Schwellenwerte im Gebührenrahmen der GOÄ

Wann darf man überschreiten?

In der Abrechnung nach GOÄ stellt sich immer wieder die Frage nach dem Multiplikator. Denn der fällt je nach Leistung und Versicherungsart unterschiedlich aus.

Nach den GOÄ-Vorgaben (§ 5 Abs. 1) ist die Höhe der Gebühren nach bestimmten Kriterien vorgeschrieben: „Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird ...“ Da die Punktzahl einer Leistung und der in der GOÄ festgeschriebene Punktwert (aktuell 5,8287 Cent) nicht verändert werden dürfen, ist der Multiplikator die einzige Variable. Bis zu einem Schwellenwert von 2,3-fach für normale ärztliche Leistungen, 1,8-fach bei technischen Leistungen und 1,15-fach bei Laboruntersuchungen bedarf es bei der Steigerung keiner Begründung. Diese ist erforderlich bei Steigerung über den Schwellenwert bis zum 3,5-fachen für ärztliche Leistungen, zum 2,5-fachen für technische Leistungen und bis zum 1,3-fachen bei Laboruntersuchungen. Bis zu diesen Sätzen erstatten die Versicherungen in der Regel ohne Probleme. Bei höherem

Multiplikator muss der Patient vorher darauf hingewiesen werden, dass eine volle Erstattung möglicherweise nicht erfolgt.

Dass höhere Steigerungen als die Grenzwerte im niedergelassenen Bereich selten sind, zeigen die Zahlen aus 2010: 12 % bei den Vertragsärzten, 32 % bei Krankenhausärzten und über 50 % bei Zahnärzten.

Dass eine Steigerung bis zum Schwellenwert keine Willkür bedeutet, zeigt eine Entscheidung des BGH aus 2007: „Es stellt keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3- beziehungsweise dem 1,8-fachen des Gebührensatzes, abrechnet“ (III ZR 54/07).

Was aber sind relevante Begründungen bei Überschreitung des Schwellenwertes? Im Folgenden einige Beispiele, die allgemein anerkannt sind:

- Unruhige(r) Patient(in)
- Ausführliche Untersuchung mehrerer Regionen und Befunde (z. B. Nr. 800/ Ausführliche neurologische Untersuchung)

- Mehrorganbereichsuntersuchungen (bei Nrn. 5, 7)
- Schwierige Kooperation (z. B. bei körperlichen oder geistigen Behinderungen)
- Zeitaufwand bei komplexer Differenzialdiagnose
- Beratung zu mehreren Diagnosen/Befunden
- Beratung unter Berücksichtigung umfangreicher Vor- oder Fremdbefunde
- Beratung nach langwierigem Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt
- Beratung nach kompliziertem Krankheitsverlauf
- Beratung bei deutlich verzögert ablaufender Rekonvaleszenz

Aber auch im normalen Praxisalltag sind unterschiedliche Multiplikatoren zu berücksichtigen. Neben dem „Normaltarif“ für Privatpatienten gibt es den Standardtarif (Sondertarif, um Beiträge zu sparen). Hier sind Schwellenwerte von 1,8-fach, 1,5-fach und 1,16-fach für Laboruntersuchungen vorgegeben. Patienten mit Standardtarif sollten sich vor der Behandlung „outen“, damit die Sätze berücksichtigt werden können. Wird eine normale Rechnung in Unkenntnis des Versicherungsstandes ausgestellt, muss diese nicht zwingen korrigiert werden. Patienten mit Standardtarif müssen – außer in Notfällen – nicht angenommen werden. Anders verhält sich dies bei Patienten mit Basistarif. Hier ist aufgrund einer gesetzlichen Regelung im SGB V die Behandlung dieser Patienten für Vertragsärzte vorgeschrieben, und zwar zu den festgelegten Sätzen.

Die niedrigeren Sätze bei den Postbeamten kennen Sie alle. Auch diese Sätze müssen nicht eingehalten werden. Allerdings handelt es sich bei diesen Patienten in der Regel nicht um Großverdiener. Weitere Besonderheiten siehe **Tabelle 1**.

Dr. med. Heiner Pasch

Höchstsätze in Abhängigkeit von der Versicherungsart

Tabelle 1

	Ärztliche Leistung		A, E, O		M, Nr. 437	
	Regel	Höchst	Regel	Höchst	Regel	Höchst
PP, Selbstzahler, IGeL	2,30	3,50	1,80	2,50	1,15	1,30
Standardtarif § 5 b	1,80	1,80	1,38	1,38	1,16	1,16
Öffentliche Auftraggeber	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Basistarif *	1,20	1,20	1,00	1,00	0,90	0,90
KBV I, II, III **	2,20	2,20	1,80	1,80	1,15	1,15
KBV IV	2,30	3,50	1,80	2,50	1,15	1,30
Postbeamte Gruppe B ***	1,90	3,50	1,50	2,50	1,15	1,30
Kostenerstattung § 13 ****	2,30	3,50	1,80	2,50	1,15	1,30

* Behandlungspflicht nach § 75 SGB V; festgelegter Steigerungssatz; ** Steigerung nur bis Regelsatz; *** Keine Erstattung durch KK bei Steigerung über dem Regelsatz; **** Erstattung durch KK: Nur 1-fach, nur Leistungen aus dem GKV-Katalog