

1 Die Entwicklung der GOÄ seit 1996

Die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) stellt die gesetzliche Grundlage für die Abrechnung ärztlich erbrachter Leistungen dar. Sie findet Anwendung für ärztlich erbrachte Leistungen im Krankenhaus als auch in den Praxen niedergelassener Ärzte aller Fachrichtung. Sie stellt die Abrechnungsgrundlage für die ärztliche Versorgung von rund 9 Millionen Privatversicherten und Beihilfeberechtigten dar, und ist damit der Orientierungsmaßstab für die Honorierung ärztlicher Leistungen. Sie gilt auch als Abrechnungsgrundlage sogenannter „IGeL-Leistungen“ (individueller Gesundheitsleistungen), da Pauschalen hier unzulässig sind. Ihre Grundlage für die ärztliche Abrechnung ist umstritten, da ihre letzte Reform (Neuordnung der Gebührenordnungspositionen und Bestimmungen) aus dem Jahr 1996 stammt. Die letzte Reform von 1996 wird heute immer noch als Teilreform angesehen, da hier in erster Linie das Grundleistungskapitel und wenige Einzelleistungen berücksichtigt wurden. Der wichtigste Bereich, der des operativen stationären Bereiches, blieb damals jedoch unberücksichtigt. Damit fehlen nach wie vor Leistungsbeschreibungen für Innovationen und zielleistungsgerechte Abrechnungspositionen von komplexeren Operationen. Ebenfalls fehlen in der GOÄ96 leistungsgerechte Positionen der innovativen interventionellen Maßnahmen. Diese müssen häufig analog mit Gegenwind der Kassen durchgesetzt werden. Damit ist in den letzten Jahren eine allgemeine Unzufriedenheit im Bereich der Abrechnung der modernen Behandlungs- und Operationsmethoden entstanden. Das GOÄ Leis-

tungsverzeichnis ist damit in bestimmten Abrechnungskapiteln nach wie vor auf dem Stand von 1982.

Die Novellierung der GOÄ wird bereits seit 2004 erwartet. Sie wurde jedoch Jahr für Jahr hinausgeschoben. Umso erfreulicher ist die Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 12.11.2013, waren doch die Verhandlungsgespräche zwischen BÄK und PKV-Verband im August 2012 ausgesetzt worden. Allerdings soll erst Ende 2014 eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ vorliegen. Erinnert werden sollte an die ebenfalls längst überfällige Reform der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte), die im Gestrüpp widerstreitender Interessen im Frühjahr 2009 im Bundesrat scheiterte, und damit erst zum 01.01.2012 endgültig verabschiedet werden konnte. Für Ärzte heißt das, dass sie bis auf Weiteres im Bereich der Privatliquidation auf der Grundlage 16 Jahre alter oder noch älterer Bewertungen abrechnen müssen. Der fehlenden Novellierung folgten in den letzten Jahren zahlreiche Urteile, die heute für die Anwendung der Abrechnung im operativen stationären Bereich nicht mehr wegzudenken sind. Auch die Bildung „analoger“ Leistungen gemäß § 6 der GOÄ ist dadurch zum Standard in der derzeitigen GOÄ geworden. Analoge Leistungen sind Leistungen, die im Ursprung der GOÄ von 1996 nicht enthalten sind. Somit entsteht ein andauernder Änderungsprozess der Anwendung vieler Leistungen der GOÄ von 1996. Es ist daher notwendig, dass der Anwender gerade in den Bereichen der neuen Urteile zur GOÄ und der Empfehlungen der Bundesärztekammer im GOÄ-Ratgeber stets auf dem Laufenden bleibt. In diesem Buch finden Sie daher viele Hinweise zur Abrechnung in der GOÄ, damit nicht unnötig erbrachte Leistungen verschenkt werden. Schon deshalb empfiehlt sich ein regelmäßiger Check-up der GOÄ, auch im Rahmen von Seminarveranstaltungen, um über Entwicklungen in der GOÄ auf dem Laufenden zu bleiben. Klar ist, dass eine neue Gebührenordnung dem medizinischen Fortschritt in jedem Falle Rechnung tragen muss.

1.1 Konzept der Bundesärztekammer

Bevor auf die GOÄ für die Anwendung im Krankenhaus eingegangen wird, soll noch kurz auf das Konzept der Bundesärztekammer (BÄK) zur Weiterentwicklung der GOÄ verwiesen werden. (Quelle: Deutsches Ärzteblatt 110, Heft 35-36 [02.09.2013], S. A 1596-1597). Hier war Folgendes zu lesen:

„Die von der BÄK mit Unterstützung der Fachverbände und Fachexperten mehrfach überarbeitete und verbesserte Fassung der GOÄ ist als umfassende Darstellung der ärztlichen Leistungen in Deutschland zurzeit einmalig. So bildet das vorgeschlagene Leistungsverzeichnis der neuen GOÄ eine komplette Neubeschreibung des gesamten ärztlichen Leistungsspektrums in Krankenhaus und Praxis auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft ab. Neue Behandlungsmethoden, neue Operationsmethoden, aber auch technologische Innovationen sind jetzt im Leistungsverzeichnis enthalten und erleichtern damit die ärztliche Abrechnung. Das neue

Konzept berücksichtigt aber auch den gewandelten Versorgungsbedarf, zum Beispiel mit einer besseren Abbildung und Höherbewertung von persönlich erbrachten zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen, unter anderem der Gesprächsleistungen und Hausbesuche. Den Besonderheiten der Betreuung chronisch Kranker wurde durch neue bedarfsgerechte Vergütungskomplexe Rechnung getragen. Neu sind auch Gebührenpositionen für interdisziplinäre und multiprofessionelle Konferenzen und Konsile, die die innerärztliche und interprofessionelle Kommunikation und Kooperation in besonderen Fällen fördern. Des Weiteren sind Leistungen zur Planung und Koordination, Behandlungspläne, Sichtung und Bewertung von Vorbefunden als wichtige, die ärztliche Tätigkeit unterstützende und begleitende Maßnahmen aufgenommen worden. Neue Abschnitte wurden unter anderem für Leistungen der Palliativmedizin und Rehabilitationsmedizin geschaffen.“ (www.baek.de)

1.2 Ablaufbezogene Leistungskomplexe

Die Bedeutung und das Ausmaß ablaufbezogener Leistungskomplexe waren bereits im Jahr 2006 an der Festlegung der Bundesärztekammer im Bereich der Urologie absehbar: Etwa 12 Leistungskomplexe aus verschiedenen Indikationsbereichen wurden dort formuliert und „analog“ gekennzeichnet (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Nr. 48 vom 1.12.2006). Als exemplarisches Beispiel für das Untergehen bislang abrechenbarer Einzelleistungen sei hier die GOÄ Analoggebührenordnungsposition 1870 (Radikale Prostataektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion mit Entfernung der Lymphknoten ohne Neurolyse) aufgeführt. Es wird zwischen dem sogenannten „obligaten Leistungsanteil“, sprich dem Pflichtanteil der Leistung, und einem „fakultativen Anteil“ unterschieden. In Letzterem finden sich die bislang zusätzlich abrechenbaren möglichen Einzelleistungen wie beispielsweise das Legen von Drainagen (GOP 2015) sowie das Legen eines suprapubischen oder transurethralen Blasenkatheters. Das Absetzen und Unterbinden der notwendigen Strukturen, wie beispielsweise der Samenleiter und die notwendige Entnahme von Schnellschnitten sowie das Spülen werden ebenfalls im fakultativen Anteil aufgeführt.

Vergleichbar hierzu ist ein weiterer analoger Leistungskomplex mit der GOP 1871, der ebenfalls die radikale Prostataektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie die Entfernung der Lymphknoten mit Neurolyse erfasst. Die beiden Leistungskomplexe unterscheiden sich lediglich in dem Bereich „ohne Neurolyse“ und „mit Neurolyse“. Dazu mehr im Kapitel Abrechnung Untersuchung und Operationen ausgewählter Fachgebiete, Urologie (s. Kap. IV.4).

Von der nächsten GOÄ-Novellierung wird demnach eine im Grunde völlig neue Gebührenordnung mit vielen ablaufbezogenen Leistungskomplexen ähnlich der Neuordnung des EBM 2000plus von 2005 zu erwarten sein.

2 Informationsquellen zur GOÄ

In der Auseinandersetzung mit Versicherungen empfiehlt es sich stets, die Informationsquellen der GOÄ genau zu kennen. Nachfolgend sind die Wichtigsten dargestellt. Oft wird in der Privatliquidation als Abrechnungswerk nur die herkömmliche unkommentierte GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) verwendet. Dies ist für den Bereich der wahlärztlichen stationären Leistungen, aber auch im Bereich der ambulanten Leistungen nicht immer ausreichend. Um die Privatliquidation optimal zu gestalten, stehen daher zusätzliche unterschiedliche Informationsquellen der GOÄ zur Verfügung.

Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen ZKdBÄK

Grundsätzliche Auslegungsfragen zur GOÄ werden durch den ZKdBÄK (Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen) veröffentlicht:

! Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK besteht aus vom BÄK-Vorstand bestellten Vertretern der Ärzteschaft, aus Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesinnenministeriums, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und – nicht stimmberechtigt – des Verbandes der privatärztlichen Verrechnungsstellen. Er gibt laut Auskunft der BÄK sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen

der GOÄ gegenüber den Ärztekammern und Mitgliedern ab. Der Zentrale Konsultationsausschuss wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, die GOÄ weiterzuentwickeln. Seine Beschlüsse werden im Deutschen Ärzteblatt (Blaue Seiten) veröffentlicht.

Neue Analogpositionen



Beschließt der Ausschuss neue Analogpositionen, werden diese in die Liste der offiziellen Analogpositionen aufgenommen.



Die Liste der offiziellen Analogpositionen, welche stets rechtsverbindlich sind, ist in aktuellen Neuauflagen der GOÄ 96 bereits aufgeführt. Die Liste der offiziellen Analogpositionen ist auch auf der Internetseite der Bundesärztekammer hinterlegt und kann dort kostenfrei abgerufen werden (www.BAEK.de).

Kommentare

Kommentare zur GOÄ beschreiben die einzelnen Gebührenordnungspositionen ausführlich. Krankenversicherungen und Beihilfestellen stützen ihre Reklamationen häufig auf GOÄ-Kommentare. Vor allem der Kommentar Brück zur GOÄ findet sowohl bei den Krankenversicherungen und Beihilfestellen als auch im Bereich der Krankenhäuser breite Anwendung. Kommentare sind jedoch nie rechtsverbindlich. Kommentare der Berufsverbände bieten ebenfalls gute Orientierung zur Anwendung der GOÄ, sind jedoch ebenfalls nicht rechtsverbindlich. Sie sind unter anderem für die Bereiche Anästhesie, Gynäkologie und Viszeralchirurgie durch die jeweiligen Berufsverbände verfügbar.



Kommentare zur GOÄ stellen sehr gute Orientierungshilfen in der Privatliquidation dar, haben jedoch keine Rechtsverbindlichkeit.

Krankenversicherungen und Beihilfestellen berufen sich häufig auf den Kommentar Brück. Seitens der Berufsverbände existieren für die Bereiche Anästhesie, Viszeralchirurgie und Gynäkologie Kommentarwerke zur GOÄ.

Sinnvoll ist es, den Empfehlungen der Berufsverbände zu folgen. Diese sind Rundschreiben/Newslettern oder verbandsinternen Mitteilungen aber auch deren Internetseiten zu entnehmen.

Urteile

Aufgrund der immer noch ausstehenden Novellierung der GOÄ von 1996 kam es in den letzten Jahren vermehrt zu juristischen Auseinandersetzungen zwischen Versicherungen und Chefarzten.

Urteile geben weitere wichtige Hinweise in Auslegungsfragen zur GOÄ. Fachanwälte für Medizinrecht kommentieren diese häufig auf ihren Internetseiten oder in der medizinischen Fachpresse. Aber auch auf den Internetseiten des Bundesgerichtshofes (www.bundesgerichtshof.de) und der Landes- und Amtsgerichte werden Urteile veröffentlicht.

Nur BGH-Urteile (Bundesgerichtshof) sind rechtsverbindliche Urteile. Urteile der Amts- und Landesgerichte bieten Hinweise zur Auslegung, sind jedoch weniger verbindlich. Urteile der Amts- und Landesgerichte liefern teils auch gegensätzliche Hinweise in GOÄ-Auslegungsfragen.

Aktuell hat sich der Bundesgerichtshof (BGH) in den letzten Jahren mit der persönlichen Leistungserbringung des Chefarztes auseinandergesetzt. Neben dem Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung bei wahlärztlichen Leistungen war der Chefarzt auch wegen Bestechlichkeit und Nötigung verurteilt. Der BGH hatte mit Beschluss vom 13. Juni 2011 die Revision (Az.: 1 StR 692/10) gegen ein Urteil des Landgerichts (LG) Essen vom 13. März 2011 (Az.: 58 KLS 20/08) als offensichtlich unbegründet zurückgewiesen. Eine Verurteilung wegen Betrugs erfolgte u. a., weil der Chefarzt im Rahmen der Operation gegen die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung verstoßen hatte.

In einem 47-seitigen Beschluss hat sich zudem das BGH *grundlegend* mit dem Gebot der persönlichen Leistungserbringungspflicht und der Delegationsfähigkeit von Leistungen 25. Januar 2012 (1 StR 45/11) befasst. Die grundsätzlichen Ausführungen des BGH zum Abrechnungsbetrug setzen auch Maßstäbe für die Abrechenbarkeit von ärztlichen Leistungen durch Chefarzte.

In einem weiteren Fall urteilte das das Oberlandesgericht (OLG) Oldenburg am 14. Dezember 2011 (Az.: 5 U 183/11) in Bezug auf die hohe Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung durch den Chefarzt. Hier wurde in einer psychiatrischen Klinik erbracht und abgerechnet. Abgelehnt wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungsnummern 34A, 861, 860, 45, 862, 871, 250 und 507 mit dem Argument, dass diese Leistungen delegiert wurden.

Erfreulich dagegen ist das Urteil vom 13.10.2011, Az.: III ZR 231/10, in dem der Richter eine „zumindest fahrlässige Amtspflichtverletzung der Mitarbeiter der Beihilfestelle“ erkannte. Der Mitarbeiter der Beihilfestelle hatte den durch den Arzt abgerechneten 3,5-fachen Satz auf das 2,3-fache gekürzt. Arzt und Patient erhielten vor dem BGH recht.

Bekanntgaben der Bundesärztekammer im Deutschen Ärzteblatt

Eine zusätzliche Informationsquelle bieten die Bekanntgaben zu Abrechnungsempfehlungen im Deutschen Ärzteblatt. Regelmäßig beschließt der Vorstand der Bundesärztekammer Abrechnungsempfehlungen. Diese werden im Deutschen Ärzteblatt unter „Bekanntgaben“, den sogenannten blauen Seiten, veröffentlicht. So wurde dort in der 10. Sitzung (Amtsperiode 2011/2015) am 20. April 2012 nachfolgende – vom Ausschuss Gebührenordnung der Bundesärztekammer in seiner 4. Sitzung (Amtsperiode 2011/2015) folgende Abrechnungsempfehlung beschlossen:

- **„Keine Abrechnung der Nr. 784 GOÄ analog für die Nutzung einer Medikamentenpumpe (Verabreichung von Narkose-unabhängigen Medikamenten, z.B. Arterenol®) während einer Anästhesie.**

Die Verabreichung von Narkose-unabhängigen Medikamenten, z.B. Arterenol®, während einer Anästhesie mittels einer Medikamentenpumpe ist nicht nach Nr. 784 GOÄ analog („Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen“, 275 Punkte) berechnungsfähig, insbesondere weil wesentliche Leistungsinhalte (Beratung und Schulung des Patienten) dieser Gebührenposition bei einem narkotisierten Patienten naturgemäß nicht erbracht werden können. Dieser Mangel kann auch durch den Ansatz eines niedrigen Gebührensatzes nicht geheilt werden.

Die Abrechnung hat über die Nr. 261 GOÄ („Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter“) zu erfolgen. Beachte auch Satz 2 der Abrechnungsbestimmung zu Nr. 261 GOÄ: „Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.“

- **Zystourethroskopie (bei Anwendung eines flexiblen Instruments)**

Die Zystourethroskopie ist nach Nr. 1787 GOÄ abzurechnen, unabhängig davon, ob ein starres oder ein flexibles Instrument verwendet wird. Die durch die Anwendung eines flexiblen Instruments verbundenen höheren Kosten (im Vergleich zur Verwendung eines starren Instruments) können durch die Wahl eines höheren Gebührensatzes entsprochen werden.

- **Abrechnung der Einbringung einer Bandscheiben-Prothese**

Die Einbringung einer, zumeist zervikalen oder lumbalen, Bandscheibenprothese ist nach Nr. 2287 GOÄ neben der zugrundeliegenden Hauptleistung (z.B. der Nr. 2577 GOÄ) abzurechnen“.

Quelle: Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109(19): A-987/B-851/C-843.

Ratgeber GOÄ der Bundesärztekammer

Über das Internet besteht eine Informationsquelle auf der Internetseite der Bundesärztekammer www.baek.de. Hier werden regelmäßig Themen der GOÄ zu strittigen Auslegungsfragen aufgenommen und Abrechnungsempfehlungen abgegeben.

3 Dokumentation und Abrechnung

Die Bedeutung der Dokumentationspflichten im Krankenhaus rücken seit Jahren zunehmend in den Vordergrund. Jeder Behandlungsverlauf sollte daher umfassend und korrekt dokumentiert werden. Dazu gehören auch Operationsberichte. Nur bei sorgfältiger Dokumentation liegt eine Dokumentation vor, die nicht nur archiviert werden kann, sondern auch bei Versicherungsreklamationen einsichtstauglich und vor Gericht beweistauglich ist. Dies alles muss aus juristischer Sicht erfüllt sein.

Die umfassende Dokumentation wird oft als sehr lästige Pflicht angesehen. Sie ist aber der Beweis für erbrachte ärztliche Leistungen zur Durchsetzung des Honoraranspruchs und damit unerlässlich.

Nur durch umfassende Dokumentation kann der Arzt beweisen, nach den Regeln der Kunst behandelt zu haben. Bei Herausgabe von Behandlungsunterlagen sollte im Krankenhaus vorab einheitlich geklärt sein, welche Dokumente und in welchem Umfang Unterlagen zur Einsicht an Versicherungen herausgegeben werden. Hier sollte auch darüber nachgedacht werden, ob die in der Patientenakte dokumentierten Leistungen immer vom jeweiligen Oberarzt oder dem Chefarzt und dessen Stellvertreter abgezeichnet werden.

Nicht zuletzt zieht eine mangelhafte Dokumentation der Leistungen auch direkte wirtschaftliche Einbußen nach sich, wenn dadurch in Krankenhäusern große Summen nicht in Rechnung gestellt werden können.