

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/Laborleistungen:

„Segelanweisung“ zur Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen

Der Bundesärztekammer ist es nach langwierigen Verhandlungen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gelungen, per Jahresbeginn eine gemeinsam getragene Auslegung der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel M „Laboratoriumsuntersuchungen“ – soweit es den Anwendungsbereich der Minderungspflicht nach Nr. 2a GOÄ betrifft – zu erreichen. Die bisherige Auslegung der Bundesärztekammer wird deshalb nicht mehr aufrechterhalten (DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 28–29/1988). Trotz grundsätzlicher Bedenken gegenüber einer „Kataloglösung“, die unabhängig von der tatsächlichen Praxisausstattung eine Minderungspflicht (40 Prozent) bejaht, ist die jetzt erzielte Kompromißlösung auch im Einvernehmen mit der Mehrzahl der betroffenen Arztgruppen angestrebt worden, um mehr Abrechnungsklarheit zu erreichen. Voraussetzung für eine einvernehmliche Interpretation war, daß das Bundesarbeitsministerium von der Kumulation beider möglichen Auslegungen, die eine zu weitgehende Anwendung der Minderungspflicht nach sich gezogen hätte, abrückte.

Der mit dem Bundesarbeitsministerium vereinbarte Katalog beinhaltet Untersuchungen, die in Auslegung der Nr. 2a) Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen in der Arztpraxis zu Kapitel M – unabhängig von der tatsächlichen Art der Erbringung – zur Zeit einer Minderungspflicht unterliegen und deshalb mit dem Buchstaben P zu kennzeichnen sind. Die Regelung des Absatzes 2 der Nr. 2a) der Allgemeinen Bestimmungen, wonach aus den dort genannten besonderen Gründen eine Minderung entfällt, bleibt hiervon unberührt. In diesen Fällen sind die Gebührennummern mit dem Buchstaben E zu kennzeichnen.

Nach einem Rundschreiben des Bundesarbeitsministeriums trifft dies insbesondere zu für die Erstellung von Blutzucker-Tagesprofilen und für Blutzucker-Belastungstests nach Nummer 3661 des Gebührenverzeichnisses sowie die Bestimmung der partiellen Thromboplastinzeit (Nr. 3964), der Plasma-thrombingerinnungszeit (Nr. 3966) und der Thromboplastinzeit nach Quick (Nr. 3970), sofern die Ergebnisse dieser Tests sofort zur Verfügung stehen oder die Untersuchungen sofort in der Praxis erbracht werden müssen.

Aus dem neuen „Zuordnungskatalog“ ist aufgrund fachlicher Einwendungen der Bundesärztekammer ein Teil der Laboruntersuchungen gestrichen worden, die üblicherweise nicht mechanisiert erbracht werden können. Obgleich nicht allen Bedenken der Bundesärztekammer Rechnung getragen worden ist, ist die jetzige Lösung unter dem Aspekt, daß das Kapitel Laboratoriumsuntersuchungen in absehbarer Zeit wieder überarbeitet werden wird, akzeptabel.

Der Katalog enthält folgende Untersuchungen (nach Gebührenordnungsnummern), die grundsätzlich minderungspflichtig sind:

3621, 3623, 3625, 3627; 3661 bis 3664; 3681 bis 3686; 3691, 3692, 3693; 3701 bis 3748; 3787, 3790; 3838, 3858: nur bei Ligandenbindungsanalysen (zum Beispiel: Enzym-, Fluoreszenz-, Fluoreszenzpolarisations-, Chemolumineszenzimmunoassays); 3964, 3966, 3970; 4146; 4242; 4428: nur bei der Bestimmung von: IgA, IgG, IgM, Transferrin.

(Untersuchungen, die im Beispielskatalog des Verordnungstextes aufgeführt sind, sind unterstrichen.)

Der Katalog ist abschließend. Er soll spätestens Ende 1989 überprüft werden, um eventuell neue

Entwicklungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus werden folgende Hinweise zur Anwendung der Allgemeinen Bestimmungen in Abstimmung mit dem Bundesarbeitsministerium gegeben:

1. Nr. 4205:

Von einer Aufnahme der Nr. 4205 in den Katalog ist abgesehen worden. Zwingende Voraussetzung für den Ansatz dieser Gebührennummer ist auch die Durchführung der quantitativen Differenzierung des gefärbten Blutaustrieches. Geräte, die in der Lage sind, diese Anforderung zu erfüllen, haben noch nicht den Verbreitungsgrad, der eine Aufnahme der Nr. 4205 in den oben angegebenen Katalog rechtfertigen würde.

Sofern eine quantitative Differenzierung des gefärbten Blutaustrieches nicht durchgeführt wurde, ist ein Ansatz der Nr. 4205 nicht gerechtfertigt. In diesen Fällen kann allenfalls die Nr. 4200 (evtl. die Nr. 4201) zusammen mit der Nr. 3625 abgerechnet werden.

2. Nrn. 4200/4201:

Die Leistungsbeschreibung dieser beiden Positionen stellt bereits auf die mechanisierte Untersuchung ab; eine Kürzung nach Nr. 2a der Allgemeinen Bestimmungen entfällt. Wengleich auch unlogisch, sind aus Gründen der Abrechnungsklarheit diese Leistungen mit M zu kennzeichnen.

3. Die in Nr. 2b) vorgeschriebene Kennzeichnungspflicht ist im Rahmen der in Nr. 2a) 1. Absatz aufgezählten Kataloge auf die anzugebende Einzeluntersuchung, nicht jedoch auf den anzusetzenden Höchstwert, anzuwenden.

4. Sind im Rahmen eines Kataloges, für den ein Höchstwert vorgesehen ist, einzelne Parameter automatisiert (P), andere manuell (M oder E) erstellt worden, ist der für manuelle Untersuchungen geltende Höchstwert anzusetzen, wenn die Zahl der manuell erbrachten – mit M oder E zu kennzeichnenden – Parameter überwiegt. Wegen der erforderlichen Abrechnungsklarheit hat sich die Bundesärztekammer dieser Betrachtungsweise des Bundesarbeitsministers angeschlossen.

Dipl.-Kfm. Renate Hess, BÄK