



ZIMMERMANN  
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## Nr. 3 GOÄ: Abwägen lohnt sich

Die Nr. 3 GOÄ (eingehende Beratung) ist eine typische Hausarztleistung. Viele glauben, dass man sie nur einmal ansetzen dürfe, dem ist aber nicht so: Man muss dies lediglich begründen. Davor sollte man nicht zurückschrecken. Die eingehende Beratung kann telefonisch erfolgen und auch eine indirekte Beratung des Kranken über eine berechtigte Bezugsperson (Angehörige, Pflegekräfte) schließt die Nr. 3 nicht aus. Häufig erbringt man die eingehende Beratung im Alltag mit „technischen Leistungen“ zusammen, aber nicht jede kann man neben der Ziffer 3 auch abrechnen! Hier sollte man

die höher bewertete Abrechnungsvariante wählen oder eine Steigerung in Betracht ziehen.

Eine Ergometrie etwa ist mit 59,66 Euro (2,3-facher Steigerungssatz) höher bewertet als die Nr. 3 GOÄ mit 20,10 Euro (2,3-facher Steigerungssatz). In diesem Fall käme der Ansatz der niedriger bewerteten Nr. 1

GOÄ mit einem höheren Multiplikator (3-facher Steigerungssatz) und der Begründung „Zeitlich aufwändige Beratung“ in Betracht (s. Tab. 1), da sie die Ergometrie (Nr. 652) nicht ausschließt.

Ähnlich sieht es bei der analogen Abrechnung von Leistungen aus. Paragraph 6 Absatz 2 der GOÄ sieht vor, dass „selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können“. Wenn Leistungen in der Medizin auftauchen, die in dem Gebührenordnungswerk nicht zu finden sind, kommen solche analogen Bewertungen zum Einsatz. Problematisch ist dabei, dass private Krankenversicherungen zunehmend solche analogen Leistungen in Frage stellen und Beihilfestellen sie oft grundsätzlich nicht anerkennen. Es ist deshalb wichtig, hier sorgfältig vorzugehen und bereits vorhandene Vorschläge (etwa von der Bundesärztekammer (BÄK) oder Gerichten) einzubeziehen.

Eine analoge Bewertung für eine nicht aufgeführte Leistung kann man allein aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ableiten (s. Tab. 2). Da das Analogverzeichnis der BÄK vor Veröffentlichung mit dem Bundesgesundheitsministerium, dem Bundesinnenministerium und dem Verband der privaten Krankenversicherungen abgestimmt wird, ist es faktisch eine GOÄ-Ergänzung. Beispiele für solche Empfehlungen sind

**Tab. 1:** So könnte man die Untersuchung eines Patienten und zeitlich etwas aufwändigere Beratung für eine Ergometrie nach GOÄ berechnen, ohne dass es zu Konflikten bei der Abrechnung mit den Ausschlüssen bei der Nr. 3 GOÄ kommt.

GÖA	Legende	Faktor	Euro
1	Zeitlich aufwändige Beratung	3,0	13,98
7	Untersuchung Thoraxsystem	2,3	21,46
652	Ergometrie	2,3	59,66

# anrechnen ab

**Tab. 2:** Das sind **analoge Bewertungen**, die im hausärztlichen Bereich eine Bedeutung haben. Die (vollständige) Liste hat die BÄK erstellt und mit den Leistungsträgern abgestimmt. Sie bietet so die notwendige Verbindlichkeit in der Leistungsabrechnung.

die Abrechnung des Hautkrebscreenings analog nach Nr. A750 GOÄ (4. Sitzung Amtsperiode 2011/2015 am 19.03.2012) oder Nr. A659 GOÄ zur Abrechnung der kontinuierlichen Blutzuckermessung über mindestens 18 Stunden (34. Sitzung des Vorstandes am 25. Juni 2010).

GÖA	Legende	Euro (Faktor 1)
A26	Früherkennungsuntersuchung zwischen 14. und 18. Lebensjahr	26,23
A35	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. bei Asthma bronchiale, Hypertonie analog Nr. 33	17,49
A618	H2-Atemtest einschließlich Kosten, analog Nr. 617	19,88
A619	13C-Harnstoffatmetest, analog Nr. 615	13,23
A659	Langzeitblutzuckermessung	23,31
A750	Hautkrebscreening	6,99
A3732	Troponin-T Schnelltest, analog Nr. 3741	11,66
A3734	Qualitativer immunologischer Nachweis Albumin im Stuhl, analog Nr. 3736	6,99

Quelle: BÄK

## Was gilt als mittelbarer **Arzt-Patienten-Kontakt**?

Eine ganze Reihe von EBM-Ziffern darf man bei einem persönlichen und „mittelbaren“ Arzt-Patienten-Kontakt berechnen. Im hausärztlichen Bereich kommt hier insbesondere in Betracht

- die Leistung nach Nr. 03230 EBM (Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist, von mindestens zehn Minuten Dauer mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson) und
- bei Gemeinschaftspraxen die Leistung nach Nr. 01435 EBM (Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen).



Ein solcher „mittelbarer Kontakt“ liegt vor, wenn mit einer befugten Person von Angesicht zu Angesicht oder per Telefon gesprochen wird, sodass Rede und Gegenrede möglich sind, ohne dass der Patient anwesend ist. Als befugte Personen gelten in erster Linie Angehörige, aber auch Pflegekräfte. Andere Kontakte wie ein Briefwechsel oder ein E-Mail- oder Internet-Chat erfüllen diese Bedingung hingegen

nicht. Dabei ist aber zu beachten, dass auch das ärztliche Berufsrecht Behandlungen und Beratungen, die ausschließlich brieflich, über Zeitungen oder Zeitschriften sowie über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze erfolgen, als mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte ausschließt und damit eine ärztliche Tätigkeit, bei der kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im gesamten Verlauf der Beratungs- oder Behandlungstätigkeit stattfindet, nicht zulässig ist.

Dies gilt auch für die Videosprechstunde (S. 18f), die ebenfalls als mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt eingestuft ist. Hier ist lediglich die Besonderheit zu beachten, dass man die 01439 EBM zur Abrechnung der Videosprechstunde in einem Quartal auch allein und ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnen darf, wenn in einem der beiden Quartale, die der Berechnung unmittelbar vorausgehen, ein solcher in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.

