

In einer neuen GOÄ vorgesehene Regelungen

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

| In [AAA 08/2015, Seite 2](#) hatten wir Einschätzungen dazu gegeben, was in einer neuen GOÄ zu erwarten wäre. Inzwischen kann Einiges präzisiert werden. Um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, bitten wir Sie, den Beitrag aus der August-Ausgabe mit heranzuziehen. Wir beschränken uns hier auf die vorgesehenen Änderungen im Paragraphenteil der GOÄ. Damit im Zusammenhang stehen vorgesehene Änderungen in der Bundesärzteordnung (BÄO), die jedoch wenig mit der eigentlichen Abrechnung zu tun haben. |

Steigerungssatz

Tatsächlich soll nach der vorliegenden Textfassung die Abrechnung entweder mit dem Einzelsatz oder dem doppelten Gebührensatz erfolgen. Eine Steigerung soll nur zulässig sein, wenn einer der Gründe zutrifft, der in der als Anhang zur GOÄ angeführten Positivliste enthalten ist. Die Positivliste wird von der (neu geschaffenen) Gemeinsamen Kommission (GeKo) erstellt, die aus Mitgliedern der Bundesärztekammer (BÄK), der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Beihilfe besteht.

Auf Einwände, dass eine solche Positivliste niemals abschließend sein kann, wird entgegnet, dass dort jeder Arzt Vorschlagsrecht habe. Wie zeitnah und mit welchem Einigungsvermögen der Beteiligten Gremien diese Positivliste dann ergänzt wird, bleibt offen. Ausdrücklich ist vorgesehen, dass bis zur Entscheidung der GeKo nur der einfache Gebührensatz berechnet werden darf. Nach positiver Entscheidung könne dann eine neue Rechnung unter Beifügung der Erstrechnung erstellt werden.

Zielleistungsprinzip

Insbesondere für operierende Ärzte ist von Interesse, dass das in § 4 Abs. 2a GOÄ verankerte „Zielleistungsprinzip“ im Wesentlichen unverändert bleibt. Die „Lösung“ der vielen Konflikte dazu verschiebt man ins Leistungsverzeichnis. Dort sollen viele Leistungen als „Grundleistungen“ angeführt werden. Einbezogen in diese Grundleistungen werden viele der bisher dazu eigenständig abrechenbaren Leistungen; Formulierung hier: „gegebenenfalls einschließlich“. Nur für besonders aufwendige Zusatzleistungen sind Zuschläge vorgesehen.

Analogabrechnung

Die Analogabrechnung soll nur erlaubt sein

- für erst nach Inkrafttreten der neuen GOÄ entwickelte und erstmals angewandte Leistungen oder
- für Leistungen, die auf Verlangen erbracht wurden.

Bei der Analogabrechnung sollen von der GeKO gegebene Empfehlungen beachtet werden. Über die zu erfolgende Analogabrechnung hat der Arzt den Patienten vor der Leistungserbringung schriftlich zu informieren.

Rechnungserstellung

In der (maschinenlesbaren!) Rechnung sollen die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem ICD-Schlüssel angeführt werden, bei Operationen der OPS-Code. Der Hintergrund dazu erscheint offensichtlich: Die Kodierungen bieten eine hervorragende Möglichkeit zu kontrollieren, ob eine berechnete Leistung indiziert („medizinisch notwendig“) war oder nicht.

Dies korrespondiert unmittelbar mit einer in § 4 GOÄ vorgesehenen Bestimmung, dass erbrachte oder veranlasste Laborleistungen in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zugrunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen müssen.

Wer den GOÄ-Kommentar des Deutschen Ärzteverlags nutzt, dem wird aufgefallen sein, dass in den letzten Ergänzungslieferungen in weitem Umfang zu Laborleistungen die Indikationen angeführt sind.

Die Rechnungsstellung soll verpflichtend (!) innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung erfolgen. Das würde mit sich bringen, dass bei längeren Behandlungen häufiger Zwischenrechnungen erstellt werden müssen.

Bei der Berechnung von Auslagen soll nicht mehr wie bisher ein Beleg oder sonstiger Nachweis nur dann beigelegt werden, wenn die einzelne Auslage den Betrag von 25,56 Euro, sondern wenn die Summe der berechneten Auslagen den Betrag von 50 Euro übersteigt.

Leistungen, die auf Verlangen erbracht wurden, sollen durch ein vorangestelltes „V“ gekennzeichnet werden, Früherkennungsleistungen, welche den GKV-Richtlinien entsprechen, durch ein vorangestelltes „F“, Analogabrechnungen durch ein „A“.

Verstärkte Informationspflichten

Die Verpflichtungen zur rechtzeitigen Aufklärung des Patienten in Bezug auf Analogbewertungen, abweichende Honorarvereinbarungen und bei „Verlangensleistungen“ sind, wie im August-Beitrag angeführt, vorgesehen.

FAZIT | Ob man sich angesichts der vorgesehenen Regelungen eine „neue GOÄ“ in dieser Form wirklich wünschen sollte, kann man sicherlich kontrovers sehen.