

Hinweise zum „Behandlungsfall“

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| Immer wieder werden in Leserbriefen und GOÄ-Seminaren Fragen zum Behandlungsfall der GOÄ gestellt und es zeigen sich bei manchen Ärzten „Abrechnungslücken“. |

Die Nrn. 1 und 5 sind einzeln zu betrachten

Die allgemeine Bestimmung Nr. 2 vor Abschnitt B der GOÄ lautet: „Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig“. Manchen Ärzten unterläuft diesbezüglich der gedankliche Fehler, immer dann, wenn bereits die Nr. 1 GOÄ berechnet wurde, auch die Nr. 5 GOÄ als „verbraucht“ anzusehen. Wenn innerhalb der Monatsfrist desselben Behandlungsfalls die Nr. 1 GOÄ (Beratung) berechnet wird, ist damit die Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) aber mitnichten ebenfalls „verbraucht“. Ein (abstrahiertes) Beispiel für eine zulässige Abrechnung.

- Beispiel

- 06.10.2015: Nrn. 1, 7, 651, 250 usw.
- 08.10.2015: Nrn. 5, 410, 3 x 420

Erst jetzt sind beide Nummern im selben Behandlungsfall „verbraucht“. Am 10.10. müssen sie daher entfallen:

- 10.10.2015: Nrn. 605, 605a usw.

Ein erneuter Ansatz der Nr. 7 GOÄ an diesem Tag wäre dagegen möglich, wenn dafür eine medizinische Notwendigkeit bestand (zum Beispiel bei einer Zunahme der Beschwerden).

Die Nrn. 1 und 5 bei Diagnosewechsel

Die Definition des Behandlungsfalls ist nicht nur auf die Monatsfrist bezogen, sondern auch auf dieselbe Diagnose („gilt für die Behandlung derselben Erkrankung“). Dies wird oft übersehen und es wird häufig vergessen zu dokumentieren, wann eine Diagnose denn wirklich erhoben wurde. Entsprechend unterbleibt dann in der Rechnung der erneut mögliche Ansatz der Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ (oder auch der Nr. 4 GOÄ) mit einem Hinweis „neue Diagnose...“.

Die GOÄ-Bestimmung ist in Bezug auf „dieselbe Erkrankung“ aber nicht retrospektiv wirksam. Die Monatsfrist ist auf den Zeitpunkt zu beziehen, an dem die Diagnose im Zusammenhang mit der Leistungserbringung feststeht (und damit das Datum, zu dem die Leistungen abgerechnet werden). Ein (wieder abstrahiertes) Beispiel.

- Beispiel

Im Kopfteil einer Rechnung steht unter den Diagnoseangaben „Belastungsdyspnoe, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz“. In der Rechnung wird das differenziert:

- 6.10.2015: Nrn. 1, 7, 651, 250 ...
- Diagnose: Belastungsdyspnoe
- 8.10.2015: Nrn. 1, 5, 605, 605a ...
- neue Diagnose: Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit

Selbstverständlich muss man damit verantwortlich umgehen. Aber bestand tatsächlich beim Erstkontakt schon dieselbe Diagnose wie nach abgeschlossener Diagnostik? Häufig nicht! Deshalb ist auch grundsätzlich möglich, zwischen einem „Verdacht auf“ und der endgültig feststehenden Diagnose zu differenzieren. Ganz klar erscheint das, wenn zum Beispiel erst nach einer Laboruntersuchung oder histologischen Untersuchung eine Diagnose festgelegt werden kann. Wenn aber schon durch die Anamnese und die klinischen Befunde, vielleicht ergänzt durch eine einfache Laboruntersuchung in der Praxis, der „V.a.“ eher nur noch grundsätzlicher (theoretischer) Natur ist, rät der Autor vom oben angeführten Vorgehen ab.

- Ein Beispiel

Eine Patientin mit Dysurie sowie makroskopisch und im Harnstreifentest auffälligen Urin:
Hier sollte man die Diagnose „Harnwegsinfekt“ schon bei der ersten Untersuchung annehmen dürfen.

Bei der Abwägung, ob es noch dieselbe Diagnose ist, kann man sich am medizinischen Sachverhalt und daran orientieren, ob die erneute Beratung und Untersuchung unter anderen Aspekten als zuvor notwendig wird.