

# GOÄ-Abrechnung für „Männergesundheitspraxen“

## Optimale und rechtskonforme Rechnungsstellung

G.-M. Wittschier

Erfstadt

### Schlüsselwörter

Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ, Vorsorgeleistungen, Männergesundheit

### Zusammenfassung

„Männergesundheits-Leistungen“ müssen, wie alle ärztlichen Leistungen, gemäß den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, sofern sie beim privatversicherten oder selbstzahlenden Patienten erbracht werden. Grundvoraussetzung ist dabei die rechtskonforme Rechnungslegung unter Beachtung aller Paragraphen und Formvorschriften der GOÄ. Dazu gehört auch die Erzielung angemessener Honorare durch die Anwendung der Gebührenrahmen.

### Korrespondenzadresse

Gerda-Marie Wittschier  
GOÄ-Beratung und -Training  
50374 Erfstadt  
An der Vogelrute 2

### Keywords

German Medical Fee Index, prevention treatment, male health

### Summary

"Male health treatments" have to be billed – like all medical care – according to the regulations of the German Medical Fee Index, as far as they are carried out to a privately insured or self-paying patient. The basic requirement is billing according to the law under consideration of all articles and formal rules of the German Medical Fee Index (GOÄ). This includes the realization of adequate fees by applying the frame of the Fee Index.

German Medical Fee Index billing for "male health practices"  
Optimal billing in accordance to the law  
Med Welt 2013; 64: 271–274

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Grundlage für die Vergütung der beruflichen Leistungen der Ärzte. Zwingende Anwendung für diese Rechtsverordnung besteht sowohl bei der Rechnungsstellung an privatversicherte Patienten als auch bei so genannten „Selbstzahlern“. Zum letztgenannten Patientenkreis gehören z. B. GKV-Versicherte bei Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen (IGeL).

Die einzelnen ärztlichen Leistungen sind in der Anlage zur GOÄ, dem „Gebührenverzeichnis“, bestimmten Gebührennummern zugeordnet. Es gilt – im Gegensatz zum EBM – das *Prinzip der Einzelleistungsvergütung*.

Obwohl die meisten Gebühren-Nummern bestimmten Abschnitten des Gebührenverzeichnisses zugeordnet sind (z. B. Urologie – Abschnitt K, Innere Medizin – Abschnitt F, Chirurgie – Abschnitt L), gibt es keinen eigentlichen Abschnitt für „Männer-Gesundheits-Leistungen“. Die Abbildung dieser Gebührenpositionen findet sich in unterschiedlichen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses und wird im Folgenden ausführlich beschrieben.

### IGeL-Vereinbarung

Werden ärztliche Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV (gesetzlich-

che Krankenversicherung) zählen, von Versicherten in Anspruch genommen, so ist der behandelnde Arzt dazu verpflichtet, vor der geplanten Behandlung bzw. Diagnostik eine schriftliche Vereinbarung gemäß § 18 (3) BMV-Ä und § 21 EKV-Ä Bundesmantelvertrag Ärzte und Krankenkassen mit dem Patienten zu schließen. Neben den Namen der beiden Vertragspartner muss die Vereinbarung die folgenden Punkte beinhalten:

- GOÄ-Nummer/n, Leistungstext
- Faktor gem. § 5 Abs. 4 GOÄ
- Preis in Euro
- Gesamtsumme
- Ausdrücklicher Wunsch des Patienten
- Hinweis, dass gegenüber der Krankenkasse kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht
- Datum, Unterschriften von Arzt und Patient

Dem Patienten ist eine Abschrift des Dokumentes gem. § 630e (2) BGB (sog. „Patientenrechtegesetz“) auszuhändigen.

### Wirtschaftliche Aufklärungspflicht

Unabhängig vom Versicherungsverhältnis besteht gegenüber Patienten gem. § 630c (3) BGB die Verpflichtung des Behandelnden zur wirtschaftlichen Aufklärung. Dies gilt insbesondere dann, wenn der behandelnde Arzt darüber Kenntnis hat, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte nicht gesichert ist, bzw. sich nach den Umständen dafür hinreichende Anhaltspunkte ergeben. Es besteht das Erfordernis dies schriftlich zu tun.

Verzichtet der Patient ausdrücklich auf die ihm zustehende Aufklärung oder machen besondere Umstände diese entbeh-

lich, insbesondere weil die Behandlung un-aufschiebbar ist, kann darauf verzichtet werden (§ 630c (4) BGB).

## Bemessung der Gebühren

Durch die Multiplikation des Gebührensatzes mit einem Abrechnungsfaktor wird die einzelne Gebühr ermittelt. Der Gebührensatz ergibt sich durch die Multiplikation der Punktzahl der einzelnen Leistung mit dem Punktwert von 5,82873 Cent (11,4 Deutsche Pfennige). Die Höhe der Abrechnungsfaktoren ist über drei Gebührenrahmen geregelt (► Tabelle 1).

Die Wahl des Abrechnungsfaktors erfolgt gem. § 5 GOÄ nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung der Schwierigkeit, des Zeitaufwands, der Umstände bei der Ausführung und der Schwierigkeit des Krankheitsfalls.

Innerhalb der Gebührenrahmen ist jeder Abrechnungsfaktor möglich. Der Faktor 1,0 stellt die untere Grenze der Gebührenrahmen und den Mindestsatz für die Bemessung des ärztlichen Honorars dar. Wird eine Leistung zum sog. „Schwellenwert“ (Faktoren 1,15 / 1,8 / 2,3) berechnet, so würde dies einem mittleren bzw. durchschnittlichen Aufwand bei der Leistungserbringung entsprechen. Ausgehend von einem durchschnittlichen Aufwand dürfen überdurchschnittlich aufwändig zu erbringende Leistungen über den Schwellenwerten abgerechnet werden, unterdurchschnittlich aufwändige darunter. Eine auf die einzelne Leistung sich beziehende Begründung ist nur bei einer Überschreitung der Schwellenwerte vorgeschrieben und gem. § 12 GOÄ für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar in der Rechnung aufzuführen.

## GOÄ-Nr. 28 Krebs-Früherkennungsuntersuchung

In der GOÄ ist die Krebs-Früherkennungsuntersuchung beim Mann mit der Nummer 28 wie folgt aufgeführt:

„Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl einschließlich Beratung“

Entsprechend dürfen die Leistungen nach den Nrn.

- 1 (Beratung),
- 3 (eingehende Beratung, Mindestdauer 10 Minuten),
- 5 (Symptombezogene Untersuchung),
- 6 (vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems – Augen, HNO-Bereich, stomatognathes System, Nieren und ableitende Harnwege, Gefäßstatus),
- 7 (Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems – Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane),
- 8 (Ganzkörperstatus),
- 11 (Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata),
- 3500 (Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung),
- 3511 (Urinteststreifen),
- 3650 (Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung – Abschnitt M III) und/oder
- 3652 (Urinteststreifen – Abschnitt M III),
- nicht neben Nr. 28 abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Nr. 28 kann erst dann erfolgen, wenn alle in der Leistungslegende aufgeführten Einzelleistungen vollständig erbracht wurden.

Bei der Leistung nach Nr. 28 handelt es sich um eine Komplex-Leistung. Infolge dessen darf die Wahl des Abrechnungsfaktors ggf. über dem Schwellenwert (hier: 2,3) liegen, wenn z. B. nur eine oder auch mehrere bzw. alle der verlangten Einzelleistungen schwieriger bzw. aufwändiger zu erbringen war bzw. waren.

Weitergehende diagnostische Leistungen wie z. B. Ultraschall- oder Laborleistungen können zusätzlich berechnet werden; außerdem Abstrichentnahmen für die Zytologie (Nr. 297) oder die Mikrobiologie (Nr. 298) sowie die Untersuchung des Urinsediments (Nr. 3531 Urinsediment oder ggf. 3532 Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten).

## Leistungsanspruch

Gesetzliche Krankenversicherungen gewähren ihren männlichen Versicherten die Krebsfrüherkennungsuntersuchung gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen einmal jährlich ab dem 45. Lebensjahr. Eine solche Maßgabe bzw. Einschränkung findet sich in der GOÄ nicht, jedoch ist der behandelnde Arzt gem. § 1 (2) GOÄ gehalten, Vergütungen nur für medizinisch notwendige Leistungen zu berechnen. Darüber hinaus dürfen Leistungen nur dann berechnet werden, wenn diese auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Zu beachten ist, dass Versicherungsverträge mit Unternehmen der privaten Krankenversicherungen häufig an die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen angelehnt sind. In Bezug auf eine Abrechnung nach der GOÄ und den Honoraranspruch des Arztes gegenüber dem Patienten ist dies jedoch unschädlich. Allerdings sei an dieser Stelle nochmals auf die „Wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ gem. § 630c BGB hingewiesen.

Tab. 1 Drei Gebührenrahmen regeln die Höhe der Abrechnungsfaktoren

Abschnitt	Faktor	Schwellenwert Faktor
M GOÄ – Laboratoriumsuntersuchungen	1,0 bis 1,3	1,15
A GOÄ- Gebühren in besonderen Fällen	1,0 bis 2,5	1,8
E GOÄ – Physikalisch-medizinische Leistungen	1,0 bis 2,5	1,8
O GOÄ – Radiologische Leistungen	1,0 bis 2,5	1,8
Übrige Abschnitte der GOÄ – sog. „ärztliche Leistungen“	1,0 bis 3,5	2,3

## GOÄ-Nr. 29 - Gesundheitsuntersuchung

Die „Gesundheitsuntersuchung“ ist in der GOÄ mit der Nummer 29 wie folgt aufgeführt:

„Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierender Beratung“

Beratungsleistungen (Nrn. 1, 3) und Untersuchungsleistungen (Nr. 5, 6, 7, 8) sind daneben nicht berechnungsfähig. Von der Ausschlussregelung nicht betroffen und damit zusätzlich berechnungsfähig ist ggf. die Leistung nach Nr. 11 (Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata).

Weitergehende diagnostische Maßnahmen (z. B. Ruhe-EKG, Serumparameter insbes. auf den Stoffwechsel bezogene, Urinuntersuchung) können zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

Die Gesundheitsuntersuchung dient – in Anlehnung an die entsprechende Begründung des Gesetzgebers zum Gesundheitsreformgesetz von 1988 – insbesondere der Erkennung von:

- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (v. a. Diabetes mellitus)
- Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis

Die GOÄ-Nr. 29 ist recht hoch bewertet, obwohl sie im Vergleich zu GOÄ-Nr. 28, mit Ausnahme des „Ganzkörperstatus“, keine weiteren diagnostischen Leistungen beinhaltet. Es ist anzunehmen, dass die hohe Vergütung in der obligat zu erbringenden „verhaltensmedizinisch orientierenden Beratung“ begründet ist – eine intensive Beratung, die den Patienten zu einer gesunden Lebensweise motivieren soll.

### Leistungsanspruch

Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung steht diese Leistung alle zwei Jah-

re, jedoch erst ab dem 35. Lebensjahr zu. Eine solche Maßgabe bzw. Einschränkung findet sich in der GOÄ nicht, jedoch ist der behandelnde Arzt gem. § 1 (2) GOÄ gehalten, Vergütungen nur für medizinisch notwendige Leistungen zu berechnen. Darüber hinaus dürfen Leistungen nur dann berechnet werden, wenn diese auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Zu beachten ist, dass Versicherungsverträge mit Unternehmen der privaten Krankenversicherungen häufig an die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen angelehnt sind. In Bezug auf eine Abrechnung nach der GOÄ und den Honoraranspruch des Arztes gegenüber dem Patienten ist dies jedoch unschädlich. Abermals sei an dieser Stelle auf die „Wirtschaftliche Aufklärungspflicht“ gem. § 630c BGB hingewiesen.

### Hautkrebs-Screening

Für die Berechnung der Hautkrebs-Vorsorge ist, entgegen häufig gelebter Abrechnungs-Praxis, ein Rückgriff auf analoge Bewertungen gem. § 6 (2) GOÄ nicht notwendig, weil die für diese Leistung(en) zutreffenden Abrechnungs-Nummern in der GOÄ aufgeführt sind. Für die Inspektion der gesamten Haut, der Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute sowie ggf. der Prüfung des Dermographismus und der Untersuchung mittels Glasspatel ist die GOÄ-Nummer 7 zutreffend und für die Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie) die GOÄ-Nr. 750. Letztere ist jedoch nur einmal je Sitzung berechnungsfähig. Der erhöhte Untersuchungsaufwand bei ausgedehnten Befunden kann jedoch über den Gebührenrahmen ausgeglichen werden.

### Hautkrebs-Screening in Kombination mit Gesundheitsuntersuchung

Wird in gleicher Sitzung sowohl eine Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Leistung nach GOÄ-Nr. 29 erbracht, als auch ein Hautkrebs-Screening, sei auf die Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer vom 19.03.2012 hingewiesen:

**Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer 4. Sitzung (Amtsperiode 2011/2015) am 19.03.2012 veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 109, Heft 19 (11.05.2012), Seite A-987**

„Die Beratung einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten wird nach Nr. 29 GOÄ abgerechnet, auch wenn gleichzeitig eine Beratung zum Hautkrebscreening erfolgt.

Der zeitliche Mehraufwand auf Grund der kombinierten Beratungsleistung kann über einen erhöhten Gebührensatz berücksichtigt werden.

Neben der Beratungsleistung ist im Rahmen des Hautkrebscreenings die Nr. 750 GOÄ (Auflichtmikroskopie der Haut) oder die Nr. 612 GOÄ analog (soweit eine videogestützte Untersuchung und Dokumentation erfolgt) zusätzlich abrechenbar.“

Wird ein Hautkrebscreening in Kombination mit einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten in einer Sitzung durchgeführt, sind sowohl die körperliche Untersuchung der Haut als auch die Beratung im Rahmen der Hautkrebsvorsorge Bestandteil der Leistung nach Nr. 29 und können somit nicht gesondert berechnet werden. Der zeitliche Mehraufwand auf Grund der kombinierten Beratungsleistung kann jedoch bei der Bemessung des Steigerungsfaktors über einen erhöhten Gebührensatz berücksichtigt werden.

### „Sono-Check“

Die präventive Untersuchung der Bauchorgane und/oder der männlichen Geschlechtsorgane mittels Ultraschall wird entsprechend der Anzahl der untersuchten Organe mit den dafür in der GOÄ vorgesehenen Nummern 410 und 420 abgerechnet. Als „Organe“ im Sinne der Gebührenordnung gelten dabei die anatomisch definierten. So ist es bei der Abrechnung nicht möglich, die Leber in ihre zwei Lappen zu unterteilen, denn die Leber ist als Ganzes „ein Organ“. Anders verhält es sich bei paarig angelegten Organen, wie z. B. den Nieren oder den Hoden. Hier wird jede Niere

**Tab. 2** Kalkulatorisches Beispiel einer Ultraschalluntersuchung von Leber, Milz, Gallenblase, Gallenwegen, beiden Nieren, Pankreas und Darm

Abrechnungsziffer	Leistungsbeschreibung	Faktor	Betrag (Euro)
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs Leber	2,3	26,81
420 drei mal	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine Leistung nach den Nummern 410 bis 418, je Organ Milz, Gallenblase, beide Nieren, Pankreas, Darm	2,3 – 3,5	max. 48,96

Begründung: z. B. „Erhöhter zeitlicher und diagnostischer Aufwand bei Untersuchung von 7 Organen.“

oder jeder Hoden als ein eigenständiges Organ im Sinne der Abrechnung bewertet.

Zur Abrechnung des „ersten“ Organs kommt die Nummer **410** zum Ansatz; für jedes weitere untersuchte Organ jeweils einmal die Nummer **420**. Die untersuchten Organe müssen in der Rechnung genannt werden.

Da die Nummer **420** auf einen höchstens dreimaligen Ansatz je Sitzung limitiert ist, kann dem erhöhten zeitlichen und diagnostischen Aufwand bei umfangreichen Ultraschalluntersuchungen durch die Wahl eines angemessen erhöhten Abrechnungsfaktors oberhalb des Schwellenwerts (Schwellenwert: 2,3) begegnet werden. Eine entsprechende Begründung ist in der Rechnung anzugeben. Im Beispiel (► Tabelle 2) ist die Ultraschalluntersuchung von Leber, Milz, Gallenblase, Gallenwegen, beiden Nieren, Pankreas und Darm exemplarisch kalkuliert.

### Labormedizinische Vorsorge-Leistungen

Häufige labormedizinische Vorsorge-Leistungen sind neben Untersuchungen des Urins (z. B. Teststreifen, Sediment) und des Stuhls auf okkultes Blut auch Blutuntersuchungen (z. B. Blutbild, Stoffwechselfparameter, Hormonbestimmungen).

Werden diese Leistungen im praxiseigenen Labor oder während eines Hausbesuchs erbracht, so kann ohne weiteres mit

den Leistungs-Nummern aus dem Abschnitt M I GOÄ – „Vorhalteleistungen in der eigenen niedergelassenen Praxis“ (Nrn. **3500 – 3532**) abgerechnet werden.

### Delegation labormedizinischer Leistungen

Große Unsicherheit besteht jedoch nicht selten in Bezug auf die Frage, wer die Leistungen abrechnen darf, wenn die Analysen z. B. an eine Laborgemeinschaft bzw. ein externes Labor delegiert wurden. Grundsätzlich dürfen ärztliche Leistungen nur dann abgerechnet werden, wenn sie entweder selbst oder unter fachlicher Weisung

#### Fazit für die Praxis

Seit Inkrafttreten der Gebührenordnung für Ärzte werden täglich in Praxen und Krankenhäusern ärztliche Honorare verschenkt. Grund dafür ist die unzureichende Dokumentation der Leistungen in den Patientenakten. Um dies zu verhindern, müssen die ärztlichen Aufzeichnungen vollständig sein. Dazu gehört auch die Dokumentation nicht-pathologischer Befunde. Soll ein der Schwierigkeit entsprechend angemessenes Honorar erzielt werden, darf auf die Erwähnung von besonderen Schwierigkeiten bzw. eines größeren (Zeit-)Aufwands bei der Leistungserbringung nicht verzichtet werden.

und Aufsicht erbracht wurden (§ 4 (2) GOÄ). Eine Ausnahme bilden die Leistungen des „Basislabors“ (Abschnitts M II GOÄ – Nrn. **3541.H – 3621**). Diese dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn sie nach fachlicher Weisung und unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften erbracht worden sind. Gleiches gilt für das Krankenhauslabor, wenn der Leiter des Labors kein eigenes Liquidationsrecht besitzt.

Die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen aus den Abschnitten M III oder IV GOÄ (sog. „Speziallabor“) setzt eine entsprechende Fachkunde sowie die selbst durchgeführte Analyse voraus. Zu den „Speziallaborleistungen“ gehören zum Beispiel die PSA-Bestimmungen (**A3908** – quantitative PSA-Bestimmung, **A3884** – PSA-Streifenteste) und die Testosteron-Bestimmung (Nr. **4042**). Werden solche Analysen an ein externes Labor delegiert, muss die Liquidation durch den Laborarzt erfolgen. Dies ergibt sich aus den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt M GOÄ:

„3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.“

Klarheit über die Rechtslage gibt auch das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Januar 2012 (1 StR 45/11):

Der Bundesgerichtshof urteilte, dass kein Zahlungsanspruch für Leistungen bestehe, die entgegen den Vorschriften der GOÄ erbracht werden. Der Straftatbestand des Betrugs entstehe bei derartiger Rechnungsstellung durch eine Täuschung des Patienten über einen vermeintlichen aber nicht tatsächlich bestehenden Zahlungsanspruch. Der Schaden entstehe durch die Vermögensverfügung, die der Patient auf Grund des hierdurch entstehenden Irrtums vornehme.