GOÄ 01.03.2012

Abrechnungs-Tipps für GOÄ und UV-GOÄ – Teil 1

Grundleistungen: Untersuchung und Beratung – Teil 1

Die Einzelpositionen der Untersuchungen und Beratungen erscheinen auf Grund der relativ geringen Honorarbeträge auf den ersten Blick unbedeutend. Da dies jedoch die häufigsten Abrechnungspositionen sind, spielen sie für das Gesamthonorar eine wichtige Rolle. Die optimale Abrechnung dieser Leistungen sollte also nicht unterschätzt werden. Insbesondere bei nicht operativen Fällen wird das Honorar (neben den technischen Leistungen) vor allem aus diesen Positionen generiert. Grundsätzlich sind diese Leistungen nach unserer Einschätzung unterbewertet, sodass bei der für dieses Jahr geplanten GOÄ-Reform eine Aufwertung angestrebt wird.

Erstbehandlung in einfachen Fällen und Kontrolluntersuchungen GO-Nr. 1 (UV-GOÄ) bzw. 1 und 5 (GOÄ)

Dies ist der Standard für alle persönlichen Arzt-Patientenkontakte. Bei der UV-GOÄ ist die „symptomzentrierte Untersuchung bei Unfallverletzungen …“ bereits in die Nr. 1 einkalkuliert. Im Bereich der Privat-GOÄ wird die GO-Nr. 1 als Beratung getrennt von den Untersuchungen abgerechnet. Die GO-Nr. 5 steht dort für eine „symptombezogene Untersuchung“. Dies dürfte für die meisten Einzelverletzungen und alle Kontrollen zutreffen. Leider ist die GO-Nr. 5 pro Sitzung nur einmal abzurechnen, auch wenn mehrere Verletzungen oder Erkrankungen untersucht werden.

Tipp: Der Aufwand für die Behandlung zahlreicher oder schwierig zu behandelnder Einzelverletzungen kann über einen erhöhten Steigerungssatz (z. B. 3,5-fach) abgebildet werden.

Tipp: Mehrfachberechnung an einem Tag (unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit) ist möglich, wenn dies in mehreren Sitzungen erfolgt. Eine Sitzung ist ein zusammenhängender Aufenthalt in der Praxis. Kommt ein Patient zum Beispiel einmal am Vormittag und einmal am Nachmittag, liegen 2 Sitzungen vor. Wenn ein Patient am Nachmittag nur noch einmal anruft und beraten wird, kann die GO-Nr.1 (GOÄ) bzw. 11 (UV-GOÄ) jeweils mit Angabe der Uhrzeit angesetzt werden.

Darüber hinaus sind Grundleistungen nur einmal im Behandlungsfall (Definition s. Passion Chirurgie 9/2011) neben Sonderleistungen abzurechnen. Daher ist für alle Kontrolluntersuchungen zu prüfen, ob die Abrechnung der GO-Nr. 1 (UV-GOÄ) oder 1 und 5 (GOÄ) im Betrag günstiger ist oder die Abrechnung erbrachter Sonderleistungen, z. B. für das Débridement sekundär heilender Wunden, für Verbände, Übungsbehandlung etc.

Tipp: Sollte sich herausstellen, dass die Abrechnung der Untersuchung und Beratung einen höheren Betrag ergibt als die durchgeführten Sonderleistungen, so können aber auf jeden Fall die Sachkosten nach § 10 der

Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ bzw. die „Besonderen Kosten“ der UV-GOÄ zusätzlich angesetzt werden. Dazu sollte man sich im Praxis-Verwaltungs-System (PVS) so genannte „Kunstziffern“ anlegen. Dies wird hier an einem Beispiel erläutert:

Ein Patient kommt zur Kontrolle bei Ruhigstellung mit einer dorsalen Unterarmschiene. Er klagt über Druckbeschwerden, so dass die Schiene zur Kontrolle der Hautverhältnisse abgenommen und danach wieder angelegt wird. Sofern in diesem Zusammenhang keine Übungsbehandlung durchgeführt wird, kann nur die Leistung nach der GO-Nr. 229 abgerechnet werden. Bei einer BG-Behandlung ist es günstiger, die GO-Nr. 229 anstelle der GO-Nr. 1 anzusetzen. Bei einem Privatpatienten ist es dagegen günstiger, die GO-Nrn. 1 und 5 abzurechnen. Zusätzlich kann man die Sachkosten für die Wiederanlage der Schiene, also z. B. für die verwendeten Binden ansetzen. Die Kosten sind in einer „Kunstziffer“ im PVS hinterlegt worden, z. B. als „0229“. Diese ist mit 0 € Honorar und den in der Praxis in der Regel anfallenden Sachkosten (z. B. 3,40 €) hinterlegt und erscheint auf der Rechnung nur als „Sachkosten nach § 10 GOÄ“. Die richtige Abrechnung für diesen Tag lautet dann also: 1 und 5 und 0229.

Eingehende Beratung nach GO-Nr. 3 (nur Privat-GOÄ)

Diese Ziffer ist auf den ersten Blick attraktiv. Laut Leistungslegende muss die Beratung allerdings eingehend sein und das gewöhnliche Maß überschreiten. Dauer mindestens 10 Minuten. Mehrfachabrechnung ist im Behandlungsfall nur mit besonderer Begründung möglich. Die GO-Nr. 3 kann z. B. für die Besprechung eines MRT-Befundes angesetzt werden. Wenn in der gleichen Sitzung auch eine Untersuchung nach den GO-Nr. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 erfolgt, kann diese daneben abgerechnet werden. Ansonsten können in gleicher Sitzung keinerlei Leistungen (vor allem keine technischen Leistungen) neben der GO-Nr. 3 abgerechnet werden, was die Attraktivität für Chirurgen erheblich schmälert.

Fremdanamnese und Unterweisung von Bezugspersonen nach GO-Nr. 4 (nur Privat-GOÄ)

Der Text der Leistungslegende lautet:

> *Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken.*

Immer wieder wird diese Leistung von privaten Krankenkassen beanstandet mit der Behauptung, diese sei nur ansatzfähig bei behinderten Kindern, bewusstseinsgestörten Patienten oder Unfallpatienten. Dies ist aus der Leistungslegende nicht zu entnehmen und widerspricht der Kommentierung durch die Ärztekammern. Demnach kann diese Leistung auch angesetzt werden bei der Behandlung von Kleinkindern oder anderen Personen, von denen keine verlässlichen Informationen über die Anamnese zu erhalten sind. Desgleichen auch dann, wenn eine Unterweisung von Bezugspersonen aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Tipp: Eine Unterweisung von Bezugspersonen, z. B. von Familienmitgliedern oder Freunden ist regelmäßig nach ambulanten Operationen medizinisch geboten. Dies kann ausnahmsweise auch telefonisch erfolgen.

Tipp: Die GO-Nr. 1 kann neben der GO-Nr. 4 abgerechnet werden, es sei denn, dass sich sämtliche Bestandteile der Leistungslegende an ein und dieselbe Person richten. Dies wäre z. B. der Fall bei Mutter und Kleinkind oder bei einem schwer kommunikationsgestörten Patienten und seinem Betreuer. In allen anderen Fällen ist die zusätzliche Abrechnung der GO-Nr. 1 möglich, wenn der Leistungsinhalt (Beratung des Patienten) erfüllt wurde.

Ausführliche Untersuchungen (Privat-GOÄ)

Bei den relativ geringen Bewertungen der Grundleistungen sollte regelmäßig geprüft werden, ob man statt der GO-Nr. 5 eine der höher bewerteten GO-Nummern 6 bis 8 ansetzen kann.

GOÄ Nr. 6:

> *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 – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation.*

Für Chirurgen kommt hier vor allem das Gefäßsystem in Betracht. Allein die routinemäßige Prüfung der „DMS“ erfüllt nicht den Leistungsinhalt. Bei Vorliegen einer AVK oder einer venösen Durchblutungsstörung gehört der Gefäßstatus zum medizinischen Standard. In den einschlägigen Kommentaren wird der Leistungsinhalt so interpretiert:

> *Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.*

Die Dokumentation ist zwar eine optionale Leistung, wird gleichwohl allein schon aus Gründen der Beweissicherung dringend empfohlen. Dies verbessert auch die Position des Arztes bei evtl. aus der Abrechnung resultierenden Streitigkeiten.

GOÄ Nr. 7:

> *Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation.*

Dies dürfte die für Chirurgen am häufigsten zutreffende umfassende Untersuchungsleistung sein. Für die Bewegungsorgane wird z. B. in den Kommentaren folgender Umfang vorgeschlagen:

> *Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe.*

GOÄ Nr. 8:

> *Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation.*

Diese Leistung dürften Chirurgen eher selten erbringen. Denkbar aber z. B. als IGeL bei einem Check-Up oder im Rahmen von Gutachten. Der Leistungsinhalt wird so interpretiert:

> *Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.*

Da die Leistungen nach GOÄ Nr. 6 bis 8 nicht nebeneinander abgerechnet werden können, bietet die GO-Nr. 8 eine Alternative, wenn mehrere Organsysteme untersucht wurden und der Leistungsinhalt erfüllt ist. Ansonsten bleibt nur die Möglichkeit, die GOÄ Nr. 6 bzw. 7 mit der entsprechenden Begründung zu steigern (z. B. 3,5 –fach).

Ausführliche Untersuchungen (UV-GOÄ)

Für die BG-Abrechnung gilt eine grundsätzlich abweichende Systematik.

Die GO-Nr. 11 der UV-GOÄ beinhaltet eine alleinige Beratung des Unfallverletzten (auch telefonisch), wird aber selten verwendet, da in aller Regel auch eine Untersuchung erfolgt. Dann ist die GO-Nr. 1 anzusetzen, die in der UV-GOÄ eine Untersuchung einschließlich Beratung beinhaltet.

GO-Nr. 6 (UV-GOÄ)

Schwierigkeiten bereitet immer wieder die Abgrenzung zur GO-Nr. 6, die folgende Leistungslegende hat:

> *Umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differenzialdiagnostischen Aufwand und/oder Beteiligung mehrerer Organe einschl. Klärung oder Überprüfung des Zusammenhangs mit der Berufstätigkeit sowie der notwendigen Beratung.*

Diese GO-Nr. hebt also zum einen auf einen besonderen Aufwand bei der Differenzialdiagnose und zum anderen auf die Beteiligung mehrerer Organe ab. Aus den Arbeitshinweisen der BG ist zu entnehmen, wann die BG dies regelmäßig anerkennt (vorausgesetzt, der Leistungsinhalt wurde erbracht!)

- *bei Knieverletzungen, wenn eine umfassende Untersuchung durchgeführt wird (am besten dokumentiert durch den „Kniebogen“),*
- *bei einer Kopfverletzung mit Verdacht auf Hirnbeteiligung,*
  - *vor einer Vollnarkose,*
  - *bei einer Generaluntersuchung für eine Begutachtung.*

Dies benennt Umstände, die von den prüfenden Sachbearbeitern in der Regel akzeptiert werden. Diese Aufzählung ist jedoch nicht abschließend. So würde z. B. eine aufwändige körperliche und neurologische Untersuchung in Folge einer schweren HWS-Distorsion analog zu einer Kopfverletzung mit Verdacht auf Hirnbeteiligung bzw. neurologische Ausfälle ebenfalls den Leistungsinhalt erfüllen. Im Gegensatz zur GOÄ ist die GO-Nr. 800 in der UV-GOÄ ausdrücklich nur von Neurologen anzusetzen.

Die GO-Nr. 6 hat darüber hinaus den Charme, dass sie (in begründeten Fällen) bis zu 3-mal im Behandlungsfall (3 Monate bei BG-Patienten) angesetzt werden kann und im Gegensatz zur GO-Nr. 1 keinen Leistungsausschluss gegenüber Sonderleistungen hat. Allerdings besteht ein Abrechungsausschluss gegen die GO-Nr. 1. Bei mehr als einmaliger Berechnung der GO-Nr. 6 wird die BG die Berechtigung kritisch prüfen.

> Tipp: Grundlage der Rechnungsprüfung durch die Sachbearbeiter wird die dort vorliegende Dokumentation sein. Es ist daher empfehlenswert, die bei der Erstuntersuchung erhobenen Befunde im D-Arzt-Bericht bzw. Zusatzberichten und die Besonderheiten im Heilverlauf durch Zwischenberichte ausführlich zu dokumentieren.

> Tipp: Wenn bei der Erstuntersuchung z. B. bei einer Knieverletzung die GO-Nr. 6 zusammen mit Sonderleistungen (z. B. Röntgen, Ultraschall, Punktion etc.) abgerechnet wurde, kann im weiteren Verlauf an einem anderen Tag die GO-Nr. 1 noch neben Sonderleistungen abgerechnet werden (einmal im Behandlungsfall).

Untersuchung und Beratung zu Unzeiten: GO-Nr. 2 und 5 (UV-GOÄ)

In der UV-GOÄ stehen die GO-Nrn. 2 bis 5 für Untersuchungen und Beratungen zu Unzeiten. Die Abrechnung der GO-Nr. 2 für Untersuchungen und Beratungen von BG-Patienten am Sonnabend bis 12.00 Uhr und der GO-Nr. 5 am Sonnabend ab 12.00 Uhr erscheint für niedergelassene D-Ärzte sachgerecht. Da in den Bedingungen für die D-Arzt-Tätigkeit seit 2012 die Unfallbereitschaft am Sonnabend weggefallen ist, können die GO-Nr. 2 bzw. 5 statt der GO-Nr. 1 am Sonnabend abgerechnet werden, es sei denn es werden zu den fraglichen Zeiten Sprechstunden abgehalten. Die in den Kommentaren der BG aufgestellte Forderung, die GO-Nr. 2 könne nur dann abgerechnet werden, wenn der Arzt nicht in der Praxis erreichbar war und diese erst zur Behandlung aufsuchen müsse, ist aus der Leistungslegende nicht abzuleiten. Es ist auch nicht nachvollziehbar, dass ein Aufschlag auf die GO-Nr. 1 von 1,20 € (für die GO-Nr. 2) bzw. 3,61 € (für die GO-Nr. 5) den Aufwand für das Aufsuchen der Praxis auch nur annähernd ausgleichen könnte.

In der Ausgabe 05/2012 ‚Passion Chirurgie’ werden weitere Leistungen aus dem Kapitel B vorgestellt und kommentiert.

Exkurs: Sind BDC-Abrechnungstipps eine „Anstiftung zum Abrechnungsbetrug“?

Die erste Folge der Abrechungstipps (Passion Chirurgie 09/2011) hat neben Zustimmung auch Kritik geerntet. Es wurde von einem beratenden Arzt der Berufsgenossenschaften mit harten Worten bemängelt, in der Kolumne seien unzulässige Abrechnungsketten empfohlen worden. Dies gibt Anlass zu folgender Klarstellung:

Wenn in dieser BDC-Kolumne Empfehlungen ausgesprochen werden, so basieren diese stets auf einer gründlichen Recherche der Gebührenordnungen und deren Auslegungen. Grundlage ist die jeweils zutreffende Leistungslegende der abgerechneten GO-Nr. Dabei gibt es stets einen gewissen Interpretationsspielraum. Allein die zahlreichen Auslegungshinweise der Bundesärztekammer sowie die ausgiebige Rechtsprechung zu strittigen Abrechnungsfragen und die Standardwerke der Fachkommentare beweisen, dass die Auslegung der Gebührenordnungen durchaus unterschiedlich sein kann. Dies liegt auch daran, dass die Legendierung der aktuell (noch) gültigen GOÄ völlig veraltet ist. Grundlage jeder Gebührenabrechnung ist der Grundsatz, dass nur Leistungen abgerechnet werden können, die auch tatsächlich erbracht worden sind. Sofern eine Leistung erbracht wurde, so kann die Honorierung aber auch nicht ohne weiteres mit dem Argument verwehrt werden, sie sei nicht notwendig oder unwirtschaftlich gewesen.

Während es bei der GOÄ vor allem auf die medizinische Plausibilität und die „Angemessenheit" der Gebühren ankommt, ist im Bereich des D-Arztwesens eine Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit festgeschrieben: So heißt es in den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger … zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren" unter 5.2.:

„Der Durchgangsarzt verpflichtet sich ferner…

…die durchgangsärztliche Tätigkeit persönlich und unter Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit auszuüben."

Auch im Vertrag zwischen der KBV und der DGUV findet sich im § 8 eine entsprechende Formulierung:

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Ärzte, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist und das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt.

Daraus ergibt sich naturgemäß ein Spannungsfeld zwischen der Therapiefreiheit des D-Arztes und dem Anspruch der Berufsgenossenschaften, die Unfallverletzten „mit allen geeigneten Mitteln" zu versorgen einerseits und dem Wirtschaftlichkeitsgebot andererseits.

Demgemäß wird in den „Arbeitshinweisen der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen" folgender Hinweis an die prüfenden Sachbearbeiter gegeben:

„Bestehen Zweifel an der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer abgerechneten ärztlichen Behandlung (Art, Umfang, Intensität, Behandlungsabstände), sollte der beratende Arzt bzw. ein für das jeweilige Gebiet kompetenter Facharzt gehört werden. Dieser hat die notwendige Fachkompetenz zu entscheiden, ob die Grenzen der ärztl. Therapiefreiheit im Einzelfall überschritten sind."

Eine grundsätzliche Streichung von erbrachten und abgerechneten ärztlichen Leistungen durch die Sachbearbeiter ist dadurch nicht gedeckt.

Im konkreten Fall wurde die Abrechung der GO-Nr. 510 bei der ersten Kontrolle und nach Wiederanlage einer ruhig stellenden Schiene bei einer unverschobenen distalen Radiusfraktur als nicht sachgerecht bemängelt. Dies ist nicht ohne weiteres akzeptabel. Dazu wird auf die Leistungslegende verwiesen:

Nr. 510: Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung.

Aus der Formulierung „auch" kann nicht geschlossen werden, dass die Anwendung medikomechanischer Apparate obligater Leistungsbestandteil wäre. Somit erfüllt eine durchgeführte Übungsbehandlung den Leistungsinhalt. Es ist unstrittig, dass dies nicht gleichbedeutend ist mit einer reinen Überprüfung der Gelenkbeweglichkeit. Vielmehr erfordert diese ärztliche Leistung, wie zutreffend in den Arbeitshinweisen ausgeführt wird:

*„auch – zusammen mit entsprechenden Verhaltensmaßregeln – eine **Demonstration** der vom Verletzten selbstständig fortzuführenden Übungen".*

Wurde dieser Leistungsinhalt erbracht, so kann die Leistung nicht als unwirtschaftlich gestrichen werden. Schon gar nicht generell, sondern allenfalls – wie in den Arbeitshinweisen ausgeführt – im Einzelfall. Wird also bei einer Wiederanlage einer ruhig stellenden Schiene eine Übungsbehandlung der nicht ruhig gestellten Gelenke (hier insbesondere der Fingergelenke und der Schultern) durchgeführt und der Verletzte entsprechend zu Eigenübungen angeleitet und überprüft, so ist der Leistungsinhalt erfüllt und die Abrechnung der GO-Nr. 510 gerechtfertigt.

Es wird zusammenfassend nochmals darauf hingewiesen, dass der BDC keinesfalls die Abrechnung von Leistungen empfehlen würde, die nicht erbracht worden sind. Gleichwohl unterstützt der Berufsverband selbstverständlich seine Mitglieder, wenn es darum geht, das optimale Honorar für tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen einzufordern.

Kalbe P. Abrechnungs-Tipps für GOÄ und UV-GOÄ – Teil 1. Passion Chirurgie. 2012 März; 2(03): Artikel 04_01.