Tipps für die Abrechnung

Auf Station hilft der Taschenrechner

Bei einem Patienten, der im Krankenhaus liegt, müssen die niedergelassenen Ärzte bei der Abrechnung genau aufpassen. Vor allem bei Privatpatienten gilt es, genau zu rechnen, da in der Regel die Honorare gemindert werden müssen. Es gibt allerdings Ausnahmen.

Befindet sich ein Patient im Krankenhaus und erhält er oder nimmt er in dieser Zeit Leistungen eines niedergelassenen Arztes in Anspruch, gestaltet sich die Abrechnung äußerst differenziert. Zuerst ist der Unterschied natürlich entscheidend, ob es sich um einen Privatpatienten oder um einen gesetzlich krankenversicherten Patienten (GKV-Patient) handelt. Weiterhin stellt sich die Frage nach der Behandlung: stationär, teilstationär oder belegärztlich.

Bei einem GKV-Patienten, der sich in vollstationärer Behandlung im Krankenhaus befindet, gilt der Grundsatz, dass während der stationären ärztlichen Behandlung eines Patienten ambulante Leistungen grundsätzlich nicht abrechnet werden können. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt ein Gespräch mit Angehörigen über den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten führt. Während des stationären Aufenthalts eines GKV-Patienten dürfen Sie im ambulanten Bereich keinerlei Leistungen zu Lasten der GKV berechnen. Die manchmal sehr (zeit-)aufwendige Beratung mit den Angehörigen eines in stationärer Behandlung befindlichen Patienten wäre, wenn überhaupt, im Grunde nur als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen, oder Sie verbuchen es als Serviceleistung. Das gilt genauso für die Verordnung von Medikamenten: Sie ist bei GKV-Patienten in stationärer Behandlung durch niedergelassene Ärzte nicht möglich. Allerdings ist bei Anforderung einer Verordnung durch den Patienten der Arzt nicht zu einer Recherche verpflichtet, ob sich der Patient möglicherweise gerade in stationärer Be-

handlung befindet, wie unlängst das Bundessozialgericht entschieden hat.

Bei privat versicherten Patienten ist die Abrechnung etwas komplizierter. Hier müssen Sie den Paragraphen 6a der GOÄ berücksichtigen. Darin ist unter anderem festgelegt, dass die Gebühren der Leistungen, die nach GOÄ berechnet werden, bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Patienten, mit einem Abschlag zu versehen sind. Für diesen Abschlag sieht die GOÄ zwei Stufen vor. Zum einen gilt für die liquidationsberechtigten Ärzte des stationären Bereichs (Krankenhausärzte) eine Minderung der Gebühren und der gegebenenfalls anfallenden Zuschläge von 25 %. Für niedergelassene oder andere Ärzte beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge 15 %. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist jedoch der Zuschlag nach Buchstabe „J“.

Keine Kürzung des Einfachsatzes

Die vom Ordnungsgeber vorgeschriebene Kürzung gilt im Übrigen nicht für die Einfachsätze des Gebührenverzeichnisses. Beachten Sie auch, dass die Kürzung für den Gesamtbetrag der Gebühren, der unter Anwendung eines Multiplikators gemäß Paragraph 5 entstanden ist, berechnet werden muss. Für die Kürzung ist die Anwendung von Paragraph 2 GOÄ, also die vertraglich festgelegte abweichende Vereinbarung, nicht zulässig. Diese festgelegte Minderung der Gebühren ist somit nicht abdingbar.

Die Minderungspflicht begründet sich in der Tatsache, dass die Kosten der Behandlung einerseits in den Pflegesätzen der Kliniken, andererseits aber auch in den von den behandelnden Ärzten be-

rechneten Gebühren enthalten sind. Insofern würden Privatpatienten bei stationärer und teilstationärer sowie auch bei vor- und nachstationärer ambulanter Behandlung mit Kosten doppelt belastet werden.

Wird von einem Krankenhaus oder einer Klinik ein externer niedergelassener Arzt als Konsiliararzt hinzugezogen, so hat auch dieser, selbst wenn er Personal und Einrichtungen des Krankenhauses nicht nutzt, seine Gebühren um 15 % zu mindern. Die stationären Einrichtungen können damit kostenträchtige Leistungen auf den niedergelassenen Bereich abwälzen und damit das eigene Budget schonen. Die Leistungen des als Konsiliararzt hinzugezogenen, extern niedergelassenen Arztes unterliegen jedoch der Minderungspflicht. Im Gegensatz zu den GKV-Versicherten kann der niedergelassene Arzt bei Privatpatienten die erbrachten Leistungen also abrechnen, auch wenn sich der Patient in stationärer Behandlung befindet. Zusammenfassend sind zwei Punkte dabei zu beachten: Zum einen die eben genau beschriebene Minderungspflicht um 15 %, zum anderen, dass für höchstpersönlich zu erbringende Leistungen die Gebühr nur dann zu erheben ist, wenn der Arzt auch beim Patienten in der Klinik war.

Zum Abschluss noch ein Beispiel zur Illustration: Kommen Angehörige eines älteren Privatpatienten zu einer Besprechung des weiteren Vorgehens bezüglich Betreuung und Versorgung nach der demnächst anstehenden Entlassung aus der Klinik und wäre diese Besprechung mit der GOÄ-Nr. 4 (Unterweisung von Bezugspersonen) zu berechnen, so ergäbe sich folgendes Honorar: Die GOÄ-Nr. 4 ist mit 220 Punkten bewertet. Bei einem Faktor von 2,3 ergäben sich 29,49 € als Honorar, abzüglich 15 %, macht 25,07 €. Bei Berechnung des dreieinhalbfachen Satzes ergeben sich nach Abzug der 15 % 38,15 €.

Dr. Dr. Peter Schlüter