

Abrechnung exakt

Sicher und vollständig abrechnen
nach EBM und GOÄ



Ausgabe vom 27.05.2025



Liebe Leserin, lieber Leser,

die neue Regierung hat sich im schwarz-roten Koalitionsvertrag zwar nur selektiv zu gesundheitspolitischen Themen geäußert, aber interessant ist auf jeden Fall, was gar nicht erwähnt wird: nämlich die neue GOÄ und das Mit- oder Nebeneinander von GKV und PKV. Die „Bürgerversicherung“, von der Rot-Grün einst sprach, ist kein Thema (mehr). Zwar sind mal wieder Maßnahmen zur Kostendämpfung im GKV-Bereich im Gespräch, am dualen Krankenversicherungssystem soll aber nicht gerüttelt werden.

Für die Praxen ist das eine gute Nachricht, tragen doch die rund 10 Prozent der Privatversicherten überproportional zum Praxisumsatz bei. Um wie viel genau, beziffert das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) in seinem Jahresbericht 2025 mit dem Titel „Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten“. Auf Basis der jüngsten verfügbaren Daten von 2023 berechnete das Institut den Mehrumsatz durch Privatversicherte in der ambulant-ärztlichen Versorgung auf 7,99 Mrd. Euro – wären sie alle zu GKV-Honoraren behandelt worden, hätten die Praxen also fast 8 Mrd. Euro weniger Honorar erzielt.

Prozentual ausgedrückt bedeutet dies, dass die 10,4 Prozent Privatversicherten in der ambulanten Versorgung für 21,4 Prozent der Praxisumsätze sorgen.

Die Gründe für diese Mehreinnahmen liegen der Studie zufolge einerseits in der stärkeren Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen durch Privatversicherte, andererseits in der Abrechnung zu höheren GOÄ-Steigerungsfaktoren. Dass sich die Mehrausgaben für die Versicherer von 2022 auf 2023 sprunghaft erhöht haben, führt man unter anderem auf Nachholeffekte nach der Coronapandemie zurück.

Hier können Sie den WIP-Jahresbericht 2025 im Volltext lesen:

https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2025-Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_Jahresbericht_2025.pdf

Damit bestätigt das WIP nur, was Sie in den Praxen aus Ihren Umsatzstatistiken bereits wissen: Ein gewisser Anteil an Privatversicherten (idealerweise mehr als 10 Prozent) ist unverzichtbar für das finanzielle Wohlergehen der Praxis. Auch deswegen, weil die GOÄ es ermöglicht, besonders aufwendige ärztliche Leistungen noch über die Höchstsätze hinaus zu steigern und damit aufwandsgerechte Vergütungen zu erzielen. Wie Sie zu diesem Extra-Umsatz kommen und was Sie dabei beachten müssen, lesen Sie im letzten Beitrag dieser Ausgabe in unserer monatlichen Rubrik „Kosten senken/Umsatz steigern“.



Im ersten Beitrag stellen wir Ihnen Leistungen zur Sturzprophylaxe vor, die angesichts der demografischen Entwicklung an Bedeutung gewinnen. Stürze stellen vor allem bei älteren Menschen eine große Gefahr dar und haben oftmals auch Folgen, welche die Gestaltung eines normalen Alltagslebens erheblich erschweren. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts waren 2022 fast 24 Prozent der Menschen über 65 Jahre mindestens einmal im Jahr gestürzt, bei den über 80-jährigen waren es sogar 33 Prozent.

Anschließend geht es um Fragen der Abrechnungsorganisation, konkret um die richtige Leistungsdokumentation. Passend zum Weltnichtrauchertag am kommenden Samstag (31.05.) stellen wir im dritten Beitrag einen Praxisfall vor, den es bei Tabakabstinenz nicht gegeben hätte. Die Leserfragen drehen sich um die Privatabrechnung diverser Untersuchungsleistungen.

Einen gesunden Anteil an Privatversicherten in Ihrer Klientel und entsprechende Umsätze aus der Privatabrechnung wünscht Ihnen Ihr

Peter Schlüter



Sturzprophylaxe: Welche Leistungen eine Risikoeinschätzung zulassen und wie Sie diese nach EBM und GOÄ abrechnen

Ursachen für erhöhte Sturzgefahr können nicht nur geriatrische Erkrankungen sein, sondern auch kardiovaskuläre Erkrankungen mit Schwindelsymptomatik, orthopädische Leiden und vor allem auch neurologische Krankheiten. Abrechnungstechnisch ist festzustellen, dass weder der EBM noch die GOÄ eine alleinige spezifische Position für diese Beurteilung enthalten. Es gibt jedoch ein breit gefächertes Portfolio von Leistungen, deren Ergebnisse in ihrer Gesamtheit eine Aussage zur Sturzwahrscheinlichkeit zulassen.

Diese EBM-Leistungen kommen infrage:

- Das Wort „Sturzgefahr“ kommt im EBM genau einmal vor, und zwar bei der **GOP 03360** (hausärztlich-geriatrisches Basisassessment). Eine darin enthaltene Teilleistung ist die „Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren“. Als mögliche Tests sind beispielsweise der Timed-„up & go“-Test und der Tandem-Stand aufgeführt. Diese Tests sind aber außerhalb des Basis-assessments, das zweimal binnen vier Quartalen abrechenbar ist, nicht gesondert abzurechnen.
- Indirekt ist das Thema „Sturzgefahr“ aber noch als Bestandteil und Voraussetzung für den Ansatz der **GOP 01613** (Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Gebührenordnungsposition 01611) im EBM enthalten. Hier ist konkret die Durchführung des Timed-„up & go“-Tests und des „Chair rise“-Tests vorgegeben.
- Die laufende Betreuung bei geriatrischen Grunderkrankungen und damit auch die regelmäßige Einschätzung einer Sturzgefährdung ist in jedem Quartal einmal mit der **GOP 03362** abrechenbar.

- Für eine wirkungsvolle Sturzprophylaxe sind auch immer wiederkehrende Gespräche mit älteren Patientinnen und Patienten sowie mit deren Kontaktpersonen nötig, die mit der **GOP 03230** abgerechnet werden können. Studien belegen übrigens, dass die Sturzgefahr auch mit dem Ausmaß an Bewegung zusammenhängt: Ältere Menschen, die regelmäßig Sport treiben, stürzen viel seltener als gleichaltrige Couch-Potatoes. Daher sollte bei den ärztlichen Gesprächen auch eine Ermutigung zu sportlicher Betätigung nicht fehlen.
- Von erheblicher Bedeutung in der Beurteilung der Sturzgefahr ist die Detektion und möglichst auch Beseitigung von „Stolperfallen“ in der Wohnung der Patientinnen und Patienten, die im Rahmen eines Hausbesuchs (**GOP 01410**) erfolgen kann.
- Schwindel und Gangunsicherheiten bei Älteren resultieren häufig aus Herz-Kreislauf-Problemen. Daher gehören EKG und (Langzeit-)Blutdruckmessungen ebenfalls zu den wichtigen Prophylaxemaßnahmen.

Übersicht: Mögliche EBM-Leistungen zur Einschätzung der Sturzgefahr bei Älteren

GOP	Leistung	Wert 2025
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	113 P. 14,00 €
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	174 P. 21,56 €
01613	Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Gebührenordnungsposition 01611	75 P. 9,30 €
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist, je vollendete 10 Minuten	128 P. 15,86 €
01410	Besuch	212 P. 26,27 €
03321	Belastungs-EKG	198 P. 24,54 €
03322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	48 P. 5,95 €
03241	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	86 P. 10,66 €
03324	Langzeit-Blutdruckmessung	57 P. 7,06 €

In der GOÄ sieht es so aus:

- In der GOÄ taucht das Wort „Sturzgefahr“ gar nicht auf. Dennoch sind einige als Einzelleistung abrechenbare Positionen vorhanden, die für die Beurteilung der Sturzgefahr wichtig sind. Außer der normalen (**GOÄ-Nr. 1**) oder eingehenden Beratung (**Nr. 3**) können auch die Erhebung der Fremdanamnese und die Unterweisung von Kontaktpersonen (**Nr. 4**) besonders relevant sein.
- Bei den Untersuchungen kommen alle körperlichen Untersuchungen ins Spiel (**Nrn. 5, 7 und 8**), in deren Rahmen auch die eigentlichen Mobilitätstests durchzuführen und abzurechnen sind.

- Insbesondere ist hier auch an die **GOÄ-Nr. 800** zu denken, die häufig eine Aussage über eine eventuelle Sturzgefährdung zulässt. Dabei muss man wissen, dass die Nr. 8 neben der Nr. 800 nicht berechnet werden kann. Die bessere Alternative ist dann die Kombination der Nr. 7 mit der Nr. 800; dies entspricht einem Honorarvorteil von 95 Punkten gegenüber der isolierten Abrechnung der Nr. 8.
- In Betracht kommt im weiteren Verlauf auch der isolierte Ansatz der **Nr. 826** (Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung – gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung).
- Ein evtl. erforderlicher Hausbesuch (s. o.) kann mit der **Nr. 50** und zusätzlichem Wegegeld berechnet werden.
- Bei den technischen Leistungen, die bei der Einschätzung einer Sturzgefährdung wichtig sein können, spielen vor allem kardiovaskuläre Untersuchungen eine Rolle. Neben dem Ruhe-EKG (**Nr. 651**) sind dies Ergometrie (**Nr. 652**), Langzeit-EKG (**Nr. 659**) und Langzeit-Blutdruckmessung (**Nr. 654**).

Übersicht: Mögliche GOÄ-Leistungen zur Einschätzung der Sturzgefahr bei Älteren

GOÄ-Nr.	Leistung	Faktor	Honorar
1	Beratung	2,3	10,72 €
3	Eingehende Beratung, mindestens 10 Minuten	2,3	20,11 €
4	Fremdanamnese/Unterweisung von Kontaktpersonen	2,3	29,49 €
5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	10,72 €
7	Vollständige Untersuchung der Brustorgane	2,3	21,45 €
8	Ganzkörperstatus	2,3	34,86 €
50	Besuch	2,3	33,52 €
651	EKG	1,8	26,54 €
652	Ergometrie/Belastungs-EKG	2,3	59,66 €
654	Langzeit-Blutdruckmessung	1,8	15,74 €
659	Langzeit-EKG	1,8	41,97 €
800	Eingehende neurologische Untersuchung	2,3	26,14 €
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung	2,3	13,27 €



Abrechnungsorganisation: Gute Abrechnung geht nur mit guter Dokumentation – so machen Sie es richtig

So stressig der Praxisalltag manchmal auch sein mag, die Zeit für eine ordnungsgemäße Dokumentation muss sich jedes Teammitglied nehmen. Nicht nur, weil dazu eine rechtliche Verpflichtung besteht, sondern auch, weil die Dokumentation die Basis der Abrechnung ist – was nicht dokumentiert wurde, kann man auch nicht ordnungsgemäß abrechnen. Hier finden Sie die rechtlichen Grundlagen der Dokumentationspflichten und Tipps, die Ihnen bei der effizienten Umsetzung helfen.

Rechtlich ist die ärztliche Dokumentationspflicht im § 630f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt:

§ 630f Dokumentation der Behandlung

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

(2) Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.

(3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Daraus ergeben sich praktische Anforderungen an die Dokumentation:

- Sie muss zeitnah erstellt werden, damit sie **vollständig** ist und als Basis für die nahtlose Weiterbehandlung dienen kann. Zur Vollständigkeit gehören auch die Diagnosekodierung nach ICD-10-GM sowie der zeitliche Rahmen bzw. der Zeitpunkt.
- Außerdem muss sie (zumindest für andere Ärztinnen und Ärzte) **lesbar und nachvollziehbar** sein. So dürfen beispielsweise übliche medizinische Abkürzungen verwendet werden, aber keine individuellen, die für andere Ärztinnen und Ärzte unverständlich sind.

Beispiel:

- Nicht ausreichend wäre die Dokumentation: 27.05.2025, Gespräch wg. Depression
- Vollständig und korrekt wäre: 27.05.2025, 10.00 – 10.30 Uhr, therapeutisches Gespräch wg. starker Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit, ICD-10: F32.0 – depressive Episode

Die unzureichende Dokumentation hätte honorartechnisch negative Folgen: Im Beispiel würde dann vermutlich nur einmal die GOP 03230 bzw. die GOÄ-Ziffer 1 abgerechnet. Mit der Zeitangabe von 30 Minuten käme die GOP 03230 dagegen dreimal bzw. die Ziffer 3 mit Faktorsteigerung zum Einsatz – das ergibt deutlich mehr Honorar.

Tipps:

- In vielen Praxisverwaltungssystemen können die Behandlungszeiten automatisch erfasst werden, zum Beispiel über eine Timer-Funktion, die im Hintergrund läuft und die Zeiten dokumentiert (Behandlungsstoppuhr). Sollte kein digitales System vorhanden sein, können Sie die Zeit manuell erfassen, beispielsweise durch ein einfaches Protokollblatt, in das Start- und Endzeiten für jede Leistung eingetragen werden.

- Sprechen Sie im Team über die Qualität(smängel) der Dokumentation. Führen Sie ggf. standardisierte Vorlagen und Checklisten für die Dokumentation ein, damit auch jene Teammitglieder, die nicht so häufig dokumentieren, eine Anleitung haben. So ist sichergestellt, dass keine wichtigen Informationen vergessen werden.



Praxisfall: Hamza Ü. hat weißen Schleim auf der Zunge und ein „komisches Mundgefühl“

Der Fall: Herr Ü. (30 J., GKV-versichert, keine Dauerdiagnosen) erscheint zum ersten Mal im Quartal in der Praxis und gibt im ärztlichen Gespräch an, seit einigen Tagen ein „komisches Gefühl“ im Mund zu haben. Außerdem sei da so ein weißer Belag auf seiner Zunge – ob das an der neuen Zahnpasta liegen könne?

Die Ärztin inspiziert mithilfe von Otoskop und Einmal-Holzspatel Zunge, Rachenbereich, Tonsillen, Gaumen, Zahnfleisch, den inneren Wangenbereich sowie die Innenseiten der Lippen von Herrn Ü. Sie findet eine Joghurt-ähnliche Substanz vor, die sich im gesamten Mundbereich ausgebreitet hat, sowie eine entzündete, blutige Mundschleimhaut.

Die Ärztin diagnostiziert Mundsoor (Mundpilz), der unbehandelt gefährlich für Organe werden und sogar zur Sepsis führen kann. Sie stellt ein SEL-eRezept über ein Antipilzmittel (Mundgel, 3- bis 6-mal täglich nach den Mahlzeiten aufzutragen) aus, signiert und übermittelt es digital.

Als die Ärztin den Auslöser für die Pilzerkrankung ermitteln will, kommt das Thema Rauchen auf. Herr Ü. gibt an, seit Jahren Zigarettenraucher zu sein. Um seine Gesundheit weniger zu gefährden, sei er teilweise auf Snus umgestiegen. Das ist ein Oraltabak, den man abgepackt in Beutelchen bekommt und sich etwa eine halbe Stunde lang unter die Innenseite der Oberlippe klemmt. Der Snusverkauf sei zwar in Deutschland (noch) untersagt, nicht aber in Schweden, wo sich Herr Ü. aus beruflichen Gründen regelmäßig aufhalte.

Die Ärztin erklärt, dass das „Snusen“ für den Soor verantwortlich und keinesfalls harmlos ist. Snus ist ein hochdosiertes Tabakprodukt, das Schadstoffe und krebserzeugende Bestandteile enthält. Gesundheitliche Folgeschäden wie Zahnfleischrückgang, Hypertonie, Herzinfarkt, Mundhöhlenkarzinom sind nicht auszuschließen. (Gesamtgesprächsdauer: 15 Minuten)

Um abzuschätzen, inwieweit die Lungenfunktion des Patienten eingeschränkt ist, misst die Ärztin Puls und Blutdruck, hört Lunge und Herz ab. Dann veranlasst sie eine Pulsoxymetrie und Spirographie in den Praxisräumen. Da die Auswertung leichte Auffälligkeiten ergibt, rät sie dem Patienten zum Rauchstopp und empfiehlt Nikotinplaster oder -kaugummis zur Unterstützung. Da Lifestylepräparate nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, wird mit Einverständnis von Herrn Ü. ein SEL-eRezept über Kaugummis ausgestellt. Es wird ebenso signiert und digital übermittelt; zudem erhält er eine ärztliche Präventionsempfehlung „Sonstiges: Raucherentwöhnung“ (Muster 36).

Nach Einverständnis von Herrn Ü. speichert die Ärztin die erhobenen Behandlungsdaten der Spirographie in seiner noch unbefüllten ePA.

So rechnen Sie diesen Fall ab:

GOP	Leistung	Wert 2025
03003	Versichertenpauschale ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	114 P. 14,13 €
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, je vollendete 10 Minuten	128 P. 15,86 €
03330	Spirographische Untersuchung	53 P. 6,57 €
01648	Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (ePA), einmalig	89 P. 11,03 €

Beachten Sie:

- Als „Lifestylepräparate“ wie die Nikotin-Kaugummis gelten solche, die nicht nur zur Krankheitsbehandlung verordnet werden. Sie zielen auf Körperoptimierung oder Verbesserung des Aussehens ab, also nicht primär auf die Heilung einer Erkrankung, weshalb auch Gesunde sie verwenden. Deshalb darf die Verordnung nicht zu Lasten der GKV erfolgen, was Patientinnen und Patienten im Vorfeld wissen müssen.
- Mit Muster 36 geben Sie ärztliche Präventionsempfehlungen (§ 20 Absatz 5 SGB V). Patientinnen und Patienten wenden sich damit an ihre Krankenkasse, um angebotene Kurse (z. B. zu Ernährung, Bewegungsgewohnheiten) bezuschussen zu lassen.
- Die ePA-GOP 01648 rechnen Sie vorerst bis 31.12.2025 einmalig ab, sofern die ePA noch nicht von Ihnen, einer Facharzt-, Zahnarzt-, Psychotherapiepraxis oder vom Krankenhaus erstbefüllt wurde.

So würde die Abrechnung nach GOÄ aussehen:

GOÄ-Nr.	Leistung	Faktor	Honorar
1	Beratung	2,3	10,72 €
7	Untersuchung der Brustorgane	2,3	21,45 €
602	Pulsoxymetrie	1,8	15,95 €
605	Ruhe-spirographische Untersuchung	1,8	25,39 €
605a	Flussvolumenkurve	1,8	14,69 €
70	Ärztliche Präventionsempfehlung	2,3	5,36 €
A75	Erstbefüllung der elektronischen Patienten- oder Gesundheitsakte mit medizinischen Informationen, inkl. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten, analog Nr. 75 GOÄ	2,3	17,43 €

Beachten Sie: Für das Ausstellen von Privatrezepten könnte man die GOÄ-Ziffer 2 ansetzen. Da diese aber keine andere Leistung am Tag zulässt, sollten Sie stattdessen die oben gezeigte Ziffernkette abrechnen.



Leserfragen zur Abrechnung von diversen Untersuchungen nach GOÄ

Sie haben Fragen zur Abrechnung? Gerne antworten wir darauf! Senden Sie Ihre Frage an abrechnung@pkv-institut.de und Sie erhalten zeitnah eine Antwort unserer Expertinnen und Experten.

Frage 1: Wie ist das mit der Abrechnung des LZ-EKGs mit einer Aufzeichnung von mindestens 18 Stunden – wann kann man die GOÄ-Nr. 659 und wann die Nr. 659A ansetzen? Oder können beide am gleichen Tag abgerechnet werden?

Antwort: Die LZ-EKG-Aufzeichnung wird nur mit der GOÄ-Nr. 659 berechnet. Das geht erst dann, wenn die Aufzeichnung von 18 Stunden bereits erfolgt und ausgewertet worden ist. Die Nr. 659A können Sie dafür nicht abrechnen, diese Analogziffer ist für die kontinuierliche **Blutzuckermessung** über mindestens 18 Stunden vorgesehen.

Frage 2: Wir haben bei einer Privatpatientin eine Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Arterien (je 2 Arterien auf beiden Seiten) gemacht. Ich würde dafür einmal die GOÄ-Nr. 410, dreimal die Nr. 420 und einmal die Nr. 645 abrechnen. Ist das so korrekt?

Antwort: Ja, das ist korrekt, wenn Sie auch noch die Ziffern 1 und 5 hinzusetzen (mit der Patientin wurde ja wohl gesprochen und eine kurze Untersuchung gemacht?) und bei den Sono-Leistungen jeweils die geschallten Organe angeben.

Frage 3: Wie rechne ich das Bauchaaortenscreening bei Privatpatienten ab?

Antwort: Es gibt keine eigene Ziffer in der GOÄ dafür, Sie rechnen also die Einzelleistungen ab. Üblicherweise sind das die Ziffern 1 – 7 – 410 (mit Angabe „Bauchaorta“).

Die Bauchaorta zählt nämlich in der GOÄ als ein Organ, gemäß der Definition in den Allgemeinen Bestimmungen C VI: „Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.“



Umsatz steigern: So nutzen Sie die Abdingung nach GOÄ richtig und rechtssicher

Bei der Faktorsteigerung in der GOÄ gelten die im § 5 festgelegten Regelungen für den Gebührenrahmen und die Höchstwerte, bis zu denen man maximal steigern darf (ärztliche Leistungen 3,5, technische Leistungen 2,5, Laborleistungen 1,3). Noch höhere Steigerungsfaktoren können Sie nur über eine sogenannte Abdingungserklärung (auch: „Abweichende Vereinbarung“) vereinbaren, die in § 2 Abs. 1 bis 3 GOÄ geregelt ist. Bei besonders aufwendigen Leistungen kann so eine

Vereinbarung erforderlich werden, um Ihnen ein angemessenes Honorar zu sichern. Dann sollten Sie aber die Vorschriften kennen, damit Sie hier keine Fehler machen.

Dies sind die Regelungen aus § 2 GOÄ:

- Für einige Leistungen ist eine **Abdingung ausdrücklich ausgeschlossen**, nämlich für Schwangerschaftsabbrüche, für Notfall- und akute Schmerzbehandlungen sowie für Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E, M und O.
- Ebenso ist es verboten, die Punktzahl der einzelnen Leistungen oder den Punktwert generell oder speziell für einzelne Leistungen zu verändern.
- Was Sie aber im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung verändern dürfen, ist der **Steigerungsfaktor** – und zwar im Prinzip unbegrenzt (es gibt keine Höchstgrenze)!
- Damit eine wirksame Abdingungserklärung zustande kommt, muss diese vorab einvernehmlich mit den Patientinnen und Patienten getroffen und **schriftlich** festgehalten werden; diese müssen ein Exemplar der Vereinbarung erhalten.
- Dabei ist in Absatz 2 genau geregelt, **was in der Vereinbarung stehen darf**: Bezeichnung der Leistung, vereinbarter Steigerungssatz, der sich daraus ergebende Eurobetrag sowie die Feststellung, dass eine Erstattung der Vergütung durch die jeweiligen Kostenträger „möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet“ ist. Mehr nicht: „Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.“

Tipps:

- Die Patientinnen und Patienten sollten über Bedeutung und Auswirkungen der von der Verordnung abweichenden Gebührenhöhe hinreichend aufgeklärt werden und genügend Zeit haben, darüber nachzudenken. Treffen Sie deshalb eine Honorarvereinbarung nicht unmittelbar vor Leistungsbeginn, sondern ein oder zwei Tage zuvor.
- Bei Vereinbarungen über einen höheren Multiplikator ist es – anders als bei Honorarsteigerungen nach § 5 – nicht nötig, eine Begründung anzugeben (LG München, 31 S 22507/88 vom 28. Juni 1989). Es empfiehlt sich aber, dies als eine Art Serviceleistung trotzdem zu tun, damit die Patientinnen und Patienten die Leistungen zumindest bis zum Höchstsatz erstattet bekommen.
- Ein **Muster für eine rechtskonforme Abdingungserklärung** finden Sie in unserem kostenlosen Downloadbereich: <https://www.pkv-institut.de/service/downloads>

Dazu ein Fallbeispiel:

Lukas W. (35 Jahre) leidet seit Jahren an einem Reizdarmsyndrom und möchte eine komplementärmedizinische Behandlung in Form einer Kolonhydrotherapie in Anspruch nehmen, weil er gehört hat, dass die Praxis sie mit gutem Erfolg bei anderen Patienten angewendet hat.

Der Patient wird über die Art der Behandlung aufgeklärt und erhält eine Honorarvereinbarung ausgehändigt. Am Folgetag ruft er in der Praxis an und teilt mit, dass er einverstanden ist und die Behandlung zu diesen Bedingungen haben möchte. Zum nächsten Termin bringt er die von ihm unterschriebene Abdingungserklärung mit, die Behandlung wird begonnen.



So sieht die Abrechnung gemäß der abweichenden Vereinbarung aus:

GOÄ-Nr.	Leistung	Faktor	Honorar
30	Eingehende Anamneseerhebung Begründung: erhöhter Aufwand wegen mehrjährigen Anamnesezeitraums	3,81	200,00 €
8	Ganzkörperuntersuchung Begründung: besonders aufwendige Untersuchung wegen komplexen Krankheitsbildes	5,28	80,00 €
11	Rektale Untersuchung Begründung: besonders aufwendige Untersuchung wegen komplexen Krankheitsbildes	4,29	15,00 €
A533	Colon-Hydrotherapie, analog Nr. 533 GOÄ	2,5	21,85 €

Beachten Sie:

- Bei der analogen Bewertung der Colon-Hydrotherapie nach Nr. 533 handelt es sich um eine Empfehlung aus dem Analogverzeichnis der Bundesärztekammer, die auch mit den PKV-Kostenträgern und den Beihilfestellen vereinbart wurde. Da es sich bei der Nr. A533 um eine Leistung aus GOÄ-Kapitel E handelt, ist eine Abdingung über den Höchstsatz unmöglich und damit nur ein Faktor bis 2,5. Der Mehraufwand wird hier über die Diagnostik und Beratung abgebildet.
- Bei weiteren Sitzungen könnte zunächst die Beratung nach Nr. 1 mit einem (vereinbarten) höheren Faktor neben der Nr. A533 in Rechnung gestellt werden, danach ggf. nur noch die Nr. 1, wenn der vereinbarte Faktor ein höheres Honorar als das der Nr. A533 ergibt.

Autorinnen und Autoren dieser Ausgabe:

Bianka Edler, Barbara Kettl-Römer, Dr. med. Heiner Pasch, Silke und Andrea Scharf, Dr. med. Gerd W. Zimmermann