

OAPK 22
21. Juni 2024
08:30-09:30 Uhr

GOÄ-Abrechnung: konservativ

Julia Harris, MSc

DOC

20.–22. Juni 2024



Hiermit erkläre ich, dass zu den Inhalten der Veranstaltung

- kein Interessenkonflikt vorliegt.
- ein materieller Interessenkonflikt vorliegt.
- ein immaterieller Interessenkonflikt vorliegt.

Bitte beachten Sie, dass mit der Verwendung der Begriffe „Arzt“ und „Patient“ grundsätzlich immer Ärztinnen und Ärzte wie auch Patientinnen und Patienten gemeint sind. Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die jeweilige Differenzierung im Folgenden verzichtet. Aufzeichnungen sind ausdrücklich untersagt. Die Inhalte des Vortrags wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Dennoch kann ich keine Haftung für die Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit übernehmen. Insbesondere ersetzt dieser Vortrag keine rechtliche oder technische Beratung im Einzelfall.

Wieso?
Weshalb?
Warum?



Es gibt keine dummen Fragen!!!!

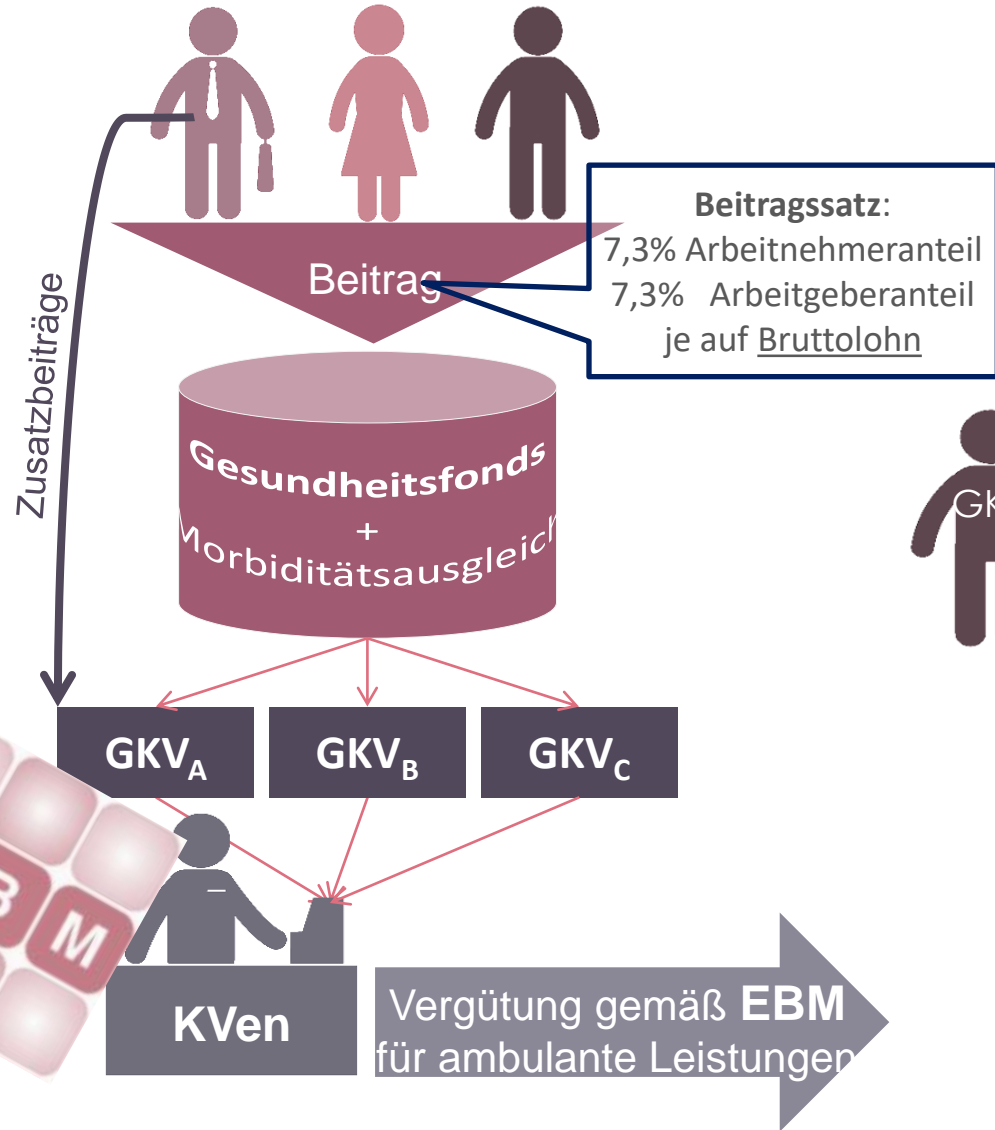
Themen



WICHTIGE GRUNDLAGEN

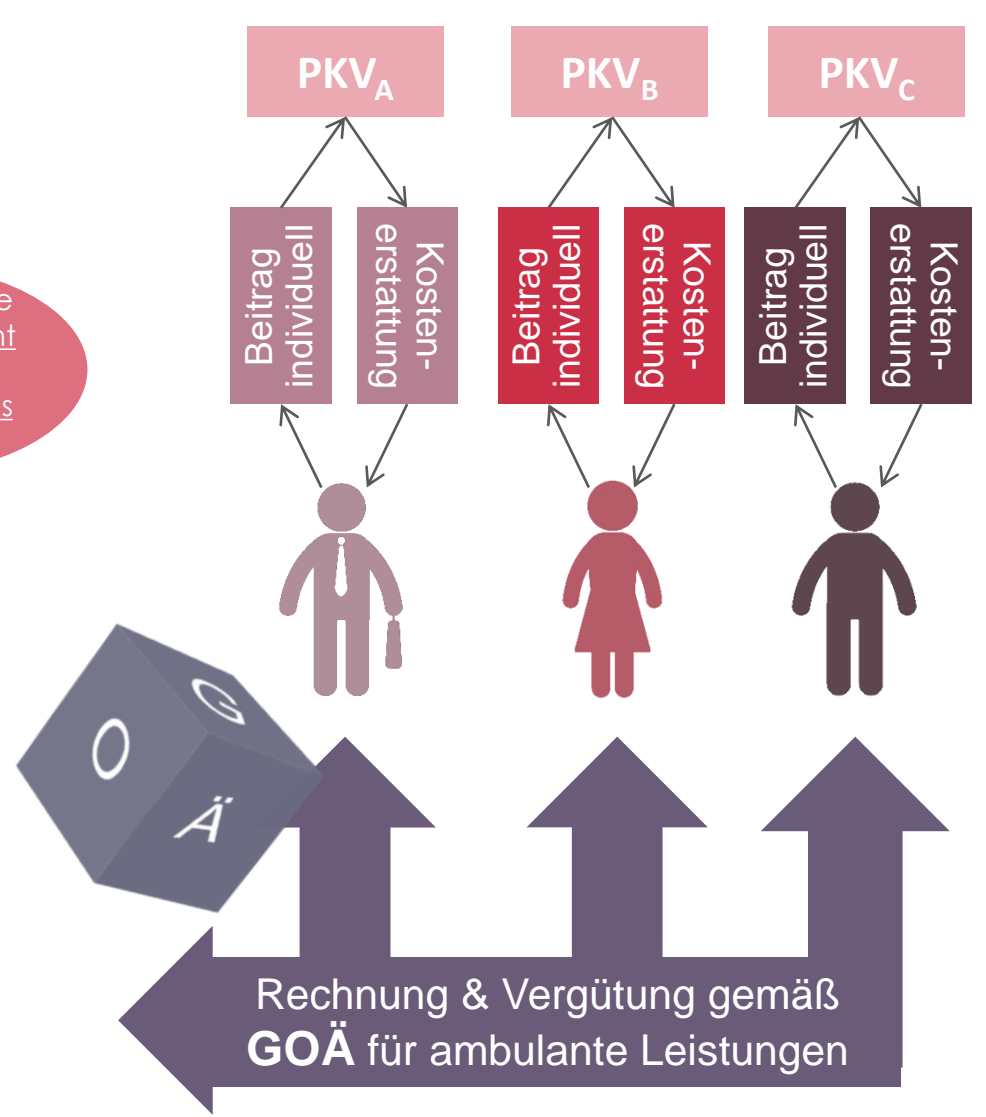


Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)



Ich wünsche eine Leistung, die nicht Teil des GKV-Leistungskatalogs ist

Private Krankenversicherung (PKV)



Grundsätze der privatärztlichen Abrechnung

- Nimmt ein Patient eine privatärztliche Leistung in Anspruch, gelten **gesetzliche Regelungen**, die verankert sind in:

BGB
Bürgerliches
Gesetzbuch

GOÄ
Gebührenordnung für
Ärzte

Zwingend einzuhalten!

Augenärztliche Leistungen in der GOÄ

- Die **GOÄ** besteht aus einem **Paragraphenteil und** einem Leistungsverzeichnis mit den **Ziffern**
- In **Kapitel „I. Augenheilkunde“** sind augenärztliche Leistungen mit den **Ziffern 1200-1386** abgebildet
- Der Ansatz von **Leistungen aus anderen Kapiteln ist möglich** (insb. Allgemeine Leistungen und besondere Leistungen wie Sonographien)
- Außerdem gibt es offizielle Analogempfehlungen (z.B. A70...)

Generelle Abrechnungsregeln – GOÄ

- **§ 1 (2) GOÄ:**
“Vergütungen (...) **nur berechnen**, die nach den **Regeln der ärztlichen Kunst** für eine **medizinisch notwendige** ärztliche **Versorgung** erforderlich sind. (...)”
- Entscheidend für den Vergütungsanspruch ist, ob **entsprechend dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand aus Sicht des behandelnden Arztes** "im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung" **die medizinische Notwendigkeit für eine Maßnahme bestand.**

(Urteil BGH 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95)

Generelle Abrechnungsregeln – GOÄ/BGB

- **§630c Abs. 3 BGB:** “Weiß der Behandelnde, dass eine **vollständige Übernahme der Behandlungskosten (...)** **nicht gesichert** ist (...), muss er den Patienten **vor Beginn** der Behandlung über die **voraussichtlichen Kosten** der Behandlung **in Textform informieren.** (...)”
- **§630e Abs. 2 BGB:** “Dem Patienten sind **Abschriften von Unterlagen**, die er in Zusammenhang **mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet** hat, **auszuhändigen.**”
- **§ 630f BGB:** “Der Behandelnde ist **verpflichtet**, zum Zwecke der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung **eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.** (...)”

Generelle Abrechnungsregeln - BGB

- “Der Behandelnde ist verpflichtet, **in der Patientenakte** sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung **wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen**, insbes. die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, **Einwilligungen und Aufklärungen.** (...)” § 630f BGB
- “Dem Patienten ist **auf Verlangen unverzüglich Einsicht** in die vollständige, ihn betreffende **Patientenakte** zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. (...)” § 630g BGB
- “Der Patient kann **auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen.** Er hat **dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.**” §630g BGB

Dokumentation

- ‚Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht‘
- Dokumentation dient auch als Grundlage zum Nachweis für die Abrechnung

(Es gibt auch Arzthaftungsfälle, in denen auch bei lückenhafter Dokumentation zugunsten des Arztes entschieden wurde, dies ist aber immer mit Unsicherheiten verbunden und auch abhängig davon, was in der Dokumentation fehlt. Medizinische Schritte, Befunde etc. sind grds. Zu dokumentieren!)

Generelle Abrechnungsregeln - BGB

„§5 (1) GOÄ: Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, **nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.**“

§5 (2) GOÄ: Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren **unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen.** Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein;

Begründung
erforderlich

... **In der Regel** darf eine Gebühr nur **zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen** des Gebührensatzes bemessen werden; ein **Überschreiten des 2,3-fachen** des Gebührensatzes ist nur zulässig, **wenn Besonderheiten** der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien **dies rechtfertigen.**

§ 5 (3) GOÄ: **Gebühren für die in den Abschnitten A , E und O** des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich **nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen** des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass **an die Stelle des 2,3-fachen des Gebührensatzes das 1,8-fache** des Gebührensatzes tritt.

1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270

Steigerungsfaktor

- Es gilt zunächst der Regelsatz (z.B. 2,3-fach)
- Eine Steigerung $>2,3$ ist bis 3,5-fach mit einer Begründung zulässig
- **Begründung** bezogen auf
 - die **Schwierigkeit** oder
 - den **Zeitaufwand** oder
 - die **Umstände bei der Ausführung** der einzelnen Leistung
- Bei Steigerung wegen Zeitaufwand, sollte nicht einfach nur „erhöhter Zeitaufwand“ angegeben werden, sondern eine weitere Ausführung dazu (Rückfragen sonst vorprogrammiert).
(Bei Mindestzeiten in der Leistungslegende erst ab ca. 50 % Überschreitung angemessen)

Steigerungsgründe benennen!!	Anmerkung
Erhöhter Zeitaufwand...	... z.B. bei Mehrfachmessung , etc.
Erhöhte Schwierigkeit/Umstände bei der Ausführung der einzelnen Leistung....	enge Pupille trotz Pupillenerweiternder Tropfen , Zugang erschwert durch ...
Schwierige Differenzialdiagnostik bei unklaren Sehstörungen	vor allem bei Anamneseerhebung und / oder Untersuchung
Schwere der Grunderkrankung	vor allem bei Beratungen, z.B. Rheumat. Arthr., schwerer entgleister Diabetes, Onkolog. Patienten
Schwierige medikamentöse Einstellung	z. B. bei entgleistem Glaukom
Komplexes Krankheitsbild / Erschwernis bei Begleiterkrankung	besonders Erstanamnesen , z.B. Uveitis bzw. bei Augenkomplikationen aufgrund einer systemischen Grunderkrankung (z.B. rheumatoide Arthritis o.Ä.) oder Nebenwirkungen systemischer Behandlungen (z.B. Tamoxifen etc.)
Berücksichtigung umfangreicher Fremdbefunde	
Überdurchschnittlicher Zeitaufwand bei Beratungen	!! bei Mindestzeiten in der Leistungslegende erst ab ca. 50 % Überschreitung angemessen!!
Erschwerte Verständigung	z. B. bei Fremdsprache oder bei Aphasie
schwierige Lagerung	z. B. bei Morbus Bechterev
Erschwerte Leistungserbringung beim Säugling oder Kleinkind	wenn Leistung nicht „kinderspezifisch“ ist oder kein Zuschlag K1/K2 berechnet werden kann

	Schwellenwert		Höchstwert (Steigerungsfaktoren)	
	Medizin. Leistungen	Techn. Leistungen	Medizin. Leistungen	Techn. Leistungen
Privatpatienten	2,3	1,8	3,5*	2,5
Bundesbahnbeamte I – III (verbindlich für Kassenärzte)	2,2	1,8	2,2	2,5
Bundesbahnbeamte KVB IV	2,3	1,8	3,5*	2,5
Postbeamten B	1,9	1,5	3,5*	2,5
Beihilfe	2,3	1,8	3,5*	2,5
Standard-Tarif <u>vor</u> 01.07.2007	1,7	1,3	-	-
Standard-Tarif ab 01.07.2007	1,8	1,38	-	-
Basis-Tarif (nur Kassenärzte, nur GKV-Leistungen!)	1,2	1,0		
Studenten-Tarif	1,7	1,3	-	-

***mit Begründung!**

Die Abdingung – ein Sonderfall

- Bei Steigerungen >3,5-fach ist eine **„Abweichende Vereinbarung“** mit dem Patienten zu treffen
- Hierfür besondere Regeln
 - Aufklärung
 - Behandlungsvertrag mit Hinweis und entsprechender Ziffer (nur diese Ziffer gehört in die Vereinbarung!)

- Regelungen im Einzelnen:

<https://www.augeninfo.de/sepa/ree/aa/1708aa.pdf#page=30>

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/GOAE/Abschluss_einer_abweichenden_Vereinbarung.pdf

Zielleistungsprinzip GOÄ

- §4 (2) GOÄ: „Für eine Leistung, **die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.** Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte.“

Ergänzung:

- Wichtig: insbesondere im Hinblick auf das Zielleistungsprinzip:
 - Es bedarf der Erfassung der behandlungsrelevanten Diagnosen (das kann im Nachhinein auch nicht mehr geändert werden)
 - Beispiel: wenn ein schon operierter Katarakt-Patient in Ihrer Praxis wegen eines Glaukoms bspw. zusätzlich mit einem SLT-Laser behandelt wird und es kommt zur Rückfrage wegen der Kostenübernahme, dann wird es schwierig, wenn das Glaukom, das mit dem SLT behandelt wurde, nicht in der Akte hinterlegt ist.
 - Diagnosen sind keine Pflicht auf der Rechnung (§ 12 GOÄ), aber sie sparen ggf. Zeit und Mühe bei Rückfragen der Kostenträger, daher werden Diagnosen i.d.R. aufgeführt.

Ersatz von Auslagen § 10 GOÄ

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können **als Auslagen nur berechnet werden**

1. die Kosten für diejenigen **Arzneimittel, Verbandmittel** und **sonstigen Materialien**, die der Patient **zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht** sind, (...)
2. Versand- und Portokosten, (...)
3. Kosten für radioaktive Stoffe im Zusammenhang mit Leistungen aus Abschnitt O (...)

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

Ersatz von Auslagen § 10 GOÄ

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. **Kleinmaterialien** wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und **Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie**,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. **Augen-**, **Ohren-**, **Nasentropfen**, **Puder**, **Salben** und **geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung** sowie für
5. folgende **Einmalartikel**: Einmalspritzen, Einmalkanülen, **Einmalhandschuhe**, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

Weiterhin muss der Abrechnung ein **Beleg** oder **sonstiger Nachweis** über den Bezugspreis beigelegt werden, **wenn der Betrag der einzelnen Auslage 25,56€** übersteigt.

Analogabrechnung

“Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können **entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung** des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.” § 6 (2) GOÄ

“Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen **verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis entsprechend sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.**” § 12 Abs. 4 GOÄ

z.B.:

Beispiel Analogabrechnung

A7008 Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation; je Auge **analog GOÄ 1249**
(1249:Fluoreszenzangiographische Untersuchung)



**Offizielle
Analogempfehlung
des Konsultations-
ausschusses** von
Bundesärztekammer
& PKV-Verband
→ **wie Leistung in
GOÄ-Verzeichnis**

424a oder A424 Optische-Cohärenz-
Tomographie (OCT) **entspr. 424 analog gem. §6
(2) GOÄ**

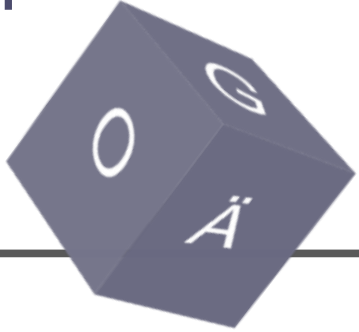


**Analogempfehlung
des Vorstands der
Bundesärztekammer
→ Verweis auf §6
Abs. 2 GOÄ**

Analogabrechnung

- Der Konsultationsausschuss von Bundesärztekammer und PKV-Verband hat ein Verzeichnis offiziell vereinbarter Analogempfehlungen („A70...“)
- Im weiteren gibt es auch Analogempfehlungen der Berufsverbände, die teilweise von den PKVen anerkannt werden
- **WICHTIG! Analog angesetzte Ziffern „erben“ die Regeln der Urziffern → Abrechnungsausschlüsse!!**

Zuschläge bei ambulanten Operationen

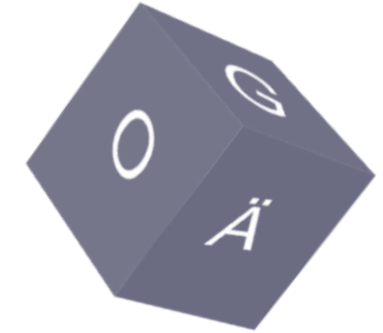


<u>GOÄ-Nr.</u>	<u>Zuschlag</u>	<u>1-0-fach</u>
GOÄ-Nr. 442	für OPs mit Punktzahl 250-499	23,31€
GOÄ-Nr. 443	für OPs mit Punktzahl 500-799	43,72€
GOÄ-Nr. 444	für OPs mit Punktzahl 800-1199	75,77€
GOÄ-Nr. 445	für OPs mit Punktzahl ab 1200	128,23 €

Nicht
steigerungsfähig,
immer nur 1,0-fach!

Zuschlag OP-Mikroskop

GOÄ-Nr. 440

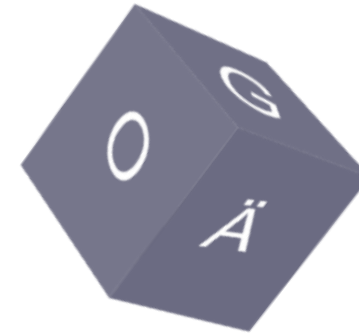


Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen

1,0-fach 23,31€

Nicht
steigerungsfähig,
immer nur 1,0-fach!

Zuschlag Laser



GOÄ-Nr. 441

Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, **je Sitzung**

Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49€.

→ Also 1-facher Satz der zugehörigen Leistung
– ABER MAX. 67,49 €

Anforderungen Rechnung

§12 Abs. 2 GOÄ:

Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

- das **Datum der Erbringung** der Leistung,
 - bei Gebühren die **Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung** einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung **gegebenenfalls genannten Mindestdauer** sowie den jeweiligen **Betrag** und den **Steigerungssatz**,
...
 - bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 (7, 8, 9) den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 - bei **Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt** der Betrag der einzelnen Auslage **25,56 Euro**, ist der **Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen**.
- **Begründung bei Steigerung über Regelsatz!**
- **Ggf. eingeräumte Rabatte von Herstellern müssen weitergegeben werden**
- **Keine Lagerkosten!**

Tipps zur Vermeidung von Ablehnungen & Ärger

- Verinnerlichen Sie die Regeln (Paragraphen!!)
- Checken Sie die Leistungslegenden von Ziffern, die Sie ansetzen
- Durch nachvollziehbare Begründungen vermeiden Sie Rückfragen/Ablehnungen
- Gehen Sie mit Augenmaß vor
- Halten Sie die Formalitäten ein!!!
- Bei Unsicherheiten Nachfragen! (zB bei BVA, BDOC, etc.)

SO NICHT!

Ziffer	Text	Faktor	Betrag
34	Erörterung der Auswirkung einer Krankheit	3.0	52,46 €
1201	Refraktionsbestimmung sphärisch-zylindrische Gläser	3.0	15,56 €
1202	Skiaskopie/ Refraktometer	3.0	12,94 €
1256	Applanationstonometrie	3.0	17,49 €
1242	Binokulare Untersuchung d. Augenhintergrundes	3.0	26,58 €
A424	OCT entspr. GOÄ Zif 424 zweidimens. Dopplerechokardigo. Untersuchung Text (prä-OP)	3.0	122,40 €
A406	Zuschlag zu 424 für Farbcodierung entspr. GOÄ 410 Ultraschall	1.0	11,66 €
1217	Binokularer Sehakt	3.0	42,32 €
A7015.1	Opt. Messung der VK 1. Auge entspr. GOÄ 410 Ultraschall	3.5	40,80 €
A7015.2	Opt. Messung der VK 2. Auge entspr. GOÄ 420 Ultraschall	3.5	16,32 €
A7016.1	Berechnung einer IOL 1. Auge entspr. GOÄ 1212 CL Prüfung	3.5	26,93 €
A7016.2	Berechnung einer IOL 2. Auge entspr. GOÄ 1212 CL Prüfung	3.5	26,93 €
A7008	Konfokale Scan Mikroskopie der HH je Auge entspr. GOÄ 1249 FLA	3.5	98,74 €
A7008	Konfokale Scan Mikroskopie der HH je Auge entspr. GOÄ 1249 FLA	3.5	98,74 €
A7009	Quant. Topograph. Unters. der HH-Brechkraft entspr. GOÄ 415 US	3.5	61,20 €
A7010	Laserscanning Ophthalmoskopie entspr. GOÄ 1249 FLA	3.5	98,74 €
A7015	Opt. und sonograph. Messung d. Vorderk./Hornhautdicke d. Auge	3.5	40,80 €
1253	Fotograph. Verlaufskontrolle von Veränderung des Augenhintergr.	3.0	26,23 €
1253	Fotograph. Verlaufskontrolle von Veränderung des Augenhintergr.	3.0	26,23 €
A7011	Biomorphometrische Unters. d. hint. Augenpols Text: RA	3.5	102,00 €
A7011	Biomorphometrische Unters. d. hint. Augenpols Text: LA	3.5	102,00 €
1253	Fotograph. Verlaufskontrolle v. Veränd. d. Augenhintergr.	3.0	26,23 €

- Steigerungen ohne Begründung
- Steigerung z.B. 34 ohne Zeitangabe (wäre nur bei >30 Min. denkbar)
- Steigerung techn. Leistung >2,5-fach → wenn nur mit Abdingung
- 406 bei OCT für Farbkodierung, außerdem Leistungslegende??
- Doppelansatz A7011
- Dreifacher Ansatz 1253??

SO NICHT!

Postoperative Nachkontrolle lt. Kostenvoranschlag [REDACTED]
[REDACTED]

<u>Datum</u>	<u>Leistung</u>	<u>Bezeichnung/*Begründung</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Steigerung</u>	<u>Betrag</u>
15.02.2023		Cat-OP RA	1	0,000	119,71
			Summe		119,71

Pauschale für post-OP-Kontrolle ist auch bei vorangegangenen Kostenvoranschlag unzulässig!
Rechnung erfordert immer Ziffern! Egal, ob bei P-Patient oder GKV-Patient mit Zuzahlung bei Sonder-IOL

HÄUFIGE LEISTUNGEN UND DEREN ZIFFERN

BERATUNGEN/GRUNDLEISTUNGEN

GOÄ Ziffer	Beschreibung	Einfache Bewertung	Faktor	Honorar	Anmerkung
1	Beratung	4,66 €	2,3	10,72 €	Nur 1 Mal im Behandlungsfall (BHF)
2	Ausstellung Wiederholungsrezept	1,75 €	1,8	3,15 €	
3	Eingehende Beratung (Dauer mind. 10 Minuten)	8,74 €	2,3	20,10 €	Allein oder mit 5/6
4	Erhebung der Fremdanamnese	12,82 €	2,3	29,49 €	Nicht neben 34, 1 Mal im BHF
34	Erörterung (Dauer mindestens 20 Min.) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken , einschließlich Beratung ...	17,49€	2,3	40,22€	Nicht neben 4, max. 2 Mal pro Jahr
70	kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, AU	2,33 €	2,3	5,36 €	
75	ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht	7,58 €	2,3	17,43 €	

GOÄ Ziffer	Beschreibung	Einfache Bewertung	Faktor	Honorar	Anmerkung
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	4,08 €	1,0	4,08 €	Nicht neben B/C/D
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 oder 6 bis 8	10,49 €	1,0	10,49 €	Nicht neben A/C
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6Uhr	18,65 €	1,0	18,65 €	Nicht neben A/B
D	Zuschlag für Samstage, Sonntage, Feiertage	12,82 €	1,0	12,82 €	Darf neben B/C Wenn Samstag-Sprechstunde, dann nur 0,5-fach
K1	Zuschlag zur Untersuchung nach den Nummern 5,6,7,8 bis zur Vollendung des 4.LJ	6,99 €	1,0	6,99 €	

1 - Beratung

- Die Leistungen nach den **Nummern 1** und/oder 5 sind **neben Leistungen** nach den **Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal** berechnungsfähig. [**Augenheilkunde = Abschnitt I**]
→ ggf. bei neuer Diagnose bzw. Verschlechterung des Zustandes
- Die Leistungen nach den Nummern **1, 3, 5, 6, 7** und/oder 8 können **an demselben Tag nur dann mehr als einmal** berechnet werden, wenn dies **durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten** war.
Bei mehrmaliger Berechnung ist die **jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung** in der Rechnung **anzugeben**. Bei den Leistungen nach den Nummern **1, 5, 6, 7** und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag **auf Verlangen**, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu **begründen**.

Behandlungsfall in der GOÄ

- Als Behandlungsfall gilt für die **Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats*** nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
 - Wie zählt man?
 - Wird ein Patient wegen einer neuen Erkrankung erstmalig am 3. Juni 2024 behandelt, so beginnt bei der Fortführung dieser Behandlung gebührenrechtlich ein neuer "Behandlungsfall" am 4. Juli 2024, am 5. August 2024 etc.
- *Eine Eselsbrücke: Monat plus eins und Tag plus eins.*

4- Fremdanamnese

„Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken“.

- nur **einmal im Behandlungsfall** und
- **medizinisch notwendig** und
- **nicht neben** den Nr. 30, **34**, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 GOÄ berechnungsfähig.
- nur „maßvoll und **unter Bezug auf den Schwierigkeitsgrad der Fallkonstellation**“ zu berechnen.
- Urteil des LG Karlsruhe 14.03.2001, Az: 1 S 90/98 Leistung bezieht sich **nicht auf relativ „einfache“ Erkrankungen** → Bei „Alltagserkrankungen“ „solle“ man verzichten.
- **Relativ sicher anerkannte Diagnosen sind: Systemerkrankungen, Malignome, chronische und andere schwere Erkrankungen.** → sicherlich AMD, Glaukom, DMÖ, Uveitis, etc.
- Die Nr. 4 GOÄ ist auch neben der Nr. 1 GOÄ berechenbar, vorausgesetzt alle Leitungsbestandteile der Nrn. 1 und 4 GOÄ beziehen sich nicht allein auf die Bezugsperson.
- Bei *Kleinkindern* (Altersgrenze wird bei sechs Jahren gesehen) und nur sehr eingeschränkt verständigen Patienten erfolgt die Anamnese zwangsläufig nur über die Begleitperson. Diese sogenannte mittelbare Beratung rechtfertigt lediglich den Ansatz der Beratung nach Nr. 1 GOÄ.
- **Geht bei gesetzlichen Vertretern (außer bei Kindern), Dolmetschern/zur Übersetzung mitgebrachte Begleiter**

K1 – „Kinderzuschlag“

- „**Zuschlag** zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr“
→ Kinder bis 4 Jahre
- **Nicht neben anderen Ziffern außer 5/6 ansatzfähig**

Abgrenzung 4 und K1

- 4 darf **nicht bei Kindern** gesetzt werden, ggf. nur K1
- 4 sollte nur bei beeinträchtigten Personen mit gesetzlichem Vertreter angesetzt werden
- K1 darf nicht bei geistig beeinträchtigten Patienten angesetzt werden

34- Erörterung min. 20 Minuten

- **innerhalb von 6 Monaten höchstens zwei Mal**
- Nicht neben 4
- nur bei Erstindikation oder erheblicher Verschlimmerung, zB bei IVOM-Indikation, Glaukom, HH-Dystrophie/ Keratokonus, Uveitis etc.

DIAGNOSTIK



Grundregel

- Sofern in der Leistungslegende der Ziffer nichts anderes bestimmt ist, so gilt
- Bei beidseitiger Erbringung
 - Bei **diagnostischen Leistungen** kann die Ziffer nur **1 Mal** angesetzt werden
 - Bei **therapeutischen Leistungen** kann die Ziffer je Auge angesetzt werden

Grundleistungen

GOÄ Ziffer	Beschreibung	Einfache Bewertung	Faktor	Honorar	Anmerkung
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66 €	2,3	10,72 €	Nicht neben 6! Nicht neben 1203, 1204, 1217, 1228, 1240
	vollständige körperliche Untersuchung einschl. → beidseitige Inspektion des äußeren Auges, → beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds				
6		5,83 €	2,3	13,41 €	Nicht neben 5! Nicht neben 1203, 1204, 1217, 1228, 1240
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer der Optometer	3,50 €	2,3	8,05 €	Nicht neben 5/6!
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	2,62 €	2,3	6,03 €	Nicht neben 5/6 und 1210-1213!
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	3,56 €	2,3	8,19 €	Nicht neben 5/6!
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte	4,31 €	2,3	9,91 €	Nicht neben 5/6! Nicht neben 1242!

Grundleistungen

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	5,19€	2,3	11,93€	Nicht neben 1200 (SR mit sphär. Gläsern)!
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	4,31€	23	9,92€	Nicht neben 1210-1213 (KL-Anpassung)!
1242 (ggf.)	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschl. der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung	8,86€	2,3	20,38€	Nicht neben 1240!
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	5,83€	1,8	10,49€	Nicht neben
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes	14,11 €	1,8	25,40€	

„Schielziffern“

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus ggf. einschl. qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	5,30 €	2,3	12,19 €	
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	14,11 €	2,3	32,45 €	Nicht neben 5/6!
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelerkrankungen, min. 36 Blickrichtungen pro Auge	40,80 €	2,3	93,84 €	Nicht neben 1268-1270
1241	Gonioskopie	8,86 €	2,3	20,38 €	

- „Schielkind“ → bei Kindern bis 4 → K1: Voraussetzung 5/6
6 = 13,41€; K1 = 6,99€; 1217 = 32,45 €
- Sonst noch 1200 (subj. Refr.) und 1202 (obj. Refra)
- Bei Cylco 1242

Perimetrien & Amsler

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) - auch Perimetrie nach Förster -	7,05 €	2,3	16,22 €	Amsler
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	10,61 €	2,3	24,40 €	Goldmann
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	14,46 €	2,3	33,26 €	
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie - analog: Nr. 1229	10,61 €	2,3	24,40 €	
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie , einschl. Dokumentation - analog: Nr.1227	14,45 €	2,3	33,26 €	

Angio, Autofluoreszenz, OCT, OCT-A

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1248 analog	Fundus-Autofluoreszenzuntersuchung analog: Nr. 1248 gem. §6 (2) GOÄ	14,11 €	2,3	32,45 €	BVA-Empfehlung
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund - einschl. Aufnahmen und Applikation des Teststoffes -	28,21 €	2,3	64,88 €	GOÄ sieht Sachkosten als inklusiv an (ggf. auch beidseits)
424 analog	Optische Kohärenztomographie (OCT) des Auges, ggf. beidseits - entsprechend § 6 (2) GOÄ analog: Nr. 424 GOÄ	40,80 €	2,3	93,84 €	BÄK-Vorstands- Empfehlung
424+406 analog	Zuschlag Nr. 406 zur OCT analog: Nr. 424 für Angio-OCT des Auges zur Abbildung des Blutflusses, ggf. beidseits	11,66 €	1,0	11,66 €	BÄK-Vorstands- Empfehlung

VA-Foto, Fundusfoto & HRT

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderung mittels Spaltlampenfotographie	5,83 €	2,3	13,41 €	
1252 analog	Fotografische Verlaufskontrolle von Veränderungen an den vorderen Augenschnitten oder von Fehlstellungen der Augen analog Nr. 1252 entspr. §6(2) GOÄ	5,83 €	2,3	13,41 €	
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	8,74 €	2,3	20,10 €	
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits - analog: Nr.423	29,14 €	2,3	67,02 €	HRT 423 Ausschluss 424 (entsprechend auch OCT!)

Biometrie, Pachymetrie

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
A 7015.1	Optische <u>und</u> sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges - analog: Nr.410	11,66 €	2,3	26,81 €	1. Auge, ggf. inkl. Pachy, oder wenn Pachy allein
A 7015.2	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges - analog: Nr.410, für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung - analog: Nr.420	4,66 €	2,3	10,72 €	2. Auge, wenn 1. Auge am selben Termin, ggf. inkl. Pachy, oder wenn Pachy allein

- Geht nicht neben Topo (A7009 = 415 analog), da 410 nicht neben 415 → s. Allg. Regeln Sonographien
- „Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern **401 bis 418** sowie **422 bis 424** sind **je Sitzung jeweils nur einmal** berechnungsfähig.
- Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern **410 bis 418 sind nicht nebeneinander** berechnungsfähig.

Topo, VA-OCT, „Pentacam“

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte , einschl. quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels <u>und</u> Messung von Hornhautdicke und Streulicht , ggf. einschl. Bilddokumentation je Auge - analog: Nr. 1249	28,21 €	2,3	64,88 €	HH-Endothelzellmessung, Pachy, Bilddoku
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen - analog: Nr. 415	17,49 €	2,3	40,23 €	Topo
424 analog	Optische Kohärenztomographie (OCT) des Auges , ggf. beidseits - entsprechend § 6 (2) GOÄ analog: Nr. 424 GOÄ	40,80 €	2,3	93,84 €	BÄK-Vorstands-Empfehlung

Wo liegen die Probleme bei den Diagnostikziffern??

- Ausschlüsse werden oft nicht beachtet
- Nur weil ein Gerät in der Praxis steht, heißt es nicht, dass die Untersuchung für den Patienten relevant ist! Dann darf sie auch nicht erfolgen → Sie müssen rechtfertigen können, warum Diagnostik durchgeführt wird.
- Screening ist medizinisch sinnvoll und geboten (anders im EBM!) → aber auch beachten, welches Screening sinnvoll für den Patienten ist
 - Absurd: Glaukom-Screening bei Kindern
 - Höchst fragwürdig: Amblyopiescreening beim 7-Jährigen?!

THERAPIE

Beispiele

- Fremdkörperentfernung & Faden-Ex
- Punctum-Plug setzen
- Brillenbestimmung/Brillenkorrektur
- Kontaktlinsenanpassung
- YAG-Laser bei Nachstar
- Netzhaut-Laser
- SLT-Laser bei Glaukom

Fremdkörperentfernung & Faden-Ex

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	2,16 €	2,3	4,97 €	
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	4,31 €	2,3	9,91 €	
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	8,86 €	2,3	20,38 €	
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	16,20 €	2,3	37,26 €	
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	5,83 €	2,3	13,41 €	

Punctum Plug setzen

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1-0	Faktor	Honorar	Kommentar
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschl. Nahtfixation, je Auge - analog: Nr.1298	7,69 €	2,3	17,69 €	
+ Sachkosten	(ggf. mit Beleg bei > 25,56€)				

- Häufig zusätzlich 1209: „Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test)“
- Ggf. zB Tear Lab: A1234 Untersuchung der Tränenfilm-Osmolarität analog GOÄ 1234 gem. §6 Abs. 2 GOÄ (+ Sachkosten Chip)

Brillenbestimmung/Brillenkorrektur

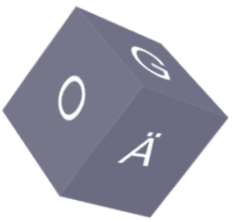
GOÄ Ziffer	Beschreibung	1,0-fach	Faktor	Honorar	Kommentar
1200	Subjektive Refra mit sphärischen Gläsern	3,44 €	2,3	7,91 €	Nicht neben 1201
1201	Subjektive Refra mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	5,19 €	2,3	11,94 €	Nicht neben 1200
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	4,31 €	2,3	9,91 €	Nicht neben 1210-1213
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	3,50 €	2,3	8,05 €	Nicht neben 5/6
Ggf. 1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	4,08 €	2,3	9,38 €	
Ggf. 1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus ggf. einschl. qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes -	5,30 €	2,3	12,19 €	
Ggf. 1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	14,11 €	2,3	32,45 €	
Ggf. A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z.B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit - analog: Nr. 1225	7,05 €	2,3	16,22 €	

Kontaktlinsenanpassung

GOÄ Ziffer	Beschreibung	1,0-fach	Faktor	Honorar
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung - einschl. objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	13,29 €	2,3	30,57 €
1211	Erstanpassung & Auswahl KL für beide Augen zum Zwecke der Verordnung - einschl. obj. Refra., Hornhautradien & Spaltlampenmikroskopie	17,49 €	2,3	40,23 €
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und ggf. Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) - einschl. objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie -	7,69 €	2,3	17,69 €
1213	Prüfung Sitz & Funktion der verordneten KL für beide Augen und ggf. Anpassung anderer KL - einschl. obj. Refra, Hornhautradien & Spaltlampenmikroskopie	11,54 €	2,3	26,54 €

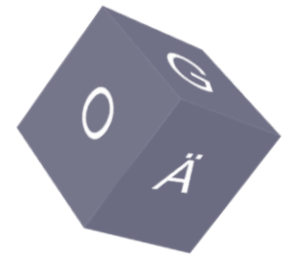
- Typischerweise + Topo (A7009), ggf. + HH-Endothelmessung mit Pachy (A7008) oder nur Pachy (A7015)

YAG-Laser



GOÄ Ziffer	Beschreibung	Einfache Bewertung	Faktor	Honorar
1348 (832 Punkte)	Diszision der klaren Linse oder getrübten Linse oder des Nachstars	48,50€	2,3 3,5	111,54€ 169,73€
440	Zuschlag für die Anwendung eines OP-Mikroskops		1,0	23,31€
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers	100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betr. Leistung		48,50€
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind		1,0	75,77€

Netzhaut-Laserkoagulation



GOÄ Ziffer	Beschreibung	Einfache Bewertung	Faktor	Honorar
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	15,91€	2,3	36,60€
1365 924 Punkte	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung	53,86€	2,3 3,5	123,87€ 188,50€
440	Zuschlag für die Anwendung eines OP-Mikroskops		1,0	23,31€
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers		100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betr. Leistung	53,86€
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind		1,0	75,77€

Ergänzung: SLT-Laser

GOÄ Ziffer(n)	Hinweis
1240	Spaltlampenuntersuchung
1241	Gonioskopie Kammerwinkel
1360	<i>Laser-Trabekuloplastik</i>
440	Zuschlag OP-Mikroskop
441	<i>Zuschlag Laser</i>

Rückfrage: 441 bei „Lasertrabekuloplastik“?

- Eine Teilnehmerin berichtete, dass der 441 Zuschlag seitens einer PKV moniert wurde beim Ansatz neben der 1360, da die Leistung bereits den Zusatz „Laser-“ in der Leistungslegende beinhaltet.
- → Check Allgemeine Bestimmungen zu Kapitel VIII. „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ Nr. 1 Satz 2: „Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers, im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung, können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.“
 - → PKV würde Recht bekommen.
- Aber: bei einer Netzhaut-Laserkoagulation oder einem YAG-Laser zur Nachstarbehandlung greift die Bestimmung nicht! Die in der 1365 genannte Lichtkoagulation war die frühere Behandlungsmethode mittels „Lichtkoagulator nach Meyer-Schwickerath“, was keine Laseranwendung ist. Daher ist bei einer Netzhaut-Laserkoagulation der Ansatz der 441 im Hinblick auf die Allg. Bestimmungen VIII. Nr. 1 gerechtfertigt.

Laser beidseits?

- Wenn man mal beidseits lasern muss, dann darf die Laserziffer je Auge abgerechnet werden
- Die Zuschläge dürfen auch nur 1 Mal angesetzt werden!
- Es gelten die Regeln bei den diagnostischen Leistungen



DISKUSSION & FRAGEN



Wie? Wo? Wann?
Wer? Was? Warum?



Es gibt keine dummen Fragen!!!!