

# GOÄ: Verringerter Multiplikator in sogenannten „besonderen Fällen“

— Abschnitt A der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) listet ziemlich willkürlich sogenannte Gebühren in besonderen Fällen auf, bei denen nach Maßgabe des § 5 nur bis zum 1,8-Fachen (Schwellensatz) bzw. zum 2,5-Fachen (Obergrenze) des jeweiligen Vergütungssatzes gesteigert werden kann.

Dabei werden auch mehrere aus hausärztlicher Sicht bedeutende GOÄ-Ziffern benannt, die man für eine korrekte Abrechnung kennen muss. Diese umfassen die Nr. 2 für Wiederholungsrezepte, Überweisungen und Info über Praxispersonal, die Nr. 56 für das Verweilen, die Blutentnahmen nach den Nrn. 250 und 250a, die Sono-Zuschläge nach den Nrn. 402 und 403, die Pneumologie nach den Nrn. 602 und 605–617, die angiologischen Leistungen nach den Nrn. 620–624 sowie 635–647, kardiologische Leis-

tungen nach den Nrn. 650, 651, 653, 654 und 657–661, Testverfahren nach den Nrn. 665–666, 725, 726, 759–761 sowie 855–857 und die HNO-Heilkunde nach den Nrn. 1401 und 1403–1406.

## MMW-KOMMENTAR

*Auch für sämtliche Leistungen des Abschnitts E (Physikalische Medizin) ist entsprechend § 5 Abs. 3 die Bemessung der Gebühren nur bis zum 2,5-Fachen des Einfachsatzes (Höchstsatz) bzw. bis zum 1,8-Fachen (Schwellenwert) möglich. Im Laborabschnitt M wiederum kann nur bis*



Für einige GOÄ-Nrn. ist beim 2,5-fachen Satz die Decke erreicht.

zum 1,3-Fachen (Höchstsatz) bzw. 1,15-Fachen (Schwellenwert) des Einfachsatzes gesteigert werden. So steht es im § 5 Abs. 4 GOÄ. Eine Abdingung dieser Einschränkungen (nach § 2 GOÄ) ist nicht möglich. ■

# EBM: Kostenpauschalen nicht vergessen!

— Ab und zu lohnt es sich für jeden niedergelassenen Arzt, mal einen Blick in die Allgemeinen Bestimmungen des EBM zu werfen. Dort steht z. B. im Abschnitt I 1.8, dass für die Versendung bzw. den Transport der in der Versicherungspauschale enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichte nach Nr. 01 600 EBM oder bei individuellen Arztbriefen nach Nr. 01 601 die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40 120, 40 122, 40 124 und 40 126 berechnungsfähig sind.

## MMW-KOMMENTAR

*Konkret bedeutet diese Regelung im hausärztlichen Bereich, dass man eine entsprechende Kostenpauschale berechnen kann,*

*wenn man solche Untersuchungsberichte und Arztbriefe versendet – und das obwohl die Dokumente selbst nicht gesondert abgerechnet werden können, da sie ja Bestandteil der altersgestaffelten Versicherungspauschalen sind.*

*Vergessen sollte man auch nicht den Ansatz der Nr. 40 144 als Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt im Krankenhaus. Dies bringt der Praxis immerhin 13 Cent je Seite ein.*

*Beachtenswert ist dabei lediglich, dass Fotokopien, die auf Wunsch des Patienten erstellt*

*werden, nicht nach Nr. 40 144 berechnet werden können. Das Gleiche gilt für Kopien, die einem Zweck dienen, der nicht den vertragsärztlichen Bereich betrifft – z. B. wenn sie für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Gesundheitsämter, Betriebsärzte, Unfall- oder Rentenversicherungen, Privatversicherungen oder Beihilfen bestimmt sind. In solchen Fällen können die Kosten aber dem Patienten in Rechnung gestellt werden. Grundlage ist hier entweder die GOÄ mit dem Auslagenersatz nach § 10 oder – insbesondere bei Kopien für amtliche Stellen wie Gerichte, Polizei, Staatsanwaltschaft – das Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG). In beiden Fällen können 50 Cent pro Seite geltend gemacht werden. ■*