



GOÄ-Tipp

Abrechnungstipp Privatliquidation: Den Faktor nutzen

Viele Ärzte beschränken sich bei der Wahl des Steigerungsfaktors auf den 2,3- bzw. 1,8-fachen Gebührensatz. Damit verschenken Sie etwa 15 bis 20% des Honorarvolumens in der Privatliquidation.

In der GOÄ können sogenannte „ärztliche Leistungen“ mit dem 2,3-fachen Faktor berechnet werden, sogenannte „technische Leistungen“ mit dem 1,8-fachen Faktor. Wer das so macht, hat keine weitere Mühe. Diese Leistungen können aber auch mit höheren Faktoren berechnet werden – bis 3,5-fach bzw. 2,5-fach. Allerdings muss man dann, wenn der Faktor höher als 2,3- bzw. 1,8-fach gewählt wird, in der Rechnung dafür eine Begründung angeben.

Eine weitere Mühe kann dadurch entstehen, dass der § 12 der GOÄ dem Zahlungspflichtigen (in der Regel der Patient) – ohne dass er diesen Wunsch begründen muss – ermöglicht, eine „nähere Erläuterung“ der Begründung zu verlangen. Einige Kostenträger machen das zur Routine. Sie erstatten den höheren Faktor nicht und verlangen vom Patienten, eine solche „nähere Begründung“ einzuholen. Dahinter stecken meist keine wirklichen Zweifel. Da es im Regelfall nicht um hohe Beträge geht, wird darauf spekuliert, dass der Patient deswegen nicht den Arzt belästigen möchte oder dass der Arzt dem Patienten nicht zumuten möchte, sich mit der Versicherung auseinanderzusetzen und auf die Differenz verzichtet. Diese Spekulation geht oft auf, und angesichts der geringen Kosten des „Standardschreibens“ ist das ein für die Versicherung finanziell lohnendes Verhalten. Aber auch ohne dass der Kostenträger dahintersteckt, möchten Patienten, die Versicherungsverträge mit Selbstbeteiligung haben, den höheren Faktor eventuell erläutert haben.

Es gibt also gute Gründe, den „bequemen“ Weg der Abrechnung mit 2,3- bzw. 1,8-fachem Faktor zu wählen. Aber kann man sich das angesichts der seit nun fast 20 Jahren unveränderten Honorare für die GOÄ-Leistungen noch leisten? Diese Entscheidung muss jeder für sich selber treffen.

Selbstverständlich muss man, wenn man die Möglichkeit des höheren Faktors nutzen möchte, mit den „Spielregeln“ der Faktorbemessung vertraut sein.

Die erste „Spielregel“ ist die zu wissen, dass der 2,3-fache bzw. 1,8-fache Faktor den Durchschnittsfall der Leistungserbringung darstellt. War die Leistungserbringung aufwendiger als durchschnittlich, darf somit ein höherer Faktor bemessen werden. Ebenso heißt das aber auch, dass dann, wenn die Leistungserbringung besonders einfach war, ein niedrigerer Faktor angemessen ist und dass dem Leistungsgeschehen nicht nur 2,3- bzw. 1,8-fach oder 3,5- bzw. 2,5-fach angemessen sein kann, sondern auch Zwischenschritte, zum Beispiel der 3,3- oder 2,3-fache Faktor.

Wer dies beherzigt, wird sehen, dass alleine schon dadurch, dass zum Beispiel nicht 3,5-, sondern 3,3-fach abgerechnet wird, die Zahl der Nachfragen erheblich sinkt. Wer dazu gegebenenfalls auch eine niedrig bewertete Leistung (z.B. eine Blutabnahme) mit niedrigerem Faktor berechnet, verhält sich „idealtypisch“.

Die Bestimmung zum Faktor ist in der GOÄ der § 5. Darin steht, der Faktor sei „nach billigem Ermessen“ zu bestimmen. „Billig“ heißt hier, der Faktor muss „gerecht“ und „angemessen“ bestimmt werden. Wer aber weiß, ob die Leistungserbringung „durchschnittlich“ war oder nicht? Doch nur der Arzt! Deshalb ist der erste Schritt der, dass die Umstände (die Besonderheiten der Leistungserbringung) schon in der ärztlichen Dokumentation festgehalten werden bzw. aus dieser erkennbar sind. Weder vergisst man dann den höheren Faktor auch zu berechnen, noch ist man bei Nachfragen in „Erinnerungsnot“ oder bei eventuellen Streitigkeiten in Beweisnot.

Als Kriterien für die Bemessung des Faktors lässt der § 5 GOÄ vor allem den Zeitaufwand und/oder die Schwierigkeit der Leistung zu. Dabei zählt bei den Leistungen, die bis 3,5-fach steigerbar sind, auch die „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“. Letzteres betrifft nicht nur schwere Erkrankungen oder schwere Verläufe, ein „Krankheitsfall“ kann zum Beispiel auch die Leistung erschweren, weil die Differenzialdiagnostik schwierig ist oder Komplikationen auftreten oder Mehrfacherkrankungen vorliegen. In solchen Fällen ist es gut, wenn die Besonderheit auch aus den Diagnoseangaben in der Rechnung hervorgeht. Schließlich sagt der § 5 noch, dass sich die Bemessung auf die „einzelne Leistung“ bezieht. Das bewirkt, Begründung und Leistung müssen „passen“. Ein komplexes Krankheitsbild zum Beispiel macht Beratungen aufwendiger, aber nicht unbedingt eine Sonographie. Ebenso bewirkt der Bezug auf die „einzelne Leistung“, dass die Nicht-Abrechenbarkeit einer Leistung kein Grund ist, andere Leistungen deshalb zu steigern. Der Grund für den höheren Faktor muss der mit ihm abgerechneten Leistung selber innewohnen.

Fazit

- Wer immer nur mit den „üblichen“ Faktoren abrechnet, hat es bequem, verschenkt aber Honorarpotenzial.
- Der 2,3- bzw. 1,8-fache Faktor bildet den „Durchschnittsfall“ der Leistungserbringung ab.
- Dokumentation ist unerlässlich, um das Potenzial zu erkennen und sich durchsetzen zu können.
- Die Gründe für den höheren Faktor müssen auf die jeweilige höher abgerechnete Leistung passen und dieser selber innewohnen.
- Wir setzen die Hinweise zum Umgang mit höheren Faktoren fort.