

Ratgeber

Abrechnung der Akupunktur nach GOÄ

Haftungsausschluss: die folgenden Hinweise wurden nach bestem Wissen und Gewissen formuliert. Eine Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit wird nicht übernommen.

1. Individuelle Gesundheits-Leistungen	Seite 2
2. Abrechnung im privatärztlichen Bereich: die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)	Seite 4
a. Allgemeines zur GOÄ	Seite 4
1. Geltungsbereich und Gültigkeit	
2. Struktur und Besonderheiten	
3. Notwendigkeit	
4. Analogbewertung nach § 6(2)	
5. Steigerungsfaktor	
6. Ersatz von Auslagen	
7. Abdingung	
8. Anforderungen an die Rechnungsstellung	
9. Leistung auf Verlangen	
b. Die Leistungen der GOÄ im Einzelnen	Seite 10
1. Anamnese und Beratung	Seite 10
2. Untersuchung	Seite 14
3. Behandlung	Seite 16

1 Individuelle Gesundheits-Leistungen

Als Individuelle **Gesundheits-Leistungen (IGeL)** werden ärztliche Leistungen benannt, die im Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht vorgesehen sind, die aber vom Patienten gefordert und vom Arzt angeboten werden.

Auch die Abrechnung von IGeL muss sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richten. Eine Pauschalierung in festen Euro-Beträgen ist nicht zulässig. IGeL sind dort in Verruf geraten, wo es sich um medizinisch unsinnige oder offensichtlich ungeeignete Diagnostik- und Therapieverfahren handelt. Im Gebiet der Akupunktur trifft dies selten zu, da die Akupunktur ein breites Indikationsspektrum hat, das auch der wissenschaftlichen Überprüfung standhält. Trotzdem müssen medizinische Gründe für die Behandlung vorliegen.

Außerdem sind die Vorschriften der Berufsordnung zu beachten: „Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.“

Die Bundesärztekammer hat gute Grundsätze für die IGeL formuliert:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienteninformationen/Igelcheck2Auf1201506.pdf

Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen

14 Gebote für eine vertrauensvolle Patienten-Arzt-Beziehung bei der Erbringung von IGeL:

- Korrektheit und Transparenz der Indikationsstellung
- Nur erforderliche, empfehlenswerte oder vertretbare Leistungen, keine gewerblichen Dienstleistungen
- Sachliche Information ohne Herabwürdigung der Leistungspflicht der GKV
- Keine Verunsicherung von Patienten
- Kein Aufdrängen von Leistungen
- Aufklärung auch über Alternativen
- Angemessene Bedenkzeit vor Abschluss des Behandlungsvertrags
- Nur sinnvolle Koppelung mit sonstigen Behandlungen
- Hinweis auf Informationsmöglichkeiten bei Dritten
- Wirtschaftliche Aufklärung
- Schriftlicher Behandlungsvertrag
- Anwendung der GOÄ
- Einhaltung der Fachbereichsgrenzen
- Einhaltung sonstiger Qualitätsstandards

Quelle: Bundesärztekammer 2010

Anhang 3: Was ein Behandlungsvertrag zu IGeL enthalten muss

Muster für einen Behandlungsvertrag:

über das Erbringen Individueller Gesundheitsleistungen

Nachfolgend sind die wesentlich zu regelnden Inhalte aufgelistet, die für die individuelle Situation ausformuliert werden müssen.

1. Name und Vorname der Patientin / des Patienten, Anschrift
2. Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes oder Arztstempel
3. Der Patient/die Patientin wünscht die Durchführung der folgenden Individuellen Gesundheitsleistungen durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt:

-
4. Im Rahmen der ärztlichen Beratung/Behandlung werden in Ihrem konkreten Fall voraussichtlich folgende Gebühren gemäß GOÄ anfallen (GOÄ-Ziffer, Gebührensatz):
-

Im Anschluss an die Untersuchung / Behandlung werden Sie eine Rechnung erhalten, in der ich die erbrachten Leistungen aufführen und den Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen festlegen werde.

Der Patientin/dem Patienten ist bekannt, dass die genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher der genannte Betrag selbst zu tragen ist.

Ärztin/Arzt Patientin/Patient

Weiterhin bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich von der Ärztin / dem Arzt umfassend über den Nutzen und die Risiken der Individuellen Gesundheitsleistung aufgeklärt worden bin.

Ort, Datum Patientin/Patient

2 Abrechnung im privatärztlichen Bereich: die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte in ihrem Stand vom 1.1.1996 ist von ihrer Struktur her einfach und leicht zu verstehen. Dieser Vorteil wird leider durch einige komplizierende Einschränkungen rund um die Beratungs- und Untersuchungsnummern wieder aufgehoben.

Allgemeines zur GOÄ

Geltungsbereich und Gültigkeit

Die GOÄ ist die amtliche Grundlage für die Bezahlung aller Ärzte in eigener Praxis in Deutschland. Sie gilt in allen Fällen, in denen nicht eine gesetzliche Krankenversicherung die Behandlungskosten nach dem Sachleistungsprinzip übernimmt, das heißt für alle Behandlungen, die nicht „auf Krankenschein“ bzw. Chipkarte erfolgen. Das bedeutet: Ob bei „echten“ Privatversicherten oder bei IGeL: Ärztin/Arzt ist immer verpflichtet, nach GOÄ abzurechnen. Für die Gültigkeit der GOÄ bedarf es daher auch keines gesonderten Vertrags: Wenn ein Patient sich in Deutschland in ärztliche Behandlung begibt, gilt bis auf die genannten Ausnahmen und einige besondere Versicherer (Post, Bahn, BG etc.) die GOÄ. Dies kann auch nicht vertraglich ausgeschlossen werden. Es können daher keine Pauschbeträge ohne Bezug zu Leistungen der GOÄ vereinbart werden.

Gerundete Beträge mit Bezug auf die GOÄ sind jedoch bei IGeL üblich und dienen der Transparenz.¹

Struktur und Besonderheiten

Die GOÄ ist in drei große Blöcke gegliedert:

Allgemeine Bestimmungen: § 1– §12

Allgemeine Leistungen, Beratungen, Untersuchungen, etc.: Nr. 1–107

Sonderleistungen: ab Nr. 200

Die GOÄ kennt nicht die Abrechnung nach Quartalen sondern den „Behandlungsfall“ =1 Monat, außerdem die Zeiträume 6 Monate und 1 Jahr:

- 1 Monat für Nr. 1, 3, 4, 5
- 6 Monate für Nr. 31, 34
- 1 Jahr für Nr. 30

Wichtig: der erneute Ansatz der GOÄ-Nrn. 1, 3, 4 und 5 ist erst nach Ablauf des Zeitraums von 1 Monat = 30 Tagen gestattet.

Ein neuer Behandlungsfall liegt allerdings auch dann vor, wenn innerhalb des betreffenden Monats eine **neue** Erkrankung auftritt oder die bekannte Erkrankung eine **erhebliche** Änderung erfährt. In solchen Fällen gelten die eingeschränkten Abrechnungsbedingungen der Nrn. 1, 4 und 5 und 3 nicht (die Einschränkungen der Nrn. 30, 31, 34 werden dagegen nicht durch eine „neue Erkrankung“ außer Kraft gesetzt).

→ **Tip:** Der neue Behandlungsfall sollte im Diagnose- und Leistungstext sorgfältig begründet werden!

¹ Beispiel: 269a Akupunktur (Nadelstichtechnik mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen) Faktor 1,5 = 30,00 €
Das Beispiel zeigt die Rundungsmöglichkeit: genau gerechnet wären es 30,60 €.

Medizinische Notwendigkeit

Im vertragskassenärztlichen Bereich ist strikt festgelegt, welche Leistungen bei welchen Erkrankungen zugelassen sind. Im privatärztlichen Bereich gelten ebenfalls – viel zu wenig beachtet – Einschränkungen: Schlüsselwort ist die „medizinische Notwendigkeit. Sie orientiert sich am jeweiligen ärztlichen Standard und der ärztlichen Ethik.

Eine ärztliche Leistung (Behandlungsmaßnahme) ist medizinisch notwendig, wenn sie nach

- ◆ **objektiv medizinischen Befunden und**
- ◆ **wissenschaftlichen Erkenntnissen**

zum Zeitpunkt der Behandlung geeignet ist, das Leiden des Patienten

- ◆ **zu heilen,**
- ◆ **zu bessern oder**
- ◆ **zu lindern**

und es vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. (BGH Urteil vom 10. Juli 1996 – IV ZR 133/95).

Leider werden im Bereich der Komplementärmedizin werden oft strengere Maßstäbe angelegt als im Bereich der konventionellen Medizin.

Die privaten Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen kommen nur für Kosten von medizinisch notwendigen Leistungen auf. Das Problem, aber auch die Chance liegt in der Unbestimmtheit der Formulierungen. Für eine Heilbehandlung besteht demnach eine Leistungspflicht,

wenn es sich um wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. ein anerkanntes Arzneimittel handelt oder

wenn Methoden und Arzneimittel zur Anwendung kommen, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder

wenn in bestimmten Fällen keine wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode bzw. kein anerkanntes Arzneimittel zur Verfügung stehen.

→ **Tip:** Bereits mit der Diagnose und weiteren Textbausteinen die Medizinische Notwendigkeit einer Leistung plausibel machen, z.B. indem aus der Rechnung hervor geht, dass die Krankheit bereits erfolglos vorbehandelt wurde, es keine gesicherte wissenschaftlich begründete Therapie gibt oder wegen starker Nebenwirkungen die übliche konventionelle Therapie abgebrochen werden musste.

Analogbewertung nach § 6(2) GOÄ (= entsprechende Bewertung)

Der Begriff „Analogbewertung“ hat sich eingebürgert für die Bewertung von Leistungen, die in der GOÄ nicht erwähnt sind.

„§ 6 Gebühren für andere Leistungen

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

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs.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.“

Voraussetzung für eine Analogbewertung ist, dass die entsprechende Leistung in der GOÄ nicht verzeichnet und auch nicht als Bestandteil einer anderen Leistung beschrieben ist. Man kann also nicht für eine Leistung, die in der GOÄ beschrieben ist, eine andere (höhere) Leistung „analog“ einsetzen.

Die zu wählende Analogleistung muss der tatsächlich erbrachten Leistung „gleichwertig“ sein, d. h. nach Art, Umfang und Kosten ihr entsprechen.

Sofern man bei der Rechnungsstellung die Erfordernisse der §§ 6(2) und 12(4) und die Erfordernis der medizinischen Notwendigkeit beachtet, sind keine Schwierigkeiten **mit dem Patienten** zu erwarten. Die Schwierigkeiten beginnen dort, wo sich manchmal Versicherer in eine juristische Spitzfindigkeit gegenüber ihren Versicherten begeben: Sofern im Versicherungsvertrag mit dem Patienten nicht „Leistungen nach GOÄ“ vereinbart wurden, sondern „Leistungen entsprechend dem **Leistungsverzeichnis** der GOÄ“, kann der Versicherer die Erstattung von Analogleistungen verweigern, da diese nicht Bestandteil des **Leistungsverzeichnisses**, sondern sich auf den ersten, allgemeinen Teil der GOÄ bezieht.

Dazu kommt die Weigerung der PKV, eine analoge Bewertung der ausführlichen Anamnese nach GOÄ Nr. 30/31 zu akzeptieren (s.u.)

Es kann also bei Analogbewertungen passieren, dass der Arzt korrekt abrechnet und auch eine medizinische Notwendigkeit vorliegt und trotzdem der Patient keine Erstattung von seiner Versicherung bekommt.

Insofern sind Analogbewertungen immer ein unsicheres Terrain. Ihr Einsatz will wohl überlegt sein. Auf jeden Fall empfiehlt es sich, mit dem Patienten eine schriftliche Vereinbarung zu treffen, die ihn über die mögliche Rechtsunsicherheit informiert- ähnlich der Vereinbarung zu IGeL (s.o.).

Steigerungsfaktor

Grundpreis

Die GOÄ funktioniert nach folgendem Prinzip: Zu jeder Leistung gibt es einen Punktwert, der mit 5,82873 Eurocent multipliziert wird. Das ergibt eine Art Grundpreis für jede Leistung und wird als „einfacher Satz“ bezeichnet.

„§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(2) 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... Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.“

Der einfache Satz kann mit einem Faktor von bis zu 3,5 für **ärztliche** Leistungen multipliziert werden. Für die Erhöhung bis zum Faktor 2,3 bedarf es keiner Begründung. Bei einer Erhöhung über diesen Faktor hinaus muss der Arzt begründen, warum der höhere Satz berechnet wird. Will man über dem 3,5-fachen Satz abrechnen, bedarf es dazu einer vorherigen Vereinbarung (= „Abdingung“):

0	1	2	2,3 (1,8)	3	3,5 (2,5)	Über 3,5
Ohne Begründung			Nur mit Begründung			Abdingung

Schwellenwert = Regelsatz = Faktor 2,3

Ein Gerichtsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25.10.2004 macht deutlich, dass der Steigerungsfaktor 2,3 einem mittleren Standard der ärztlichen Leistung entspricht. Damit haben die Richter in zweierlei Hinsicht positiv für die Ärzte entschieden: Grundsätzlich akzeptieren sie damit einen Zusammenhang zwischen Qualität und Vergütung. Außerdem legen sie fest, dass, anders als in vielen Stellungnahmen der Versicherer, der Steigerungsfaktor 2,3 keineswegs die obere Linie bedeutet, die nur in ganz ungewöhnlichen Fällen überschritten werden dürfe. Der Gerichtsentscheid bedeutet, dass jede hoch qualifizierte Leistung prinzipiell eine Steigerung über den 2,3-fachen Satz erlaubt.

Nach Erhebungen der PKV und der BÄK liegt der durchschnittliche Abrechnungsfaktor aller ärztlichen Leistungen derzeit bei 2,4.

Wie soll der Faktor festgelegt werden?

Kriterium: Schwierigkeit der Leistung

Die Feststellung der Schwierigkeit einer ärztlichen Leistung orientiert sich an Kriterien, die vom Patienten und von seiner Krankheit ausgehen, also nicht danach, ob Arzt/Ärztin die Tätigkeit als schwierig empfindet.

Beispiel 1: Eine Akupunkturbehandlung ist dann besonders schwierig, wenn zwei Beschwerdebilder gleichzeitig behandelt werden sollen (z. B. Schulter-Arm-Syndrom akut und chronisches Erschöpfungssyndrom, also Behandlung von Fülle bei gleichzeitiger Leere-Konstitution nach der Lehre der Chinesischen Medizin). Der Arzt muss durch geschickte Punktwahl vermeiden, dass zu viele Nadeln gestochen werden und die Punkte sehr differenziert reizen, das Vorgehen in jeder Behandlung variieren etc.

Beispiel 2: Das Beschwerdebild des Patienten ist diffus. Die Symptomatik wechselt von Behandlung zu Behandlung.

Beispiel 3: Der Patient hat nach der ersten Therapie eine Erstreaktion („Erstverschlimmerung“)

Kriterium: Zeitaufwand

Der Zeitaufwand ist ein wichtiges und gut objektivierbares Kriterium zur Begründung des Steigerungsfaktors. Der erhöhte Zeitaufwand muss wiederum aus den Gegebenheiten des Patienten und seiner Krankheit begründet sein.

→ **Tipp: Zeitaufwand für die Leistung und/oder die gesamte Konsultation dokumentieren.**

Für Akupunktur wird der erhöhte Zeitaufwand (über 20 Minuten) nicht über den Steigerungsfaktor, sondern durch die Wahl der Nr. 269a statt 269, berücksichtigt. Wenn die Akupunkturbehandlung aber die vorgegebene Mindestzeit von 20 Minuten um mehr 50 % überschreitet, ist von einem vermehrten Zeitbedarf auszugehen.

Die Kommentare schreiben „*nicht nur unwesentlich*“. Inzwischen hat sich die 50 %-Grenze in der Rechtsprechung etabliert. Das bedeutet, dass bei einer Dauer der Akupunkturbehandlung über 30 Minuten der erhöhte Zeitbedarf die Erhöhung des Steigerungsfaktors rechtfertigen kann. Entsprechend kann man auch bei anderen Leistungen verfahren, die an eine Zeitvorgabe gebunden sind (vergleiche Nrn. 3, 30, 31, 34, 806, 849).

Trotzdem führt die Angabe *erhöhter Zeitaufwand* bei allen zeitdefinierten Leistungen erfahrungsgemäß gelegentlich zu Auseinandersetzungen, so dass davon abgeraten wird, sie allein oder überhaupt an zu führen.

→ **Tipp: Es gibt Beihilfestellen, die erhöhten Zeitaufwand generell nicht als alleinige Begründung für die Erhöhung des Faktors anerkennen. Dies entspricht zwar weder dem Text der GOÄ noch den Kommentaren. Um Auseinandersetzungen zu vermeiden, empfiehlt es sich jedoch, bei entsprechend versicherten Patienten von vornherein einen erhöhten Steigerungsfaktor nur dann anzusetzen, wenn zusätzlich zum erhöhten Zeitaufwand noch andere Gründe vorliegen.**

Kriterium: Umstände bei der Ausführung

Dieser Begriff ist rechtlich unklar. In den Kommentaren wird hierzu z. B. die Behandlung am Unfallort o. ä. angeführt. Im Bezug auf die Akupunkturbehandlung, die üblicherweise in der Praxis des Arztes durchgeführt wird, kann eine Behandlung bei Hausbesuch solche erschwerenden Umstände bedeuten

Inwieweit Behandlungen außerhalb der Sprechstunden, nachts etc. hierunter fallen, ist umstritten. Auf jeden Fall sind Beratungen, Untersuchungen und Besuche außerhalb der normalen Arbeitszeiten durch die Zuschläge A–D und E–H zu berücksichtigen. In allen Fällen der Nummern 1–107 kann eine Tätigkeit außerhalb der üblichen Arbeitszeiten daher **nicht** über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden. Inwieweit jedoch das Verrichten von Sonderleistungen, z. B. Akupunktur nachts, außerhalb der Sprechstunde und am Wochenende, solche erschwerenden Umstände bei der Ausführung bedeutet, wird von den Kommentaren unterschiedlich bewertet. Von der Systematik her scheint es klar, dass Sonderleistungen (ab Nr. 200 der GOÄ), wenn sie außerhalb der üblichen Arbeitszeiten erbracht

werden, unter erschwerenden Umständen erbracht werden und damit die Erhöhung des Steigerungsfaktors gerechtfertigt sein kann. Wie immer kommt es auch hier auf die konkreten Gegebenheiten des einzelnen Falls an.

Die Qualität der Begründung ist entscheidend! (s.u.) Sie muss eindeutig und korrekt sein, zu jeder Leistung extra aufgeführt sein, individuell auf jede Leistung abgestimmt sein und den Eindruck des schematischen Abrechnens, z. B. durch Variation des Steigerungssatzes vermeiden.

Begründungen für erhöhten Steigerungsfaktor

→ finden Sie [hier](#)

Ersatz von Auslagen

Die GOÄ ist eindeutig:

„§ 10 Ersatz von Auslagen

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

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt 0 bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(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, Einmalharnblasenkatheder, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.“

Absatz 2 regelt, für welche Materialien der Arzt **keine** gesonderten Kosten berechnen darf. Diese Aufzählung ist abschließend und endgültig. Da Akupunkturnadeln hier nicht aufgeführt sind, können sie berechnet werden, da sie auch keinem anderen in § 10 Abs. 2 genannten Gerät zuzurechnen sind. Das Gleiche gilt auch für Moxamaterial.

Es darf nur der tatsächliche Einkaufspreis berechnet werden.

In der Regel genügt eine globale Position nach der letzten Akupunkturbehandlung z.B. „Material zur Akupunktur“, solange sie nicht die Schwelle von 25,56 € übersteigt.

Abdingung

Als Abdingung bezeichnet man das teilweise Außerkraftsetzen der GOÄ durch einen Vertrag zwischen Patient und Arzt. Man kann sich in keinem Fall völlig von der GOÄ lossagen, man kann aber den in § 2 der GOÄ festgelegten Steigerungsfaktor nach oben verändern.

Dieses Vorgehen wird hier **nicht empfohlen**, da es genügend Möglichkeiten gibt, die hier gezeigt werden, zu einem angemessenen Honorar für eine Akupunktur im medizinisch notwendigen Umfang zu kommen.

Eventuell könnte man sich eine Abdingung für eine extrem umfangreiche Erstanamnese vorstellen. Wenn eine Abdingung vorgenommen wird, sind nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2004 verschiedene juristische Vorgaben zu beachten.

schriftliche Vereinbarung

Die Gebührennummern, deren Faktor für den 3,5-fachen Satz erhöht werden sollen, müssen eindeutig und abschließend aufgeführt sein

Häufigkeit, Faktor und Endbetrag müssen genannt werden

Hinweis, dass diese Rechnung möglicherweise von der Versicherung des Patienten nicht erstattet wird.

Der Patient kann allerdings in diesem Fall keine Erstattung über den 3,5-fachen Satz hinaus von seiner Versicherung oder Beihilfe erwarten.

Anforderungen an die Rechnungsstellung

„§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung: Rechnung

- (1) *Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.*
- (2) *Die Rechnung muss insbesondere enthalten:*
 1. *das Datum der Erbringung der Leistung*
 2. *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,*
 3. *bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,*
 4. *bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,*
 5. *bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigert der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 €, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.*

Auffällig ist, dass die GOÄ nicht ausdrücklich eine Diagnoseangabe für die Rechnung fordert. Trotzdem sollte jede Rechnung Diagnosen enthalten, und zwar möglichst ausführlich, um durch die Diagnoseangaben eventuelle Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistungen gar nicht erst aufkommen zu lassen. Auch Verdachtsdiagnosen oder im weiteren Procedere ausgeschlossene Diagnosen sollten aufgeführt werden, gegebenenfalls mit Datum, um einen Bezug zu den jeweiligen Leistungen herstellen zu können. Nur so können Patienten und Versicherer das Vorgehen des Arztes problemlos nachvollziehen.

Leistung auf Verlangen

Wenn Leistungen gefordert werden, deren medizinische Notwendigkeit nicht sicher nachvollziehbar ist, sei es, dass es sich nicht um eine Krankheit im engeren Sinne handelt, sei es, dass die Wirksamkeit der Methode für eine bestimmte Indikation sehr zweifelhaft ist, handelt es sich um eine Leistung auf Verlangen. In solchen Fällen kann der Arzt eine Vereinbarung mit dem Patienten treffen, die deutlich macht, dass diese Leistung „auf Verlangen“ erbracht wird. Diese Vereinbarung sichert den Arzt ab, falls der Patient die Rechnung nicht zahlen will, z. B. mit dem Argument, seine Versicherung habe ihm die Erstattung wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit verweigert. Im Prinzip fallen auch alle IGeL in diese Kategorie. Auch bei Leistungen „auf Verlangen des Patienten“ und fehlender medizinischer Notwendigkeit gilt die GOÄ.

Die Leistungen

Anamnese und Beratung

Erstanamnese

Die Erstanamnese ist zwar zwingende Voraussetzung der Akupunkturbehandlung, sie ist aber auch als akupunkturspezifische Anamnese nicht Bestandteil derselben, da die GOÄ ja ausdrücklich schreibt „Akupunktur zur Schmerzbehandlung“ und andernfalls die Anamnese mit in den Leistungstext aufgenommen hätte.

Die GOÄ kennt für Anamnese im allgemeinen einige Nummern, von denen aber keine die Erfordernisse der typischen Akupunktur-Anamnese abbildet.

GOÄ Nr. 1: Beratung

80 Punkte 2,3-fach 10,72 € 3,5-fach 16,32 €

Diese Nummer trifft den Sachverhalt und darf beim Erstkontakt und dann wieder nach Ablauf von 30 Tagen bzw. bei erneuter Erkrankung oder wesentlicher Verschlechterung angesetzt werden. Vorteil: keine Rückfragen, keine abrechnungstechnischen Komplikationen. Nachteil: Der Wert entspricht nicht im Mindesten dem Aufwand einer qualitativ akzeptablen Akupunktur-Anamnese.

GOÄ Nr. 3: Eingehende Beratung (mind. 10 Minuten)

150 Punkte 2,3-fach 20,11 € 3,5-fach 30,60 €

Besser und in manchen Fällen zutreffend ist da schon die Nr.3 mit einem fast doppelt so hohen Gebührensatz. Vorteil: Trifft auf manche Akupunktur-Anamnesen, z. B. bei akuten Beschwerden, vom zeitlichen Aufwand zu. Nachteil: Sie kann nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Akupunkturbehandlung angesetzt werden, sondern ist nur erlaubt als alleinige Leistung oder in Verbindung mit einer Untersuchung nach den Nrn.5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Dagegen spielt die Einschränkung, dass sie nur einmal pro Behandlungsfall berechnet werden kann, in diesem Zusammenhang keine Rolle, zumal diese Einschränkung aufgehoben ist, wenn eine zweite eingehende Beratung vor Ablauf von 30 Tagen notwendig ist. Der Nachweis der Notwendigkeit kann in solchen Fällen ganz einfach durch einen ergänzenden Text: „erhöhter Zeitaufwand für erneute eingehende Beratung“ in der Rechnung dokumentiert werden (z. B. in der Diagnosenspalte: anhaltende Beschwerden, erneute Attacke, Therapieumstellung, Verschlimmerung etc., jeweils mit genauer Datumsangabe im Diagnosenfeld oder im ergänzenden Leistungstext zur Nr.3). Da aber oft nach Erstberatung und Untersuchung sich gleich eine Akupunkturbehandlung anschließen sollte, scheidet die Nr.3 in vielen Fällen aus.

GOÄ Nrn. 30 und 31: Homöopathische Anamnese

Diese Nummern entsprechen dem Sinn nach am besten der akupunkturspezifischen Anamnese.

30 Homöopathische Erstanamnese (Minstdauer eine Stunde)

900 Punkte 2,3-fach 120,65 € 3,5-fach 183,61 €

„Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Minstdauer von einer Stunde nach biografischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen...Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.“

31 Homöopathische Folgeanamnese (Minstdauer 30 Minuten)

450 Punkte

2,3-fach 60,33 €

3,5-fach 91,80 €

„Homöopathische Folgeanamnese mit einer Minstdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.“

Da aber der GOÄ-Text eindeutig und ohne Öffnungsklausel auf die **homöopathische** Erst- bzw. Folgeanamnese bezogen ist, können diese Nummern nicht ohne weiteres auf die Erst- bzw. Folgeanamnese der Akupunktur angewandt werden, sondern es muss der Weg der Analogbewertung gewählt werden. Aber auch dies ist strittig und wird von den privaten Versicherungen inzwischen fast immer abgelehnt. Die Rechtslage ist uneinheitlich und unsicher:

- Die Bundesärztekammer hat sich bisher leider nicht für einen analogen Einsatz der Nr. 30/31 in anderen Fachbereichen ausgesprochen, trotz eines Antrags von Seiten der DÄGfA.
- Ein positives Gutachten im Auftrag der DÄGfA liegt vor (DZA 4 /2015 S. 32), wird aber nicht berücksichtigt.
- Das AG Kiel 2014 hat jedoch die analoge Bewertung einer schmerztherapeutischen Anamnese anerkannt (Az.:115 C 469/14) und damit einen Weg aufgezeigt.

Daher kann eine gesonderte Vereinbarung mit dem Patienten zum analogen Ansatz der GOÄ Nr. 30/31 mit Hinweis auf die möglich Nichterstattung durch PKV sinnvoll sein (und mit Verweis auf die neu geplante GOÄ, die diese Einschränkungen nicht mehr vorsieht, sondern beispielhaft nicht nur die Homöopathie, sondern auch die Chinesische Medizin, Reisemedizin, Schmerztherapie u.a. nennt)

Wenn ein analoger Einsatz der GOÄ Nr. 30 oder 31 erfolgen soll, kann folgender Text nützlich sein:

A30 (analog gemäß § 6 (2) GOÄ)

„Erst- / Folge- Anamnese zur Akupunktur / Chinesischen / Japanischen Arzneitherapie nach den Diagnose- und Therapiegrundsätzen der Chinesischen / Japanischen Medizin mit Berücksichtigung der leiblichen Symptome, der Leitbahnen/Meridiane, Funktionskreise, Zang Fu, Ba Gang, emotionaler Faktoren, pathogener Faktoren, Berücksichtigung von Therapiehindernissen (z. B. Störfeld), Lebens- und Ernährungsgewohnheiten einschl. schriftlicher Aufzeichnung, zur Erstellung einer akupunkturspezifischen Diagnose und eines Therapieplans mind. 60 Minuten.“

Zu beachten ist die jeweilige Minstdauer, die sich dem Wortlaut nach streng genommen ausschließlich auf die Erhebung der Anamnese (nicht Aufklärungsgespräch, Untersuchung, Akupunktur, Erstellung eines Ernährungsplans, Lebensberatung) beziehen darf.

Wie bei einer homöopathischen Behandlung kann im Verlauf einer Akupunkturbehandlung die Notwendigkeit entstehen, den Fall noch einmal zu evaluieren und die Vorgehensweise der veränderten Symptomatik anzupassen, kann man bei entsprechendem Zeitaufwand auf die analoge Heranziehung der Nr. 31 zurückgreifen mit entsprechend angepasstem Text:

„A31 (analog gemäß § 6 (2) GOÄ)

Folgeanamnese...wegen veränderter Symptomatik mind. 30 Minuten“

GOÄ Nr. 4: Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugspersonen

220 Punkte

2,3-fach 29,49 €

3,5-fach 44,88 €

→ Nur einmal im Behandlungsfall

→ Nicht neben 30, 34, 801, 807, 816, 817 835

Die Anwendung dieser Nummer in Zusammenhang mit der Akupunktur ist in folgender Konstellation denkbar: Ein Kleinkind oder Jugendlicher soll mit Laserakupunktur oder Nadelakupunktur behandelt werden. Aufgrund der Ängstlichkeit ist hier die Fremdanamnese und/oder Unterweisung der Bezugsperson notwendig. Da die Nr. 4 keinen Zeitumfang nennt, ist es gebührentechnisch denkbar, diese Unterweisung/Führung abzurechnen, auch wenn der Zeitaufwand dafür eher gering war.

In gleicher Weise könnte bei einem älteren Menschen vorgegangen werden, wenn eine Bezugsperson unterwiesen wird und der Patient die Aufklärung vor Akupunktur und Beschreibung des Ablaufs der Akupunktur selbst nicht völlig verstehen kann.

Als Analogbewertung könnte die Nr. 4 dann angesetzt werden, wenn das Anamnese- und Aufklärungsgespräch im Zeitaufwand zwischen der Nr. 3 und der Nr. 31 liegt.

Die Abrechnung der Nr. 4 unterliegt strengen Kriterien und ist daher direkt nur eingeschränkt möglich und kann z. B. nicht zur Abrechnung des üblichen Aufklärungsgesprächs herangezogen werden.

Vorteil: Die Nr. 4 kann neben anderen Nummern (1, 5, 6, 7, 8, 269a und allen anderen Sonderleistungen) berechnet werden. Nr. 4 schließt die Zeitlücke zwischen Nr. 3 und Nr. 31.

Nachteil: Die Nr. 4 kann nur einmal im Behandlungsfall (d. h. frühestens nach Ablauf von 30 Tagen) erneut berechnet werden. Nr. 4 kann in den meisten Fällen der Akupunktur nur analog berechnet werden.

GOÄ Nr. 34: Beratung bei lebensverändernder Erkrankung

34 Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (mind. 20 Min.)

300 Punkte 2,3-fach 40,22 € 3,5-fach 61,20 €

Erörterung ... der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden ...

→ Nur zweimal in 6 Monaten

→ Nicht neben 3,4,15,30,31

Die Nr. 34 eignet sich für viele Krankheiten, die mit Akupunktur behandelt werden können, z. B: chronisches Schmerzsyndrom, Asthma, Fibromyalgiesyndrom, Chronic fatigue syndrome, Colitis und andere. Allerdings trifft die Voraussetzung „im unmittelbaren Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung“ meist nicht zu, wenn der Patient zur Akupunkturbehandlung kommt. Daher wird man dann unter Umständen auf eine Analogbewertung ausweichen oder – besser, wenn zu begründen - die aktuelle und erhebliche Verschlimmerung bei der Diagnoseangabe genau belegen.

Formulierungsvorschlag für eine Akupunkturanamnese:

A34 (analog § 6(2) GOÄ)

„Erstanamnese zur Akupunktur nach den Diagnose- und Therapiegrundsätzen der Chinesischen Medizin mit Berücksichtigung der leiblichen Symptome, der Leitbahnen/Meridiane, Funktionskreise, Zang Fu, Ba Gang, emotionaler Faktoren, pathogener Faktoren, Berücksichtigung von Therapiehindernissen (z. B. Störfeld), Lebens- und Ernährungsgewohnheiten einschließlich schriftlicher Aufzeichnung zur Erstellung einer akupunkturspezifischen Diagnose und eines Therapieplans mind. 20 Minuten“

So zeigen die oben aufgeführten Nummern Möglichkeiten, je nach Zeitaufwand abgestuft abzurechnen:

Einfache Anamnese: Nr. 1

Anamnese > 10 Min.: Nr.3 (Ausschlüsse beachten)

Anamnese 10 – 20 Minuten: Nr. 4 / A 4

Anamnese 20 – 30 Minuten: Nr. 34 / A 34

Anamnese 30 – 60 Minuten: Nr. A 31

Anamnese > 60 Minuten: Nr. A 30

In jedem Fall muss deutlich werden, dass es sich um eine umfassende und in der konventionellen Medizin so nicht vorgesehene Anamneseerhebung handelte. Eine Beratung darf nicht, nur weil sie ungewöhnlich lange dauerte, mit anderen GOÄ-Nummern als den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden.

GOÄ Nr. 801: Eingehende psychiatrische Untersuchung

250 Punkte 2,3-fach 33,52 € 3,5-fach 51,00 €

→ Nicht neben 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830, 1400

Die Kommentare fordern Untersuchung von mindestens zwei der folgenden Funktionen: Bewusstsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen.

Es ist nicht notwendig, alle Bereiche zu untersuchen. Es genügt, dass die Untersuchung eingehend ist. In der Akupunkturpraxis tritt die Notwendigkeit der eingehenden psychiatrischen Untersuchung oft auf, auch im Verlauf der weiteren Behandlung, z. B. bei Depression, Schlafstörung, Agitiertheit, differentialdiagnostischen Abgrenzungen. Man kann vermeiden, PatientIn durch die Leistungslegende zu verunsichern, indem man die psychiatrische Störung als Ausschlussdiagnose aufführt.

Beispiele für Diagnosen bei Abrechnung GOÄ Nr. 801:

„Schlafstörung; depressive Verstimmung, Ausschluss einer endogenen Depression“

„Chronisches Schmerzsyndrom mit verschiedenen Schmerzlokalisationen; Ausschluss einer somatoformen Störung“

„Stresssymptomatik, Ausschluss einer psych. Erkrankung“

„Biografischer Umbruch mit körperlichen und emotionalen Symptomen“

Aufklärung vor Akupunktur

Vor Beginn einer Akupunkturbehandlungsserie soll der Patient über Ablauf und Risiken informiert werden. Dies ist eine typische Beratungsleistung im Sinne der Nr. 1. Wenn in gleicher Sitzung jedoch die Erstanamnese durchgeführt wurde, wird diese Beratung zwecks Aufklärung evtl. in der größeren Nummer „untergehen“, da es Prinzip der GOÄ ist, dass die Beratungsleistung unteilbar ist, d. h. eine Beratung des Patienten nicht nach Inhalten auf verschiedene Leistungsnummern aufgeteilt werden kann

Im Fall einer aufwendigeren und schwierigeren Aufklärung (z. B. erhöhtes Nebenwirkungsrisiko wegen Antikoagulationstherapie, kognitiver Störung) ist ein erhöhter Steigerungsfaktor der gewählten Nr. gerechtfertigt.

Beratung und Anamneseergänzung im Verlauf einer Akupunkturbehandlung

Im Verlauf einer Akupunkturbehandlung wird üblicherweise vor jeder Behandlung eine Beratung und evtl. auch eine Untersuchung stattfinden. Wie sind diese zu berechnen?

Ist nichts Besonderes zu berichten und zu besprechen, wird man diese Beratung der Akupunkturleistung als solcher zurechnen müssen. Eine gesonderte Berechnung entfällt.

Sehr häufig wird der Patient aber Einzelheiten des Verlaufs berichten, die vom Arzt nachgefragt und interpretiert werden müssen. Damit ist der Sachverhalt einer Beratung und auch symptombezogenen Untersuchung zusätzlich zur Akupunkturbehandlung gegeben.

GOÄ Nr. 1 kann dann zusätzlich zur Akupunktur angesetzt werden, aber natürlich nur mit der Einschränkung: einmal pro Behandlungsfall = einmal pro 30 Tage d.h. erst am **31. Tag** erneut!

Die zeitliche Einschränkung entfällt, wenn eine neue Erkrankung hinzutritt oder sich der Verlauf der Erkrankung zusätzlich wandelt. Dies ist erfahrungsgemäß häufig der Fall.

Beispiel 1:

Patient hat mehrmals pro Monat Migräne; nach drei Therapiesitzungen Akupunktur tritt zusätzlich akuter Schulterschmerz auf, der ebenfalls mit Akupunktur in gleicher Sitzung behandelt werden soll: Berechnung von GOÄ 1 (und 5 oder 7 Untersuchung) neben 269a auch vor Ablauf von 30 Tagen.

Im Diagnosenfeld Datum der neuen Erkrankung angeben „Diagnosen: Migräne (02.06.) akuter Schulterschmerz rechts (15.06.)“

Beispiel 2:

Patientin hat mehrmals pro Monat Migräne; nach drei Therapiesitzungen tritt zu Beginn der Regel mehrtägige Dauermigräne auf bei starker Dysmenorrhö. Berechnung von GOÄ Nr. 1 (und Untersuchung nach Nr. 5 oder 7) neben 269a auch vor Ablauf von 30 Tagen möglich.

Im Diagnosenfeld Datum und Umstände angeben: „Migräne (1.06.), Status migraenosus und Dysmenorrhö (15.06.)“

Beispiel 3:

Im Verlauf einer längeren Behandlungsperiode ergeben sich Schwierigkeiten und/oder der Patient gibt Hinweise auf weitere akupunkturdiagnostisch wichtige Symptome.

Im Diagnosenfeld Datum und Umstände angeben: „chronischer unterer Rückenschmerz (02.06.); starke Erstreaktion mit Verschlimmerung (08.06.)“

Untersuchung

Für die Untersuchung stehen nach der GOÄ verschiedene Nummern zur Verfügung.

GOÄ Nr. 5: Symptombezogene Untersuchung

80 Punkte 2,3-fach 10,72 € 3,5-fach 16,32 €

Die Nr. 5 erfordert keinen bestimmten Untersuchungsumfang. Sie ist auch bei einer sehr einfachen Untersuchung erfüllt. Sie ist entsprechend niedrig bewertet. Sie kann wie Nr. 1 neben anderen Leistungen nur einmal je Behandlungsfall angesetzt werden. Die Nr. 5 kann nicht gleichzeitig mit Untersuchungen der Nrn. 6, 7 oder 8 angesetzt werden. Wird sie zusammen mit der Nr. 800 kombiniert, ist dies wiederum nur einmal pro Behandlungsfall möglich.

Die im Folgenden zu besprechenden Nrn. 6 – 8 unterscheiden sich von der Nr. 5 dadurch, dass sie erstens die vollständige Untersuchung eines definierten Organsystems voraussetzen und zweitens ohne Einschränkung neben Sonderleistungen (ab GOÄ Nr. 200) berechnet werden können.

GOÄ Nr. 6: Untersuchung HNO, Mund-Kiefer, Nieren/ Harnwege, Gefäßstatus

100 Punkte 2,3-fach 13,41 € 3,5-fach 20,40 €

Die Nr. 6 wird in der Akupunkturpraxis regelmäßig vor und während einer Behandlung des HNO-Bereichs und des stomatognathen Systems erbracht werden müssen, gegebenenfalls kombiniert mit Nr. 800 (z. B. bei Kopfschmerz).

GOÄ Nr. 7: Untersuchung Haut, Bewegungsorgane, Brust, Bauch, weiblicher Genitaltrakt

160 Punkte 2,3-fach 21,45 € 3,5-fach 32,64 €

Die Nr. 7 wird ebenfalls häufig, besonders bei chronischen Erkrankungen des Bewegungssystems und bei inneren Erkrankungen, vor und während laufender Akupunkturtherapie erbracht werden müssen. Kombination mit den Nrn. 800 und/oder 801 möglich.

GOÄ Nr. 8: Ganzkörperstatus

260 Punkte 2,3-fach 34,86 € 3,5-fach 53,04 €

Wie bei jeder Leistung ist ihre medizinische Notwendigkeit immer von dem Umfang der Symptome und der (Verdachts-)Diagnose abhängig. Nr. 8 wird in der Akupunkturpraxis häufig bei chronischen, diffusen, vegetativen funktionellen Störungen, chronischen Schmerzsyndromen oder somatoformen Störungen notwendig sein. Es müssen Haut, sichtbare Schleimhaut, Brust-, Bauch-, Stütz- und Bewegungsorgane sowie orientierend neurologisch untersucht werden, aber nicht notwendigerweise alle Organsysteme vollständig. (Keine Kombination mit Nr. 800 oder 801!)

GOÄ Nr. 800: Neurologische Untersuchung

195 Punkte

2,3-fach 26,14 €

3,5-fach 39,78 €

Die neurologische Untersuchung ist häufig notwendig bei Krankheitsbildern, die mit Akupunktur behandelt werden: z. B. Ischialgie, Lumbalgie, Kopfschmerz etc. Die Frage ist, ob entsprechend dem Text eine **eingehende** Untersuchung notwendig ist. Zur neurologischen Untersuchung gehört die Prüfung der Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensorik, Koordination, des extrapyramidalmotorischen Systems, des Vegetativums, der hirnversorgenden Gefäße. Werden nur ein oder zwei dieser Systeme geprüft, fällt dies in den Bereich der Nr. 5, gegebenenfalls in die Nr. 8. Werden jedoch mehr als zwei Systeme geprüft, gilt der Leistungsinhalt der Nr. 800 als erbracht. Die Erbringung eines vollständigen neurologischen Status ist für die Abrechnung der Nr. 800 nicht erforderlich. Die Untersuchung anderer Körperfunktionen kann in Kombination mit den Nummern 5, 6, 7 oder 801 erbracht und abgerechnet werden.

Akupunkturtypische Diagnostik

GOÄ Nr. 831: Vegetative Funktionsdiagnostik

80 Punkte

2,3-fach 10,72 €

3,5-fach 16,32 €

Puls- und Zungendiagnostik, japanischen Bauchdeckendiagnostik und ähnliche Verfahren lassen sich korrekt mit Nr. 831 abrechnen. Sie kann neben der Akupunktur angesetzt werden, sofern medizinisch notwendig, auch öfter. Es empfiehlt sich, die vegetative Störung zu bei den Diagnosen zu benennen. Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 831 in einer Behandlungssitzung erscheint nicht ausgeschlossen (z. B. medizinisch notwendige Kontrolle des Pulsbefundes am Ende der Behandlungssitzung). Inwieweit Puls- und Zungendiagnostik jeweils getrennt in einer Sitzung durch zweifachen Ansatz der Nr. 831 berechnet werden können, ist offen. Im Prinzip wäre es nach dem Wortlaut der GOÄ möglich, da es sich um unterschiedliche Tests handelt. Andererseits dienen sie beide dem gleichen Ziel. Daher ist gegebenenfalls die Steigerung des Faktors bis zum 3,5fachen Satz bei schwieriger und/oder zeitaufwendiger Puls- und Zungendiagnostik der sicherere Weg.

Einerseits sind alle o.g. GOÄ-Nummern für viele Untersuchungen vor und während der Akupunkturtherapie geeignet und angemessen (z. B. Nr. 7 für die Untersuchung des Bewegungssystems mit Schwerpunkt Muskulatur oder Bindegewebe; Nr. 6 für das stomatognathe System mit Schwerpunkt enoraler Triggerpunkte vor Mundakupunktur etc.).

Tastung der Leitbahnen/Meridiane, Tastung der Hautbeschaffenheit und Temperatur

Es gibt 3 Möglichkeiten:

Während bei der Nr. 5 der Inhalt frei ist, muss man bei den Nrn. 6, 7 oder 8 darauf achten, dass die Leistungslegende erfüllt ist, also entweder zusätzlich zur akupunkturspezifischen Diagnose ein Organsystem vollständig untersucht (z. B. Haut) oder ein Ganzkörperstatus (Nr. 8) erbracht wird. Den zusätzlichen Aufwand für die akupunkturspezifische Diagnostik könnte man in solchen Fällen gegebenenfalls über eine Variation des Steigerungsfaktors erfassen.

Man wendet für die Feststellung von Hauttemperatur, Turgor und Schmerzempfindlichkeit die Nr. 831 an, gegebenenfalls über einen angepassten Steigerungsfaktor.

Die Erfassung vegetativer Störungen lässt sich eventuell über die Nr. 800 abrechnen, wenn mindestens ein weiterer Bereich aus der neurologischen Diagnostik untersucht wird.²

² Es wurde vorgeschlagen, die akupunkturtypische Diagnostik über eine A7 analog zu berechnen. Das kann man machen; es sprechen aber einige Gründe dagegen: Bei Erstuntersuchung ist es in der Regel notwendig, den Leistungsinhalt der Nr. 7, oft der Nr. 8, seltener nur der Nr. 5 oder 6 zu erfüllen. Eine Analogberechnung ist also nicht nötig.

Während laufender Akupunkturtherapie kann sich aufgrund eines ungewöhnlichen Krankheitsverlaufs die Notwendigkeit zu einer erneuten Leitbahn-/Meridiandiagnostik ergeben. Bei vielen Akupunkturbehandlungen wird dies aber nicht der Fall sein, sondern es wird sich nur eventuell die Notwendigkeit der Punktdetektion ergeben, die nicht als gesonderte Leistung berechenbar ist.

Elektrische Punktdetektion

Es wird die Auffassung vertreten, die elektrische Punktdetektion nach § 6 (2) GOÄ analog zur GOÄ-Nr. 832 „Neurologische Befunderhebung durch Faradisation (Galvanisation)“ zu berechnen sei. Diese Auffassung ist fragwürdig, da es sich nicht um eine eigenständige Leistung handelt, sondern die Punktdetektion der Optimierung der Akupunkturbehandlung dient. Sie hat keine eigenständige Berechtigung. Sehr wohl können aber die erhöhte Schwierigkeit und der erhöhte Zeitaufwand bei einer medizinisch notwendigen aufwändigeren Punktdetektion durch Änderung des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden.

Das Gleiche gilt auch für die aufwändige manuelle Punktdetektion im Rahmen beispielsweise der Very-Point®-Technik.

Berücksichtigen muss man auch hier wieder die medizinische Notwendigkeit: die Punktdetektion muss aus der Schwierigkeit des Falles begründet sein, nicht etwa daraus, dass der Arzt in der Lokalisation der Punkte noch unsicher ist und deshalb ein Gerät zur Hilfe nimmt.

Behandlung

Akupunktur

GOÄ Nr.269 Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen

200 Punkte 2,3-fach 26,81 € 3,5-fach 40,80 €

GOÄ Nr. 269a Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen

350 Punkte 2,3-fach 46,92 € 3,5-fach 71,40 €

Um die Nr. 269 bzw. 269a abrechnen zu können, müssen zwei bzw. drei Bedingungen erfüllt sein: Es muss sich um eine Nadelstichakupunktur handeln, es müssen Schmerzen behandelt werden und bei Nr. 269a muss die Behandlung mindestens 20 Minuten dauern. Die GOÄ verlangt nicht die Anwendung einer bestimmten Akupunkturform. Ausgeschlossen von der Abrechnung und Erstattung sind alle Indikationen, bei denen keine Schmerzen behandelt werden, z. B. Erschöpfungssyndrom, allergische Erkrankungen etc., sofern nicht zusätzlich in der gleichen Behandlung ein Schmerzzustand behandelt wird und dafür auch eine medizinische Notwendigkeit besteht.

Es ist nicht erforderlich, dass Ärztin/Arzt während der 20 Minuten dauernd beim Patienten ist. Die Zeit von 20 Minuten wird vom Setzen der ersten bis zum Entfernen der letzten Nadel gerechnet. Eine Nachruhezeit, die gelegentlich medizinisch notwendig sein kann, fällt nicht unter diese 20 Minuten und ist auch nicht berechnungsfähig, da sie gegebenenfalls Bestandteil der Akupunkturbehandlung ist.

Wärmebehandlung

GOÄ Nr. 530 Kalt/Heißpackung/heiße Rolle je Sitzung

35 Punkte 1,8-fach 3,67 € 2,5-fach 5,10 €

Zu einer guten Akupunkturbehandlung gehört der Schutz des Patienten vor Auskühlung. Dieser Schutz ist Bestandteil der Behandlung und daher nicht berechnungsfähig. Liegen dagegen Zeichen für eine vegetative Dysregulation mit ausgesprochener Frostigkeit des Patienten vor („Kältekrankheit“), ist die Erwärmung des Patienten bzw. einzelner Körperpartien mit Fango, Lehm, Paraffin eine eigenständige medizinisch notwendige Leistung und kann berechnet werden. Wärmflasche oder Heizkissen sind nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 535 Heißluftbehandlung, ein Körperteil

33 Punkte 1,8-fach 3,46 € 2,5-fach 5,10 €

GOÄ Nr. 536 Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile

51 Punkte 2,5-fach 2,97 € 2,5-fach 7,43 €

Lichtkästen, Rotlicht etc. können nach den Nrn. 535 und 536 berechnet werden.

GOÄ Nr. 538 Infrarotbehandlung, je Sitzung

40 Punkte 1,8-fach 4,20 2,5-fach 5,83 €

Bei Einsatz von Kombinationsgeräten mit sichtbarem Licht und Infrarotstrahlung können die Nrn. 535 und 538 nicht nebeneinander abgerechnet werden. Man wird sich für die geringfügig höher bewertete Nr. 538 entscheiden, es sei denn, es werden mehrere Körperteile behandelt. Dann trifft Nr. 536 zu.

Begründung durch entsprechende Diagnose (z.B. „Kältekrankheit“).

Die Nr. 530,535,536 und 538 können nur einmal je Sitzung berechnet werden.

Moxa

Sofern die wärmende Moxazigarren oder der Moxakasten allein, also ohne Nadelstichtechnik-Akupunktur, angewandt werden, kann über die Heranziehung der GOÄ-Nrn. 535, 536 oder 538 - streng genommen allerdings analog! - abgerechnet werden.

Wird Moxa als heiße Nadel angewandt, ist sie Bestandteil der Nadelakupunktur und daher nicht berechenbar. So jedenfalls hat die Bundesärztekammer in einem Schreiben vom 11.12.1993 Stellung genommen und die Moxibustion als eine Modifikation der Akupunktur bezeichnet.

Da die Moxibustion als heiße Nadel aber mit erhöhter Schwierigkeit und mit erhöhtem Zeitaufwand und der dauernden Überwachung verbunden ist, kann sie als Begründung für einen gesteigerten Faktor herangezogen werden.

Beispiel:

Nr. 269a: besonderer Zeitaufwand und Schwierigkeit durch Anwendung von Moxibustion (heiße Nadel), Faktor 3,5.

→ **Tipp: Material zur Moxibustion ist nach §10 (1) berechnungsfähig.**

Schröpfen

Schröpfen ist Bestandteil der klassischen Naturheilverfahren und der Chinesischen Medizin, aber eine eigenständige Leistung neben der Akupunktur.

GOÄ Nr.747 Setzen von Schröpfköpfen/

44 Punkte 2,3-fach 5,90 € 3,5-fach 8,98 €

GOÄ Nr. 748 Hautdrainage

76 Punkte 2,3-fach 10,19 € 3,5-fach 15,50 €

GOÄ-Nr. 747 gilt für das trockene Schröpfen, Nr.748 für die oberflächliche Inzision der Haut. Damit sind beim blutigen Schröpfen beide Nr. nebeneinander berechnungsfähig.

Die Nummer gilt je Sitzung (= Behandlung), unabhängig von der Zahl der Schröpfköpfe. Gegebenenfalls kann bei sehr vielen Schröpfköpfen dem vermehrten Aufwand durch Erhöhung des Steigerungsfaktors (bis 3,5 !) Rechnung getragen werden.

→ Schröpfen nach Nr. 747 ist nicht neben Reizstrombehandlung (Nr. 551) am gleichen Körperteil berechenbar.

Wenn Einmalschröpfköpfe verwendet würden, können diese berechnet werden.

Schröpfkopfmassage

Bei Schröpfkopfmassage (z. B. Blasenleitbahn), kann die GOÄ-Nr. 523 zusätzlich abgerechnet werden.

Akupressur

Die Akupressur ist in der GOÄ nicht ausdrücklich vorgesehen. Am besten entspricht ihr die Nr. 523.

GOÄ Nr. 523 Bindegewebsmassage/ Periostmassage, manuelle Lymphdrainage

65 Punkte 1,8-fach 6,82€ 2,5-fach 9,47€

Nach Empfehlung der Bundesärztekammer soll auch die Punktmassage nach Penzel mit der Nr. 523 abgerechnet werden.

Bei Kombination von Akupunktur mit Akupressur gibt es zwei Möglichkeiten der Abrechnung.

Nr. 269a und Nr. 523 oder

Nr. 269a mit erhöhtem Steigerungsfaktor

Begründung: *vermehrte Schwierigkeit und Zeitaufwand durch medizinisch notwendige Ergänzung der Akupunktur mit Akupressurbehandlung*

Manuelle Nadelstimulation

Prinzipiell gehört die Stimulation der gesetzten Nadeln zur Akupunkturleistung. Es ist nicht möglich, sie im Rückgriff auf irgendwelche physikalisch-medizinischen Leistungen aus dem Bereich Massage oder Krankengymnastik gesondert zu berechnen. Freilich können bestimmte Nadeltechniken, sofern sie über das übliche Maß einer „normalen bzw. durchschnittlichen Akupunkturbehandlung“ hinausgehen, Auswirkungen auf den Steigerungsfaktor haben. Dies kann z. B. bei einer ausgedehnten intramuskulären Stimulation (= dry needling) der Schulter-Nacken-Region der Fall sein, da diese Technik besondere anatomische Kenntnisse und manuelle Fertigkeiten erfordert, besonders zeitaufwändig und schwierig ist und bei nicht ausreichender Befähigung ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko aufweisen kann.

Elektrostimulationsakupunktur

Bei der elektrischen Nadelstimulation oder Elektrostimulationsakupunktur (nicht Elektroakupunktur nach Voll EAV) handelt es sich um die elektrische Reizung von Akupunkturadeln.

Sie bedeutet einen erhöhten Zeit- und Geräteaufwand, Ausschlüsse und Risiken (Metallimplantate, Herzschrittmacher) sind zu berücksichtigen.

Die elektrische Punktstimulation im Rahmen der Akupunktur ist in der GOÄ nicht ausdrücklich geregelt.

Zwei Wege der Abrechnung stehen zur Verfügung:

Abrechnung der elektrischen Nadelstimulation als eigene, die Akupunktur ergänzende Therapie:

GOÄ Nr. 551 Reizstrombehandlung 48

Punkte 1,8-fach 5,04 € 2,5-fach 6,99 €

→ Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach Nrn. 535, 536, 538, 539, 549, 552, oder 747 an demselben oder denselben Körperteilen angewandt, so ist nur die höher bewertete Leistung berechnungsfähig. Der Steigerungsfaktor beträgt maximal 1,8, mit Begründung maximal 2,5.

Daher ist es dem Aufwand angemessener, die elektrische Nadelstimulation als Bestandteil einer aufwändigen Akupunkturbehandlung über die Erhöhung des Faktors zu Nr. 269a abzurechnen.

Ohrakupunktur und andere Mikrosystemakupunkturen

Ohrakupunktur

Da die GOÄ unter den Nrn. 269 und 269a die Nadelstichakupunktur nicht weiter spezifiziert, fällt darunter jede Art von Akupunktur, also auch die Ohrakupunktur wie auch alle anderen Mikrosystemakupunkturen. Es ist nicht zulässig, Ohr- und Körperakupunktur nebeneinander in einer Sitzung doppelt abzurechnen.

Da die Ohrakupunktur meist weniger zeitaufwendig ist als die Körperakupunktur, wird sich seltener als bei der Körperakupunktur die Notwendigkeit und Berechtigung zur Steigerung des Faktors ergeben. Andererseits kann die Suche individuell empfindlicher Punkte im Mikrosystembereich bei schwierigen Fällen besonders zeitaufwendig sein und daher eine Steigerung über den 2,3fachen Satz rechtfertigen, z.B. die Very-Point® - Technik. Wenn bei der Ohrakupunktur der Nogier-Reflex (= RAC = VAS) angewandt wird, rechtfertigt dies den Ansatz der Nr. 831 „Vegetative Funktionsdiagnostik“.

Mundakupunktur

Die Mundakupunktur nach Gleditsch entspricht zwar dem Akupunkturgedanken, ist aber genau genommen eine Quaddel- und Infiltrationstherapie und daher mit den Nrn. 266 abzurechnen. Wird sie mit Körperakupunktur kombiniert, kann zusätzlich die Nr. 269 bzw. 269a angesetzt werden. Wird im Bereich des Retromolarraums tief infiltriert, kann zusätzlich die Nr. 267 berechnet werden. Bei Injektion in verschiedenen Quadranten ist die Nr. 268 möglich.

GOÄ Nr. 266 Quaddelbehandlung, je Sitzung

60 Punkte 2,3-fach 8,04 € 3,5-fach 12,24 €

GOÄ Nr. 267 Infiltrationsbehandlung, eine Körperregion, je Sitzung

80 Punkte 2,3-fach 10,72 € 3,5-fach 16,32 €

GOÄ Nr. 268 Infiltrationsbehandlung mehrere Körperregionen, je Sitzung

130 Punkte 2,3-fach 17,43 € 3,5-fach 26,52 €

Wenn zusätzlich zur Akupunktur die Nr. 266, 267 bzw. 268 berechnet wird, sollte dies mit den aufgeführten Diagnosen nachvollziehbar sein.

Beispiele:

Diagnose: „chronisches Schmerzsyndrom mit (V. a.) Zahnstörfeld“

Behandlung: Körperakupunktur und Mundakupunktur

→ Abrechnung: GOÄ Nr. 269a – 266

Diagnose: „chronisch entzündlicher Knieschmerz; V. a. Störfeld im Mundbereich“

Behandlung: Körperakupunktur, Mundakupunktur, Neuraltherapie beider Tonsillen(-narben)

→ Abrechnung: GOÄ Nr. 269a – 266 – 268

Diagnose: „chronisches Cervikalsyndrom mit Störung des Kiefergelenks und des stomatognathen Systems; Bruxismus“

Behandlung: Körperakupunktur, Ohrakupunktur, Infiltration des Retromolarraums und Akupunktur

→ Abrechnung: GOÄ Nr. 269a – 266 – 267

Schädelakupunktur

Die japanische Schädelakupunktur nach Yamamoto (YNSA) und die chinesische Schädelakupunktur werden im Prinzip genauso wie Körperakupunktur bzw. Mikrosystemakupunktur abgerechnet. Sofern auch die aufwendige japanische Bauchdeckendiagnostik angewandt wird mit laufenden Kontrollen des Therapieerfolgs, stehen dafür zwei Wege der Abrechnung offen:

Nr. 831 oder

Nr. A 6 (Halsdiagnostik) bzw. Nr. A 7 (Bauchdeckendiagnostik) im Analogverfahren

Herd und Störfeld

Zur Herd- und Störfeldsuche und deren Behandlung im Rahmen der Akupunkturtherapie werden zwei Wege beschriften:

Wenn allein mit Akupunkturadeln Narben umstochen („entstört“) werden, ist dies Teil der Akupunkturbehandlung und darf nicht mit zusätzlichen Nummern berechnet werden. Der zusätzliche Zeitaufwand und die vermehrte Schwierigkeit können aber mit einem erhöhten Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

Wenn mit einer Spritze gearbeitet wird, decken die zusätzliche Nummern 266, 267, 268 und weitere den Sachverhalt ab.

Laser

Die Laserpunktur ist in der GOÄ nicht vorgesehen. Ihre Wirksamkeit ist nach Evidence-based-medicine-Kriterien bisher weniger gesichert als die der Nadelstichakupunktur. Daher könnten Versicherungen, auch Gerichte und Gutachter hier eher Einwände erheben. Im Kommentar von Brück wird daher die Zuordnung der Laserakupunktur zur therapeutischen Laserbestrahlung abgelehnt. Allerdings beruft sich hier der Kommentar aus dem Deutschen Ärzteverlag auch in der Ausgabe von 2002 noch auf 20 Jahre alte Literatur.

Die Abrechnung könnte über eine Analogbewertung zu den Lichttherapie-Nummern GOÄ 560 bis 569 erfolgen aber Problemen machen. Der zeitliche und Geräteaufwand ist damit ohnehin nicht im Mindesten abgegolten. Daher besser:

Analogberechnung als Akupunktur nach Nr. A269/A269a „Laserakupunktur analog § 6 (2) GOÄ ...“. Gegebenenfalls wird man hier dem höheren Zeitaufwand und Kostenaufwand für die Geräteanschaffung durch eine Steigerung des Faktors berücksichtigen.

Die zweite Möglichkeit ist rechtlich korrekt und unangreifbar, da die Laserakupunktur mit der Nadelstichakupunktur am ehesten zu vergleichen ist. Ein entsprechender Punktwert ist gerechtfertigt, da die Laserakupunktur mindestens so zeitaufwendig wie die Körperakupunktur ist und relativ hohe Gerätekosten erfordert. Die medizinische Notwendigkeit für den Ersatz der Nadelstichmethode durch die Laserbestrahlung sollte aus dem Kontext klar hervorgehen. Die Anwendung gepulster Laser erlaubt keine zusätzliche Berechnung.

→ Evt. schriftliche Vereinbarung zur Analogabrechnung der Laserakupunktur.

Krankengymnastik und Massage

Häufig wird im Zusammenhang mit einer Akupunkturbehandlung des Bewegungssystems eine krankengymnastische Unterweisung zum selbständigen Üben oder Massage indiziert sein.

GOÄ Nr. 506 Krankengymnastische Ganzbehandlung

120 Punkte	1,8-fach	12,59 €	2,5-fach	17,49 €
------------	----------	---------	----------	---------

GOÄ Nr. 507 Krankengymnastische Teilbehandlung

80 Punkte	1,8-fach	8,39 €	2,5-fach	11,66 €
-----------	----------	--------	----------	---------

GOÄ Nr. 520 Teilmassage

45 Punkte	1,8-fach	4,72 €	2,5-fach	6,56 €
-----------	----------	--------	----------	--------

GOÄ Nr. 521 Großmassage

65 Punkte	1,8-fach	6,82 €	2,5-fach	9,47 €
-----------	----------	--------	----------	--------

GOÄ Nr. 523 Massage extramuskulär (Bindegewebe, Periost, Lymphbahnen)

65 Punkte	1,8-fach	6,82 €	2,5-fach	9,47 €
-----------	----------	--------	----------	--------

Diese haben keine zeitliche Mindestanforderung. Es können z. B. Massagen oder Dehnübungen für einzelne Muskelgruppen, z. B. nach intramuskulärer Stimulation (= Dry needling) sein oder auch Meridianmassagen (z.B. nach Penzel).

Diätplan

Ernährungsratschläge sind Inhalt der allgemeinen ärztlichen Beratung und mit den entsprechenden Nummern (1 oder 3) abgegolten. Dagegen ist ein individueller Ernährungsplan gesondert berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 76 Schriftlicher, individueller Diätplan

70 Punkte 2,3-fach 9,38 € Voraussetzungen 3,5-fach 14,28 €

für die Abrechenbarkeit eines Diätplans

schriftlich

individuell

Formblätter genügen nicht, aber man kann auf ihrer Grundlage einen individuellen Diätplan durch handschriftliche Ergänzungen erstellen bzw. einen individuellen Diätplan aus Textblöcken generieren. An Umfang und Ausführlichkeit eines Diätplanes werden keine Mindestanforderungen gestellt.

Die medizinische Notwendigkeit soll sich schon aus den Rechnungsdiagnosen ergeben, da die Kommentare der GOÄ und die Versicherer zunächst nur die Diagnosen der konventionellen Medizin als Voraussetzungen für einen individuellen Diätplan betrachten

Beispiel:

„Chronische Sinusitis mit anhaltendem Kopfschmerz; chronisch rezidivierende Infekte bei Kältekrankheit im Sinne der Chinesischen Medizin infolge einer Fehlernährung“.

Dr. med. Wolfram Stör hat sich
bereits in seiner Dissertation
mit der "sprechenden Medizin" und ihrer
(Nicht-)Berücksichtigung in
ärztlichen Gebührenordnungen
beschäftigt. Er hat seit 1995 in über 100
medizinischen Gutachten für deutsche
Gerichte
auch zu gebührenrechtlichen
Fragen Stellung genommen.
stoer@daegfa.de