

## Nr. 15 GOÄ – für viele Praxen eine „vergessene Ziffer“

— Die Nr. 15 GOÄ steht für die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken. Die Leistung wird im Schwellensatz (2,3-fache Berechnung) mit 40,23 Euro vergütet und darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Nr. 15 ist lediglich die Nr. 4 im Behandlungsfall – in der GOÄ ist das derselbe Kalendermonat – von der Berechnung ausgeschlossen.

### MMW-KOMMENTAR

*Im hausärztlichen Bereich muss das soziale Umfeld chronisch kranker Patienten in aller Regel mit einbezogen werden. Nur in wenigen Fällen dürfen therapeutische Maßnahmen isoliert eingeleitet werden. Insofern müsste die Nr. 15 eigentlich „gesetzt“ sein: Bei jedem Patienten mit einer chronischen Erkrankung sollte sie einmal jährlich zum Ansatz kommen. Beachtenswert ist allenfalls, dass die Berechnung frühestens dann erfolgen kann, wenn eine „kontinuierliche“ ambulante Betreuung des Patienten auch bereits erfolgt ist. Der Ansatz ist also am Anfang des Jahres noch nicht möglich, sollte aber in der Dezemberabrechnung nicht fehlen.*

*In gleicher Sitzung kann die Betreuungspauschale nach Nr. 15 nicht neben den Nrn. 3, 4, 33, 34 und 435 berechnet werden. Allerdings ist der Ansatz der Nr. 15 nicht an einen speziellen Arzt-Patienten-Kontakt gebunden. Das sollte man berücksichtigen und eine Kombinationsabrechnung an einem bestimmten Tag vermeiden. Die Nr. 15 kann nach Ablauf des bestimmten Zeitraums kontinuierlicher Be-*

*treuung einfach irgendwann berechnet werden. Lediglich bei der Nr. 4 muss man aufpassen: Die Nr. 15 kann nicht im gleichen Monatsbehandlungsfall berechnet werden. Die Leistung ist für die Honorierung der vielfältigen hausärztlichen Bemühungen um die medizinische und soziale Rehabilitation eines chronisch Kranken gedacht. Die Gebühr beinhaltet z. B. die laufenden Gespräche mit Erziehungsberechtigten, Pflegepersonen oder Lebenspartnern sowie die Koordination mit Therapeuten, Betriebs- und Amtsärzten oder Sozialbetreuern. Auch der Aufwand für Anträge, Fragebögen und anderen Papierkram wird abgegolten, falls es dafür nicht eigene Abrechnungspositionen gibt. Es muss sich um die Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen handeln. Dabei wird kein durchgängig kombiniertes Tätigwerden verlangt.*

*Für den Ansatz der Nr. 15 reicht es, wenn der Hausarzt innerhalb eines Kalenderjahres einmal therapeutische oder soziale Maßnahmen koordinieren muss. Der Begriff des „chronisch Kranken“ ist in der GOÄ zwar nicht exakt definiert, es gelten aber die Grundsätze der Diagnosekodierung nach ICD-10, wonach in praktisch allen dort aufgeführten Krankheitsverläufen auch die chronische Form berücksichtigt ist.* ■



**Dr. Gerd W. Zimmermann**  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Kapellenstraße 9  
D-65719 Hofheim



**Die Koordination von Therapeuten und Betreuern wird vergütet.**

© Peopleimages / iStock

## Privatpatienten auch am Telefon beraten

— Die Nr. 3 GOÄ steht für eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung bei einer Gesprächsdauer von mindestens zehn Minuten. Sie ist beliebig oft berechnungsfähig, ab der zweiten Beratung im Monat muss dies

allerdings begründet werden. Neben der Leistung sind nur die Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 abrechenbar, außerdem natürlich Kosten und Bescheinigungen, etwa die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

### MMW-KOMMENTAR

*Vergessen wird oft, dass eine Berechnung der Nr. 3 auch nach einer Beratung mittels Fernsprecher möglich ist! Sobald das Telefonat zehn Minuten gedauert hat, steht dem nichts mehr im Wege.* ■