

# Kompressionstherapie nach GOÄ abrechnen

HOTLINE – 0 93 1 / 2 99 85 94



**Helmut Walbert**  
Allgemeinarzt,  
Medizinjournalist  
und Betriebswirt  
Medizin

*Sachkosten nicht vergessen!*

Ihre Fragen zur Abrechnung und zur wirtschaftlichen Praxisführung beantwortet unser Experte Helmut Walbert, Würzburg.



**Telefon:**  
0 93 1 / 2 99 85 94

Jeden Dienstag,  
13 bis 15 Uhr

**E-Mail:**  
w@lbert.info

**Dr. C. T., Allgemeinärztin, Mecklenburg-Vorpommern:** Nach einem Kurs zur Nachbehandlung nach phlebologischen Eingriffen und zur Behandlung des Ulcus cruris bin ich mir bei der Abrechnung nach GOÄ unsicher. Haben Sie ein paar Tipps insbesondere zur Abrechnung der Kompressionstherapie?

**MMW-Experte Walbert:** In der GOÄ gibt es im Gegensatz zum EBM keine Komplexleistung und keine Mengenbegrenzung! Die Behandlung eines Ulcus cruris oder einer sekundär heilenden Wunde, die eine Kompression erfordert, wird generell mit der



Anlegen eines Kompressionsverbands.

Nr. 2006 berechnet. Der Einfachsatz für diese Leistung liegt bei 3,67 Euro. Werden Nekrosen im Hand- oder Fußbereich abgetragen, kommt die deutlich besser bewertete Nr. 2065 infrage, die je Sitzung mit einem Einfachsatz von 14,57 Euro bewertet ist. Ein erforderlicher Wundverband wird mit der Nr. 200 berechnet. Sie ist 1-fach mit 2,62 Euro bewertet. Wird mit mindestens zwei Spezialbinden (z. B. Pütter-Verband) ein phlebologischer Kompressionsverband des Unterschenkels angelegt, kann die Nr. 204 abgerechnet werden, die bei 5,54 Euro liegt.

Häufig vergessen werden die Sachkosten:

- Nr. 200S – 3,86 Euro,
- Nr. 204S – 10,36 Euro,
- Nr. 2006S – 2,80 Euro,
- Nr. 2065S – 8,70 Euro.

Der Zusatz des Buchstaben „S“ wurde aus der UV-GOÄ übernommen.

Sind beide Beine zu behandeln, können alle genannten Nrn. erneut angesetzt werden. Auch kann jede im Behandlungsfall notwendige Behandlung einzeln abgerechnet werden, es besteht hier keine Beschränkung wie im GKV-Bereich. ■

## Kann ich die Privatliquidation problemlos auf ganze Euro runden?

**Dr. J. G., Hausarzt-Internistin, Hamburg:** Bei der Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) nach GOÄ kommt es oft zu Centbeträgen am Ende der Liquidation. Das macht die Bezahlung umständlich. Dürfen wir auf- bzw. abrunden? Oder die gesamte geplante IGeL einfach pauschalisieren?

**MMW-Experte Walbert:** Sie berichten, dass Sie den Patienten einen „Kostenvor-

anschlag“ mit den gewünschten Leistungen auf Basis der GOÄ erstellen. Diesen bringe der Patient zum vereinbarten Leistungstermin unterschrieben mit. Dieses Vorgehen ist rechtlich korrekt. Wichtig ist, dass die Einfach- bzw. Mindestsätze der GOÄ nicht unterschritten werden. Eine Unterschreitung ist nur in besonders zu begründenden Ausnahmefällen erlaubt. Hier ist z. B. an finanzielle Notlagen der Patienten gedacht, wobei

hier eine IGeL in der Regel von vornherein wenig Sinn ergibt.

Formal korrekt wäre es, generell die Mindestgebühren anzugeben und eine Position der Liquidation so zu steigern, dass ein glatter Endbetrag zustandekommt. Problemlos möglich ist es auch, die Endsumme der Liquidation bei Barzahlung um Centbeträge zu kürzen, wenn bei zumindest einer Einzelposition der Mindestsatz überschritten ist. ■