



## GOÄ-Tipp

### Ärgernis Nr. 3 GOÄ

Ein großes Ärgernis in der GOÄ ist die Anmerkung nach Nr. 3 GOÄ: „...nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5 bis 8, 800 oder 801.“ Da einige Kostenträger in letzter Zeit die Nr. 3 häufig nicht erstatten, der gerade bei diesen Kostenträgern versicherte Patient dann der Abrechnung widerspricht und manche Ärzte meinen, sie könnten ihr vermeintliches Recht durchsetzen und sich in aussichtslose Streitigkeiten einlassen, müssen wir dies aufgreifen. Die Bestimmung „oder im Zusammenhang mit...“ warf Diskussionen auf. Heißt das, dass die Nr. 3 nur neben den genannten Leistungen berechnet werden darf – jede andere Ziffer würde die Nr. 3 verbieten – oder dass der Ansatz einer der genannten Leistungen Voraussetzung ist, um auch Nr. 3 berechnen zu dürfen – weitere Ziffern wären dann unschädlich?

#### Unterschiedliche Interpretation

Manche Ärzte interpretieren die Bestimmung so wie zuletzt genannt. Sie schreiben in die Rechnung die Nr. 3, dazu eine Anmerkung wie „Nr. 3 steht im Zusammenhang mit der Untersuchung nach Nr. 7“ und dann die Nr. 7. Widersprüche gegen diese Art der Abrechnung gibt es relativ selten. Wir müssen davon aber abraten. Eine solche Vorgehensweise hebt die gewollte Abrechnungsbeschränkung aus und ist unzulässig. So urteilte auch das OVG Köln am 26.6.2012. Der Ansatz anderer Ziffern als der Nrn. 5 bis 8, 800 oder 801 in derselben Sitzung schließt die Nr. 3 GOÄ aus.

Muss man dann aber sozusagen „automatisch“ auf die Nr. 1 GOÄ zurückgreifen? Diese ließe sich zwar mit einem höheren Faktor abrechnen, 16,32 € für eine zehn oder gar 20 Minuten und mehr dauernde Beratungsleistung wären aber immer noch unangemessen wenig.

Oft wird dann die Analogabrechnung, zum Beispiel mit Nr. 804 GOÄ empfohlen. Die setzt keine Mindestzeit voraus, hat nur wenige Abrechnungsausschlüsse und entspricht im Honorar der Nr. 3 GOÄ. Damit die Abrechnung mit der Nr. 804 analog beim Patienten keine Verärgerung hervorruft

(er sieht in der GOÄ „psychiatrische Behandlung“), wird in der Rechnung die Leistung dann zum Beispiel als „eingehendes therapeutisches Gespräch“ bezeichnet. Auch hierzu sind Widersprüche relativ selten.

Dass auch zu dieser Vorgehensweise Widersprüche ziemlich selten vorkommen, heißt nicht, dass sie rechtens wäre. Häufig erfährt der Arzt nichts davon, der Patient zahlt die Differenz zwischen Rechnung und Erstattung aus eigener Tasche. Oder der Kostenträger erstattet wider besseren Wissens, weil er sich mit seinem Versicherungsnehmer (Patient) nicht streiten will, dies insbesondere bei schwereren Erkrankungen in den Diagnoseangaben. Kommt es aber zum Widerspruch, bekommt der Zahlungsunwillige in der Regel Recht. Die GOÄ lässt Analogabrechnungen nur dann zu, wenn die erbrachte Leistung in der GOÄ nicht angeführt ist. Das ist die Beratung aber.

#### Rechtssicheren Weg prüfen

Der bessere, rechtssichere Weg ist zu prüfen, ob es sich tatsächlich um eine Beratung handelte, die nur als „Beratung“ gilt oder ob es sich nicht vielmehr um eine der speziellen Beratungsleistungen in der GOÄ gehandelt hat. Hier kommen in erster Linie die Nrn. 849 GOÄ (die aber auch „psycho“ ist und mindestens 20 Minuten voraussetzt) oder die Nr. 3 4 GOÄ infrage (die aber verlangt, dass es im Gespräch um die Auswirkung der Erkrankung auf die Lebensgestaltung ging und auch 20 Minuten voraussetzt).

Nr. 849 GOÄ wird relativ häufig erbracht bei der notwendigen Abklärung psychosomatischer Zusammenhänge. Hat der Patient das so erfahren, ist die Erbringung im Zusammenhang mit den Diagnoseangaben plausibel (darauf achten viele Kostenträger) und ist man mit dem Ansatz etwas zurückhaltend (kein häufigerer Ansatz über die Erstberatung hinaus, es sei denn, weitere psychosomatische Zusammenhänge berücksichtigende Behandlungen durch Beratung waren erforderlich), gibt es mit der Nr. 849 in der Regel auch keine Probleme. Insbesondere, wenn man in die Rechnung einen Text wie zum Beispiel „Ausschluss psychosomatischer Zusammenhänge“ aufnimmt.

Auch bei Nr. 3 4 sollte darauf geachtet werden, dass die Erbringung im Zusammenhang mit den angegebenen Diagnosen plausibel ist. Diagnosen, die die Nr. 3 4 bei den Kostenträgern in der Regel „durchgehen“ lassen, sind zum Beispiel Malignome, KHK, PAVK, Asthma, COPD, Rheuma, Diabetes, arterielle Hypertonie, schwere Hyperlipidämie, anstehende Amputation. Befriedigend sind diese „Auswege“ natürlich nicht. Im „schlimmen Fall“ bleibt tatsächlich nur die Nr. 1 mit 3,5-fachem Faktor. Wer dies nicht von vornherein akzeptiert und anders abrechnen möchte, sollte sich nicht auf Streitigkeiten einlassen, bei denen er meist verliert.

#### Fazit

- Andere Leistungen als die Nrn. 5 bis 8, 800 oder 801 stehen der Berechnung der Nr. 3 GOÄ in derselben Sitzung entgegen.
- Die aufgezeigten „Auswege“ durch Rechnungsgestaltung oder Analogabrechnung sind nicht GOÄ-konform.
- Zulässig, aber häufig nicht anwendbar, ist die Abrechnung erbrachter spezieller Beratungsleistungen.
- Wer eine andere Auffassung vertritt, sollte sich nicht auf (nahezu) aussichtslose Streitigkeiten einlassen.