

Empfehlung zur analogen Abrechnung reisemedizinischer Leistungen nach der GOÄ

Teil II – Praxisfälle und vertiefende Erläuterungen

Fallbeispiele, hausärztliche Sonderfälle und ausführliche Anwendungshinweise

Deutsche Fachgesellschaft für Reisemedizin e. V. (DFR)

Stand: August 2026

Hinweis: Dieser Teil baut auf den Grundlagen und Abrechnungsregeln aus Teil I auf

1. Abrechnungsbeispiele

Beispiel 1 – Folgetermin einer Tollwut-Impfserie (aufwendiges reisemedizinisches Impfschema):

Ziffer	Leistung	Einfachsatz	Faktor	Betrag
Impfstoff	Rabipur, Ch.-B.	–	–	63,07 €
A1	Arzt-Patienten-Kontakt, aufwendiges Impfschema reisemedizinische Impfung	4,66 €	3,5	16,31 €
A5	Untersuchung Impfstelle (17:08 Uhr), aufwendiges Impfschema	4,66 €	3,5	16,31 €
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan)	4,66 €	3,5	16,31 €
A70	Erläuterung aktueller Informationen, Aushändigen von Informationsmaterial	2,33 €	3,5	8,16 €
Summe				120,16 €

Beispiel 2 – Parallelimpfung an einem Termin (Tollwut + Meningokokken ACWY): Der erste Impfkomples wird wie in Beispiel 1 aufgebaut (hier mit Faktoren 2,3 bzw. 2,8 bei besonderem Recherche-/Beratungsaufwand, Summe 103,00 €), der zweite Impfkomples mit Nr. 377 statt Nr. 375 sowie eigenem A5-, A1- und A76-Ansatz (Summe 81,00 €); Gesamtsumme 184,00 €.

Beispiel 3 – Reine reisemedizinische Beratung ohne Impfung: Nr. 3 (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, Faktor 2,3 = 20,10 €) zuzüglich A76 (Erstellung eines individuellen Impfplans, Faktor 2,3 = 9,38 €); Summe 29,48 €. Für die kurze Beratung mit Rezeptausstellung (z. B. Malariaphylaxe) mag A3 genügen (Faktor 2,3 = 20,10 €).

Beispiel 4 – Erstkontakt mit eingehender Beratung und Impfung am selben Tag: Da Nr. 3 neben der Impfleistung nicht berechnungsfähig ist, kommt für die eingehende reisemedizinische Beratung und Risikobewertung A804 in Betracht (Faktor 2,3 = 20,10 €), daneben Nr. 5 (symptombezogene Untersuchung, Faktor 2,3 = 10,72 €), Nr. 375 (Schutzimpfung, Faktor 2,3 = 10,72 €) und A76 (Erstellung eines individuellen Impfplans, Faktor 2,3 = 9,38 €) zuzüglich Impfstoffkosten; Summe der ärztlichen Leistungen 50,92 €. Wer auf A804 verzichten möchte, berechnet die Beratung stattdessen nach Nr. 1 (Faktor 2,3 = 10,72 €; Summe 41,54 €).

2. Typische hausärztliche Sonderfälle

Die Abschnitte 4 bis 10 beschreiben den Regelfall der reisemedizinischen Beratung und Impfung. In der hausärztlichen Praxis treten darüber hinaus Konstellationen auf, die in reisemedizinischen Schwerpunktpraxen seltener sind: Familien mit mehreren Kindern, Minderjährige, chronisch kranke und immunsupprimierte Patientinnen und Patienten aus der eigenen Dauerbetreuung, Beratungen ohne Impfung sowie telefonische oder videobasierte Folgekontakte. Die folgenden Hinweise ergänzen die vorstehenden Abschnitte; die dort beschriebenen Grundsätze (Kennzeichnung analoger Leistungen, aufwandsgerechte Wahl des Faktors, Dokumentation) gelten unverändert.

Vorbemerkung zur Abgrenzung gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein großer Teil der hausärztlichen Klientel ist gesetzlich versichert. Schutzimpfungen, die wegen eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts indiziert sind, und die zugehörige reisemedizinische Beratung gehören nach §20i SGB V in Verbindung mit der Schutzimpfungs-Richtlinie grundsätzlich nicht zum Pflichtleistungskatalog der GKV; sie werden als Selbstzahlerleistung nach GOÄ berechnet. Zahlreiche Krankenkassen erstatten Reiseimpfungen und Malariaprophylaxe als Satzungsleistung gegen Vorlage der Rechnung, bei beruflich bedingten Auslandsaufenthalten ist in der Regel der Arbeitgeber kostenpflichtig. Voraussetzung der privaten Berechnung gegenüber gesetzlich Versicherten ist, dass die Patientin oder der Patient vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dies schriftlich bestätigt (§18 Abs.8 Nr.2 BMV-Ä); daneben besteht die wirtschaftliche Informationspflicht nach §630c Abs.3 BGB. Standardimpfungen nach den STIKO-Empfehlungen und Indikationsimpfungen, die in der Schutzimpfungs-Richtlinie enthalten sind (z.B. Nachholimpfungen bei Kindern und Jugendlichen, Pneumokokken- oder Hepatitis-B-Impfung bei entsprechender Grunderkrankung), bleiben auch dann Kassenleistung, wenn sie anlässlich einer Reiseberatung erbracht werden; sie dürfen nicht privat liquidiert werden und sind in Dokumentation und Rechnung von den Reiseimpfungen zu trennen. Bei privat Versicherten werden sämtliche Leistungen nach GOÄ berechnet.

2.1 Familienberatung: Eltern mit mehreren Kindern

Die GOÄ kennt keine Gebührenposition für die gemeinsame Beratung mehrerer Personen; Nr.20 betrifft ausschließlich Gruppengespräche im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten. Sämtliche Leistungen sind personenbezogen: Jedes Familienmitglied ist eigener Patient mit eigenem Behandlungsfall, eigener Dokumentation und eigener Rechnung. Für minderjährige Kinder wird die Rechnung an die Sorgeberechtigten als Zahlungspflichtige gerichtet und weist das Kind mit Namen und Geburtsdatum als behandelte Person aus. Getrennte Rechnungen je Person sind einer Sammelrechnung vorzuziehen, weil private Krankenversicherung und Beihilfe personenbezogen erstatten und Kinder häufig anders versichert sind als ihre Eltern (eigener Tarif, Beihilfeberechtigung, gegebenenfalls gesetzliche Versicherung).

Für die Beratung gilt: Die allgemeine Recherche zum Reiseziel (Epidemiologie, Einreisebestimmungen, aktuelles Ausbruchsgeschehen) wird für die Familie nur einmal erbracht. Sie kann daher nur einmal als Begründung für einen erhöhten Faktor („besonderer Recherche- und Beratungsaufwand“, Abschnitt 6) herangezogen werden – sinnvollerweise bei der zuerst beratenen Person. Die individuelle Risikobewertung (Alter, Vorerkrankungen, Impfstatus, Körpergewicht, Schwangerschaft oder Stillzeit, altersabhängige Zulassung der Impfstoffe) ist dagegen für jede Person gesondert zu erbringen und zu dokumentieren; sie rechtfertigt je Person eine eigene Beratungsleistung nach Nr.1 bzw. Nr.3 (ohne Impfung am selben Tag) oder A1 bzw. A804 (am Impftermin, Abschnitte 4 und 5). Der Faktor ist bei jeder Person nach dem tatsächlichen Aufwand zu wählen: Bei

Familienmitgliedern mit identischem Reiseziel und unkompliziertem Impfstatus ist in der Regel der Regelsatz oder ein darunterliegender Faktor angemessen. Bei Kindern ist der Aufwand dagegen häufig höher als bei den Eltern, weil altersabhängige Zulassungsgrenzen und Impfschemata (z. B. Gelbfieber, Japanische Enzephalitis, Typhus, Hepatitis A, vorgezogene Masern-Mumps-Röteln-Impfung), die gewichtsadaptierte Malaria-Chemoprophylaxe und die Abgrenzung zu Standard- und Nachholimpfungen der STIKO zu prüfen sind; ein erhöhter Faktor mit der Begründung „aufwendiges Impfschema, altersabhängige Impfplanung“ ist dann gerechtfertigt.

Weitere Hinweise:

- **Impfplan:** A76 (bzw. Nr.75 bei größerem Umfang) ist je Person berechnungsfähig, sofern für jede Person ein eigener Plan erstellt wird. Ein für alle Familienmitglieder identischer Sammelplan rechtfertigt nur einen Ansatz.
- **Impfungen:** Nr.375 gilt je Person für die erste Impfung; Nr.377 setzt eine weitere Injektion bei derselben Person am selben Termin voraus und darf nicht deshalb angesetzt werden, weil zuvor ein anderes Familienmitglied geimpft wurde. A1, A5 und A70 werden je Person und je Impfung nach den Abschnitten 4 und 8 berechnet; Impfstoff und Charge sind je Person zu dokumentieren.
- **Untersuchung:** Bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ist zu einer Untersuchung nach Nr.5, 7 oder 8 der Zuschlag K1 (120Punkte, 6,99€) berechnungsfähig – nur zum Einzelsatz und nur einmal je Inanspruchnahme.
- **Bezugspersonen:** Eine Fremdanamnese bei den Eltern und deren Unterweisung wird gegebenenfalls über Nr.4 im Behandlungsfall des Kindes abgebildet (Abschnitt 11.2), nicht über eine zusätzliche Beratungsziffer für den Elternteil.
- **Zeitlicher Rahmen:** Gesamtdauer des Familientermins und der auf die einzelnen Personen entfallende Anteil sollten dokumentiert werden, damit die Summe der berechneten Beratungsleistungen in einem plausiblen Verhältnis zum tatsächlichen Aufwand steht.

Beispiel 5 – Familienberatung mit Impfung am selben Tag (Eltern, Kinder 8 und 2 Jahre, Rundreise Tansania): Für jede Person wird ein eigener Leistungskomplex nach dem Muster des Beispiels 4 gebildet (A804, Nr.5, Nr.375, A76, Impfstoff), ausgewiesen auf vier getrennten Rechnungen. Bei der Mutter wird A804 mit dem Faktor 2,8 berechnet (Begründung: Recherche zu Einreisebestimmungen, Malariasituation und Ausbruchsgeschehen; 24,47€), beim Vater und beim 8-jährigen Kind mit dem Regelsatz 2,3 (je 20,10€), beim 2-jährigen Kind mit dem Faktor 3,5 (Begründung: altersabhängige Impfplanung, gewichtsadaptierte Malaria-Chemoprophylaxe; 30,60€). Zur Nr.5 des 2-jährigen Kindes tritt der Zuschlag K1 (6,99€). Die Recherchebegründung wird nur bei einer Person verwendet.

2.2 Minderjährige: Beratung der Sorgeberechtigten oder eigene Beratung des Jugendlichen

Zu unterscheiden sind die zivilrechtliche und die gebührenrechtliche Ebene. **Zivilrechtlich** sind Vertragspartner und Zahlungspflichtige die gesetzlichen Vertreter, in der Regel die Eltern. Ein Minderjähriger kann einen Behandlungsvertrag mit Kostenfolge nicht wirksam allein schließen (§§107 ff. BGB); Behandlungsvertrag, Kostenaufstellung und – bei gesetzlich Versicherten – die schriftliche Selbstzahlererklärung sind daher mit den Sorgeberechtigten zu vereinbaren, auch wenn ein Jugendlicher allein in die Praxis kommt. Die Rechnung wird an die Sorgeberechtigten gerichtet und nennt den Minderjährigen als behandelte Person. Davon zu trennen ist die Einwilligung in die Impfung: Sie ist von den Sorgeberechtigten zu erteilen; ein einsichts- und urteilsfähiger Jugendlicher

ist zusätzlich selbst aufzuklären und muss zustimmen. Erscheint ein Jugendlicher ohne Begleitung, sollte die Einwilligung der Sorgeberechtigten vor der Impfung schriftlich vorliegen.

Gebührenrechtlich ist der Minderjährige der Patient. Wird das Beratungsgespräch mit den Eltern über das Kind geführt, ist dies die Beratung des Kindes; sie wird nach Nr.1 bzw. Nr.3 (ohne Impfung) oder A1 bzw. A804 (am Impftermin) im Behandlungsfall des Kindes berechnet – nicht zusätzlich als Beratung des Elternteils. Bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgen Anamnese und Beratung notwendigerweise über die Eltern („mittelbare Beratung“); nach überwiegender Kommentierung rechtfertigt dies allein noch nicht den zusätzlichen Ansatz der Nr.4. Nr.4 (Erhebung der Fremdanamnese und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en), 220Punkte, 12,82€; Faktor 2,3 = 29,49€) kommt in Betracht, wenn über die gewöhnliche Beratung hinaus ein eigenständiger, dokumentierter Aufwand entsteht, etwa die Erhebung einer differenzierten Fremdanamnese (Vorerkrankungen, Allergien, Dauermedikation, frühere Impfreaktionen, Impfstatus aus mehreren Quellen) oder die Unterweisung der Eltern in die Durchführung der Malaria-Chemoprophylaxe und der Expositionsprophylaxe beim Kleinkind, in das Verhalten bei Fieber oder Durchfall auf der Reise und in den Umgang mit einer Notfallmedikation. Zu beachten ist: Nr.4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig, unabhängig von der Zahl der Bezugspersonen; sie ist nicht neben Nr.3 berechnungsfähig, weil Nr 3 nur als einzige Leistung oder neben Untersuchungen nach den Nrn.5 bis 8, 800 und 801 berechnet werden darf, wohl aber neben Nr.1 bzw. A1 und neben Impfleistungen; die Anwesenheit des Kindes ist nicht erforderlich. Die Leistungslegende spricht von einem „Kranken“; bei gesunden Reisenden wird der Ansatz von Kostenträgern teilweise beanstandet, weshalb der besondere Aufwand (Inhalt und Dauer) in der Akte festzuhalten ist.

Jugendliche, die selbst beraten werden können (in der Regel ab dem Schulalter, bei eigenständigen Reisen wie Schüleraustausch, Sprachreise, Work-and-Travel oder Au-pair-Aufenthalt stets), werden mit dem Jugendlichen als Patient nach Nr.1 bzw. Nr.3 oder A1 bzw. A804 beraten. Nehmen die Eltern am selben Gespräch teil, entsteht dadurch keine zweite Beratungsleistung; nur eine zusätzliche, eigenständige Unterweisung der Eltern (z.B. zur Organisation von Impfserie und Prophylaxe während eines längeren Auslandsaufenthalts ohne Eltern) kann als Nr.4 neben Nr.1 bzw. A1 berechnet werden. Für die bei eigenständig reisenden Jugendlichen regelmäßig erforderlichen Unterlagen gilt: schriftlicher Impf- und Prophylaxeplan nach A76 bzw. Nr.75; Impfbescheinigung für Schule, Gastfamilie oder Programmträger – auch in englischer Sprache – nach Nr.70 (kurze Bescheinigung) oder bei ausführlichem Inhalt nach Nr.75; der Mehraufwand einer fremdsprachigen Ausfertigung wird über den Faktor abgebildet.

2.3 Immunsupprimierte Patientinnen und Patienten sowie relevante chronische Erkrankungen

Hier ist die reisemedizinische Beratung regelmäßig aufwendiger als im Normalfall: Kontraindikationen für Lebendimpfstoffe (Gelbfieber, Masern-Mumps-Röteln, Varizellen, orale Typhusimpfung), die zeitliche Abstimmung von Impfungen mit einer bestehenden oder geplanten immunsuppressiven Therapie, die voraussichtlich verminderte Impfantwort mit gegebenenfalls erforderlicher serologischer Kontrolle, Wechselwirkungen von Malariamitteln mit der Dauermedikation, die Anpassung der Dauermedikation an Zeitverschiebung und Klima, Fragen der Reisefähigkeit sowie die Abstimmung mit den mitbehandelnden Fachärztinnen und Fachärzten (Rheumatologie, Onkologie, Gastroenterologie, Transplantationszentrum, HIV-Schwerpunkt). Gebührenrechtlich kommen folgende Positionen in Betracht:

- **Beratung:** Nr.3 ohne Impfung am selben Tag, A804 am Impftermin (Abschnitt 5). Der Aufwand rechtfertigt hier typischerweise einen erhöhten Faktor bis 3,5 mit der Begründung

„Beurteilung der Impffähigkeit unter Immunsuppression, Prüfung von Kontraindikationen und Interaktionen“. Eine mehr als einmalige Berechnung der Nr.3 im Behandlungsfall (z.B. Erstberatung und erneute eingehende Beratung nach Rücksprache mit dem Facharzt) ist mit Begründung zulässig.

- **Untersuchung und Labor:** Nr.5, 7 oder 8 nach Indikation, z.B. Ganzkörperstatus (Nr.8) zur Beurteilung von Reisefähigkeit und Kontraindikationen; Blutentnahme nach Nr.250 (40 Punkte, 2,33€) und die indizierten Laborleistungen des Abschnitts M (Gebührenrahmen 1,0 bis 1,3, Regelsatz 1,15), etwa serologische Titerkontrollen vor oder nach der Impfung oder die G6PD-Bestimmung vor einer Verordnung von Primaquin oder Tafenoquin.
- **Nr.34** (Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung, Dauer mindestens 20 Minuten, 300 Punkte, 17,49 €; Faktor 2,3 = 40,22 €) ist keine Gebührenposition für die reisemedizinische Beratung chronisch Kranker. Sie setzt nach ihrer Leistungslegende voraus, dass die Erörterung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder der erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung erfolgt. Nur in dieser – seltenen – Konstellation, etwa wenn kurz nach der Diagnose einer solchen Erkrankung erörtert wird, ob und wie eine seit langem geplante Fernreise, ein längerer Auslandsaufenthalt oder eine Auswanderung noch möglich ist, kann Nr. 34 zutreffen. Sie ist innerhalb von sechs Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig, nicht neben den Nrn. 1, 3, 4 und 15 (und damit auch nicht neben A1 oder A804 für denselben Gesprächsinhalt), nicht telefonisch erbringbar und nicht als Analogziffer verwendbar; die zugrunde liegende Diagnose ist auf der Rechnung anzugeben.
- **Nr. 15** (Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken, 300 Punkte, 17,49 €; Faktor 2,3 = 40,22 €) ist nur einmal im Kalenderjahr berechnungsfähig und beschreibt einen fortlaufenden Koordinationsprozess, nicht die einmalige Abstimmung anlässlich einer Reise. Sie kommt daher nur in Betracht, wenn die Hausärztin oder der Hausarzt die chronisch kranke Person ohnehin kontinuierlich betreut, die reisebezogene Koordination (Abstimmung von Therapiepause und Impfzeitpunkten mit dem Facharzt, Organisation von Titerkontrollen, Anpassung der Medikation) Teil dieser Betreuung ist und Nr. 15 im laufenden Kalenderjahr noch nicht berechnet wurde. Bei gesetzlich Versicherten ist die Koordination der Behandlung der chronischen Erkrankung Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und darf nicht privat berechnet werden. Nr. 15 ist im Behandlungsfall nicht neben Nr. 4 berechnungsfähig.
- **Konsiliarische Erörterung:** Die telefonische oder videobasierte Abstimmung mit der mitbehandelnden Fachärztin oder dem Facharzt über Impfzeitpunkte, Therapiepausen oder die Auswahl der Malariaphylaxe ist – sofern es sich um eine tatsächliche Erörterung des Vorgehens und nicht nur um einen Befund- oder Informationsaustausch handelt – nach Nr. 60 (konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt, 120 Punkte, 6,99 €; Faktor 2,3 = 16,09 €) berechnungsfähig; Datum, Uhrzeit, Gesprächspartner und Fragestellung sind zu dokumentieren; in derselben Sitzung wie Nr. 3 ist Nr. 60 nicht berechnungsfähig. Eine ausführliche schriftliche Anfrage oder ein Bericht mit Anamnese, Befund und Bewertung entspricht Nr. 75.
- **Schriftliche Unterlagen:** Der individuelle Impf- und Prophylaxeplan ist bei dieser Patientengruppe regelmäßig umfangreicher (Berücksichtigung der Diagnosen und der Medikation) und entspricht daher eher Nr. 75 als A76 (Abschnitt 4). Kurze Bescheinigungen nach Nr. 70, etwa über die mitgeführte Dauermedikation für Zoll und Fluggesellschaft, sind je Bescheinigung berechnungsfähig; fremdsprachige Ausfertigung und Umfang werden über den Faktor abgebildet. Eine Bescheinigung über eine medizinische Kontraindikation gegen

die Gelbfieberimpfung (Exemption Certificate nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften) darf nur eine zugelassene Gelbfieberimpfstelle ausstellen. Bescheinigungen, die nicht der Heilbehandlung dienen (z. B. für Reiseveranstalter oder Versicherungen), unterliegen der Umsatzsteuer, sofern nicht die Kleinunternehmerregelung greift.

- **Abgrenzung zur GKV:** Für viele chronisch Kranke und Immunsupprimierte sind bestimmte Impfungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie Indikationsimpfungen zulasten der GKV (z.B. Pneumokokken, Influenza, Herpes zoster, Hepatitis B, Meningokokken bei Asplenie oder Komplementdefekten, Varizellen vor geplanter Immunsuppression). Sie sind auch dann über die Krankenkasse abzurechnen, wenn sie im Rahmen der Reiseberatung aufgefrischt oder nachgeholt werden; nur die reisebedingten Impfungen und die reisemedizinische Beratung sind Selbstzahlerleistungen.

2.4 Alleinige Impfpasskontrolle ohne nachfolgende Impfung

Häufig soll nur geprüft werden, ob der vorhandene Impfschutz für ein Reiseziel ausreicht. Ergibt die Prüfung, dass keine Impfung erforderlich ist, ändert das nichts an der erbrachten ärztlichen Leistung: Erhebung der Reisedaten, Durchsicht des Impfausweises, Abgleich mit den aktuellen Empfehlungen und Einreisebestimmungen, Bewertung von Auffrischintervallen und Beratung über verbleibende Risiken (Malaria, Expositionsprophylaxe, Reisedurchfall, Unfall- und Versicherungsfragen). Diese Leistung wird nach Nr. 1 oder – bei eingehender, das gewöhnliche Maß übersteigender Beratung von in der Regel mindestens zehn Minuten – nach Nr. 3 berechnet. Da an diesem Tag keine Impfung erfolgt, ist Nr. 3 originär und ohne Analogbewertung berechnungsfähig; Imp fziffern, A1 und A5 entfallen, weil weder eine Impfung noch eine Impfbegleitung stattfindet. Die Sichtung mitgebrachter Unterlagen ist Bestandteil der Beratung und nicht gesondert berechnungsfähig; Nr. 5 setzt eine tatsächlich durchgeführte symptombezogene Untersuchung voraus.

Hinzu kommen gegebenenfalls Nr. 70 für eine kurze schriftliche Bestätigung des ausreichenden Impfschutzes (z.B. für Arbeitgeber, Schule oder Programmträger, auf Wunsch in englischer Sprache) sowie A76 bzw. Nr.75, wenn – etwa wegen künftig fälliger Auffrischimpfungen oder für weitere geplante Reisen – dennoch ein individueller Impfplan erstellt wird. Der Faktor richtet sich nach dem Aufwand: Für die kurze Kontrolle mit eindeutigen Ergebnis ist ein Faktor unter dem Regelsatz angemessen (Abschnitt 6), für die eingehende Prüfung bei komplexem Reiseziel der Regelsatz oder – mit Begründung – ein höherer Faktor. Wird der Impfausweis lediglich abgegeben und das Ergebnis ohne ärztliches Gespräch mitgeteilt, kommt allenfalls Nr.2 (Übermittlung ärztlicher Anordnungen ohne Beratung, nur als alleinige Leistung) in Betracht; der Aufwand der ärztlichen Durchsicht wird damit nicht angemessen abgebildet, weshalb ein – gegebenenfalls telefonisches – Beratungsgespräch nach Nr.1 vorzuziehen ist. Erfolgt die Impfpasskontrolle beim Erstkontakt und die Impfung an einem späteren Termin, ist sie Teil der Erstberatung und wird nicht zusätzlich berechnet. Bei gesetzlich Versicherten ist die Kontrolle der Standardimpfungen nach STIKO Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung; als Selbstzahlerleistung wird nur die reisebezogene Bewertung berechnet.

2.5 Beratung zu Malaria ohne Impfung

Die Malariaberatung ist eine eigenständige reisemedizinische Beratungsleistung: Risikobewertung nach Region, Reisezeit, Reisestil und Aufenthaltsdauer, Expositionsprophylaxe, Entscheidung zwischen Chemoprophylaxe und notfallmäßiger Selbstbehandlung („Stand-by“), Auswahl des Präparats unter Berücksichtigung von Kontraindikationen, Wechselwirkungen, Alter, Körpergewicht, Schwangerschaft und Stillzeit, Einnahmeschema mit Beginn und Ende, Verhalten bei

Fieber während und nach der Reise sowie die Rezeptaussstellung. Ohne Impfung am selben Tag wird sie nach Nr. 3 (eingehende Beratung) oder – bei kurzer Beratung, z.B. Wiederholungsverordnung mit Aktualisierung der Hinweise – nach Nr. 1 berechnet; einer Analogbewertung bedarf es nicht. Die Rezeptaussstellung ist mit der Beratungsgebühr abgegolten (Nr. 2 betrifft nur Wiederholungsrezepte ohne Beratung). Hinzu kommen gegebenenfalls Nr. 5 oder Nr. 7 bei indizierter Untersuchung, Laborleistungen (z.B. G6PD-Bestimmung vor Primaquin oder Tafenoquin), A76 für eine schriftliche individuelle Einnahme- und Stand-by-Anleitung oder Nr. 75 für einen ausführlichen Prophylaxeplan bei komplexen Routen.

Der Faktor 2,3 ist der Regelfall; Faktoren bis 3,5 sind gerechtfertigt bei Routen durch Gebiete mit unterschiedlicher Resistenzlage, bei Kindern (gewichtsadaptierte Dosierung), in Schwangerschaft und Stillzeit, bei relevanten Wechselwirkungen mit der Dauermedikation oder bei Kombination von Chemoprophylaxe und Stand-by-Konzept (Begründung: „besonderer Beratungsaufwand Malariaprophylaxe“ mit Angabe des Grundes). Erfolgt die Malariaberatung am Impftermin, ist sie Teil der eingehenden reisemedizinischen Beratung und wird über A804 bzw. bei geringerem Umfang über A1 oder A3 (Abschnitt 4) abgebildet; ein zusätzlicher Ansatz der Nr. 3 für denselben Inhalt scheidet aus. Die Arzneimittelkosten sind keine Auslagen nach §10 GOÄ; die Verordnung erfolgt auf Privatrezept, weil Arzneimittel zur Malariaprophylaxe bei privaten Auslandsreisen nicht zulasten der GKV verordnungsfähig sind. Viele Krankenkassen erstatten sie ebenso wie Reiseimpfungen als Satzungsleistung; die Patientin oder der Patient sollte darauf hingewiesen werden, Rechnung und Rezeptkopie aufzubewahren.

Beispiel 6 – Malariaberatung ohne Impfung: Nr. 3 (Faktor 2,3 = 20,10 €) und A76 (schriftliche Einnahme- und Stand-by-Anleitung, Faktor 2,3 = 9,38 €); Summe 29,48 €. Bei einer Schwangeren mit Reise durch Gebiete unterschiedlicher Resistenzlage: Nr. 3 (Faktor 3,5 = 30,60 €, Begründung: besonderer Beratungsaufwand Malariaprophylaxe in der Schwangerschaft, mehrere Risikogebiete) und Nr. 75 (ausführlicher Prophylaxeplan, Faktor 2,3 = 17,43 €); Summe 48,03 €.

2.6 Telefonische oder videobasierte Folgeberatung

Typische Anlässe sind Rückfragen zur Verträglichkeit einer Impfung, die Mitteilung von Recherche- oder Laborergebnissen mit Beratung, die Anpassung des Impf- oder Prophylaxeplans bei geänderter Reiseroute, die Nachbesprechung nach Rücksprache mit dem Facharzt oder die Verordnung einer vergessenen Stand-by-Medikation. Die Nrn. 1 und 3 sind nach ihrer Leistungslegende ausdrücklich „auch mittels Fernsprecher“ berechnungsfähig. Nach den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen (Deutsches Ärzteblatt vom 26. Juni 2020, abgestimmt mit PKV-Verband und Beihilfe) ist die Videosprechstunde eine besondere Ausführung der Beratung mittels Fernsprecher, sodass Nr. 1 bzw. Nr. 3 originär berechnet werden; eine Beratung per E-Mail wird analog Nr. 1, eine visuelle symptombezogene Untersuchung per Video (z.B. Beurteilung einer Impfreaktion) analog Nr. 5 bewertet. Nr. 3 setzt auch telefonisch eine eingehende Beratung von in der Regel mindestens zehn Minuten voraus und ist nur als einzige Leistung des Tages (bzw. neben den Nrn. 5 bis 8) berechnungsfähig; die reine Übermittlung eines Befundes oder die Ausstellung eines Wiederholungsrezepts ohne Beratung entspricht Nr. 2. Nr. 4 (Unterweisung der Bezugsperson, z.B. der Eltern eines reisenden Jugendlichen) und Nr. 60 (konsiliarische Erörterung) können ebenfalls telefonisch erbracht werden, Nr. 34 nicht. Die Kosten des Videodiensteanbieters sind Praxiskosten (§4 Abs.3 GOÄ) und nicht gesondert berechnungsfähig.

Zu beachten ist die Allgemeine Bestimmung B2: Im Behandlungsfall (ein Monat ab Erstkontakt) ist Nr. 1 neben Impfleistungen nur einmal berechnungsfähig. Für ein telefonisches oder videobasiertes Folgegespräch innerhalb dieses Monats gilt daher:

- Ist Nr. 1 im Behandlungsfall noch nicht berechnet worden, wird die kurze Folgeberatung nach Nr. 1 berechnet.
- Ist Nr. 1 bereits berechnet worden und bezieht sich das Gespräch auf die laufende Impfsreihe (Verträglichkeit, nächste Dosis, Verhaltenshinweise), handelt es sich um reisemedizinische Impfbegleitung im Sinne des Abschnitts 4; sie wird als A1 mit dem Zusatz „telefonisch“ bzw. „per Video“ berechnet.
- Ist die Beratung eingehend und die einzige Leistung des Tages, ist Nr. 3 originär berechnungsfähig; eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall ist zu begründen (z.B. „erneute eingehende Beratung wegen geänderter Reiseroute“).
- Betrifft das Gespräch eine neue Reise oder liegt der Erstkontakt länger als einen Monat zurück, beginnt ein neuer Behandlungsfall.

Der Faktor ist bei kurzen telefonischen Auskünften unter dem Regelsatz anzusetzen (Abschnitt 6). Zu dokumentieren sind Datum, Uhrzeit, Dauer, Kommunikationsweg und Beratungsinhalt; auf der Rechnung wird der Kommunikationsweg im Leistungstext genannt. Bei gesetzlich Versicherten sollte die telefonische oder videobasierte Folgeberatung bereits in der Kostenaufstellung des Behandlungsvertrags (Abschnitt 9) genannt sein, damit sie von der Selbstzahlererklärung erfasst ist. Berufsrechtlich ist die ausschließliche Fernberatung bei bekannten Patientinnen und Patienten und begrenzter Fragestellung unproblematisch (§7 Abs.4 MBO-Ä); ergeben sich Hinweise auf eine untersuchungsbedürftige Impfreaktion, ist ein Praxistermin zu vereinbaren.

Beispiel 7 – Telefonische Folgeberatung: Anruf am Tag 10 einer Tollwut-Impfsreihe wegen einer Lokalreaktion nach der zweiten Dosis, Dauer fünf Minuten, Nr. 1 im Behandlungsfall bereits beim Erstkontakt berechnet: A1 (telefonische Beratung zur laufenden Impfsreihe, aufwendiges Impfschema, Faktor 1,8 = 8,39 €). Meldet sich derselbe Patient drei Wochen später zu einer geänderten Reiseroute mit erneutem Beratungsbedarf von 15 Minuten, ist Nr. 3 originär berechnungsfähig (Faktor 2,3 = 20,10 €, Begründung für den erneuten Ansatz im Behandlungsfall: geänderte Reiseroute).

Übersicht der Sonderfälle

Konstellation	Empfohlene Positionen	Wesentliche Hinweise
Familienberatung (Eltern mit mehreren Kindern)	Je Person: Nr. 1/3 bzw. A1/A804; A76 oder Nr. 75; Nr. 375, Nr. 377, A1, A5, A70 je Person und Impfung; K1 zu Nr. 5–8 bei Kindern unter 4 Jahren	Getrennte Rechnungen; Recherchebegründung nur einmal; Faktor je Person nach Aufwand; Nr. 377 nur bei derselben Person; GKV-Standardimpfungen nicht privat
Minderjährige	Nr.1/3 bzw. A1/A804 im Behandlungsfall des Kindes; Nr.4 bei eigenständiger Fremdanamnese oder Unterweisung; Nr.70/75 für Bescheinigungen	Vertrag, Kostenaufstellung und Rechnung mit den Sorgeberechtigten; Einwilligung der Sorgeberechtigten; Nr.4 einmal im Behandlungsfall, nicht neben Nr.3; mittelbare Beratung allein begründet Nr.4 nicht

Konstellation	Empfohlene Positionen	Wesentliche Hinweise
Immunsupprimierte und chronisch Kranke	Nr.3 bzw. A804 (Faktor bis 3,5); Nr.5/7/8; Nr. 250 und Labor (Abschnitt M); Nr.60; Nr.75; Nr.70	Nr.34 nur bei Feststellung oder Verschlimmerung einer lebensverändernden Erkrankung; Nr.15 nur bei kontinuierlicher Betreuung, einmal im Kalenderjahr; Indikationsimpfungen der SI-RL bleiben Kassenleistung
Impfpasskontrolle ohne Impfung	Nr.1 oder Nr.3; ggf. Nr.70; ggf. A76 oder Nr.75	Keine Impfziffern, kein A1/A5; Sichtung der Unterlagen ist Teil der Beratung; Faktor nach Aufwand, bei kurzer Kontrolle unter dem Regelsatz
Malariaberatung ohne Impfung	Nr.3 (oder Nr.1); A76 oder Nr.75; ggf. Nr.5/7 und Labor	Rezept mit Beratung abgegolten; Privatrezept, Arzneimittel keine Auslagen; am Impftermin über A804 bzw. A1/A3
Telefonische oder videobasierte Folgeberatung	Nr.1 oder Nr.3 originär (Telefon und Video); A1 bei bereits berechneter Nr.1 im Behandlungsfall; A5 bei Videountersuchung; Nr.2 ohne Beratung	Allgemeine Bestimmung B2 beachten; Dauer und Kommunikationsweg dokumentieren; Nr.34 nicht telefonisch; Technikkosten nicht berechnungsfähig

3. Schlussbemerkungen

Die analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ ist eine Einzelfallentscheidung des liquidierenden Arztes und unterliegt der gerichtlichen Überprüfbarkeit. Private Krankenversicherer und Beihilfestellen sind an diese Empfehlung nicht gebunden; Erstattungskürzungen sind trotz sachgerechter Analogbewertung möglich. Die DFR empfiehlt ihren Mitgliedern, Analogpositionen einheitlich, transparent und mit nachvollziehbarer Begründung zu verwenden, den tatsächlichen Aufwand zu dokumentieren und die Entwicklung der GOÄ-Novellierung sowie die Analogverzeichnisse der Bundesärztekammer fortlaufend zu beobachten. Die DFR wird diese Empfehlung bei Änderungen der Rechtslage oder der Erstattungspraxis aktualisieren.