult sind und sie die Ärzte und Psychotherapeuten ausführlich und korrekt beraten.“ Auch die technische Frage des Installationswegs – ob in Reihenschaltung oder im Parallelbetrieb – sei nicht das Problem.

Darüber hinaus betont die KBV, dass zusätzliche Schutzmaßnahmen gegen Viren und sichere Passwörter erforderlich seien. Für die Haftung im Fall eines Datenschutzvorfalls müsse also die gesamte Datensicherheit betrachtet werden: „Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht für die Sicherheit in der Telematik-Infrastruktur verantwortlich“, so Kriedel, „wohl aber für den Datenschutz in ihrer Praxis.“ ■