



MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

41. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 15. April 1988

Nummer 19

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.

Glied-Nr.	Datum	Titel	Seite
203204	14. 3. 1988	RdErl. d. Finanzministers Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen; Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht	330
2160	15. 3. 1988	Bek. d. Landschaftsverbandes Rheinland Öffentliche Anerkennung als Träger der freien Jugendhilfe – Verein Regio Aachen e.V. –	333

II.

Veröffentlichungen, die nicht in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.

Datum	Seite
Ministerpräsident	
16. 3. 1988	333
Bek. – Generalkonsulate der Republik Peru in Frankfurt und Hamburg	
Innenminister	
9. 3. 1988	333
Bek. – Anerkennung von Feuerlöschschläuchen	
9. 3. 1988	334
Bek. – Anerkennung von hydraulischen Rettungsgeräten für Feuerwehren	
Justizminister	
11. 3. 1988	334
Bek. – Ungültigkeitserklärung eines Dienststempels des Amtsgerichts Iserlohn	

203204

I.

**Gewährung von Beihilfen in
Krankheits-, Geburts- und Todesfällen**
Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht

RdErl. d. Finanzministers v. 14. 3. 1988 –
B 3100 – 3.1.6 – IV A 4

Nach § 3 Abs. 1 BVO sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522), zuletzt geändert durch Verordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680). Nach § 1 Abs. 3 GOÄ darf der Arzt Vergütungen grundsätzlich nur für solche Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Soweit er darüber hinaus Leistungen berechnet, die er auf Verlangen des Patienten erbracht hat, sind die entsprechenden Gebühren keine notwendigen und angemessenen Aufwendungen im Sinne des § 3 Abs. 1 BVO.

Zur GOÄ gebe ich nach Anhörung des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales folgende Hinweise:

1 Bemessung der Gebühren (§ 5 GOÄ)

Nach § 5 GOÄ bemäßt sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbäfachen (bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen – § 5 Abs. 3 GOÄ – nach dem Einfachen bis Zwei- einhalbäfachen) des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4 bzw. Abs. 3 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert (2,3/1,8), so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, daß Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ angegebenen Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muß also ersichtlich sein, daß die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind.

Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (wie z.B. bei der Nr. 2687). Wegen des Bemessungskriteriums „örtliche Verhältnisse“ vgl. Nummer 1.3.

1.1 Das Überschreiten der Schwellenwerte rechtfertigen hinsichtlich der unter Nummer 1 aufgeführten Bemessungskriterien grundsätzlich nur solche Besonderheiten, die in der Person des Patienten liegen (**patientenbezogene Bemessungskriterien**), z.B. besondere Erschwerung einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingt starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z.B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus; Nummer 3 letzter Spiegelstrich Satz 2 bleibt unberührt.

1.2 Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen im übrigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (**leistungsbezogene Begründungen**). Verwachsungen im Operationsbereich können z.B. Anlaß für das Überschreiten

des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u.U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z.B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem schweren Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

- 1.3 Zum Bemessungskriterium „örtliche Verhältnisse“ wird darauf hingewiesen, daß dieses Kriterium eine Ausgleichsfunktion für örtlich unterschiedliche Bedingungen hat, wie z.B. unterschiedlich hohe allgemeine Lebenshaltungskosten. Dies bedeutet jedoch nicht, daß das Kriterium in Großstädten generell gebührensteigernd angewendet werden kann. Die Beziehung zum Einzelfall muß auch beim Kriterium örtliche Verhältnisse gewahrt bleiben. Da sich die durch besondere örtliche Verhältnisse bedingten Kostenunterschiede, bezogen auf die einzelne Leistung, nur sehr gering auswirken, bleibt für ihre Berücksichtigung im allgemeinen innerhalb der Regelspanne ausreichend Raum.
- 1.4 Für ambulant durchgeführte Operationen sieht die GOÄ weder spezielle Gebührenpositionen noch besondere Gebührenbemessungskriterien vor. Dieser Umstand reicht deshalb für sich allein als Begründung für das Überschreiten der Schwellenwerte nicht aus. Soweit bei ambulant durchgeführten Operationen im Einzelfall Besonderheiten der Bemessungskriterien vorliegen, muß der Rechnungsaussteller dies darlegen.
- 1.5 Werden von Krankenhausärzten (auch Belegärzten) Leistungen bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen erbracht, so rechtfertigt dies für sich allein nicht das Überschreiten der Schwellenwerte.
- 1.6 Bei Leistungen, die mittels medizinischer Großgeräte erbracht werden (z.B. Computertomographie – Nr. 5343 – 5345 –), ist zu beachten, daß die Gebühr einen hohen Sachkostenanteil enthält und ein Steigerungssatz sich auch auf diesen Anteil erstreckt. Aus diesem Grunde kann die persönliche Leistung des Arztes auch bei überdurchschnittlichen Schwierigkeiten und überdurchschnittlichem Zeitaufwand bei der Auswertung der Untersuchung im allgemeinen innerhalb der Regelspanne angemessen ausgeglichen werden, so daß ein Überschreiten dieser Spanne regelmäßig nicht gerechtfertigt ist.
- 1.7 Die Begründung für die Überschreitung von Schwellenwerten ist nach § 12 Abs. 2 Satz 3 GOÄ auf Verlangen des Patienten näher zu erläutern. Besteht bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie unter Darlegung der Zweifel den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt erläutern zu lassen. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so kann ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes eingeholt oder der Beihilfeberechtigte auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Ärztekammer um Vermittlung zu bitten.
- 1.8 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung eine von der Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (**Abdingung**). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und Anwendung anderer ärztlicher Gebührenordnungen ist nicht zulässig. Auch wenn eine Abdingung nach § 2 GOÄ vorliegt, können Gebühren grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum Höchstsatz (3,5/2,5) ist nach der gegebenen Begründung gerechtfertigt.
- 2 **Selbständige Leistungen (§ 4 Abs. 2 GOÄ)**
Nach § 4 Abs. 2 GOÄ darf der Arzt Gebühren nur für selbständige Leistungen (Haupt- bzw. Zielleistung) berechnen. Leistungen, die Bestandteil einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sind, können neben dieser nicht gesondert in Ansatz gebracht werden.

Welche Leistungen im konkreten Einzelfall berechnungsfähig und welche nicht gesondert berechnungsfähig sind, ergibt sich aus entsprechenden Hinweisen im Gebührenverzeichnis oder aus dem medizinischen, technischen oder zeitlichen Sachzusammenhang.

- 2.1 Leistungen, die sowohl als selbständige Leistungen vorkommen, häufig aber auch Bestandteil einer anderen Leistung sind, werden in der Leistungslegende des Gebührenverzeichnisses im allgemeinen mit dem Zusatz „(nur) als selbständige Leistung (abrechenbar)“ gekennzeichnet. So ist z.B. eine Neurolyse (operative Auslösung eines Nervs) nur dann nach Nr. 2583 bzw. Nr. 2592 abrechenbar, wenn sie als selbständige (Haupt-)Leistung erbracht wird. Neurolysen, die im Zusammenhang mit anderen operativen Eingriffen (z. B. nach Nr. 2585, 2586) anfallen, sind dagegen Bestandteil der Hauptleistung und daneben nicht gesondert berechnungsfähig.
- 2.2 Hinweise darauf, daß eine Leistung Bestandteil einer anderen Leistung und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig ist, ergeben sich auch sonst in zahlreichen Fällen aus den **Leistungslegenden**. So schließt der Leistungsumfang der plastischen Operation nach Nr. 1128 die Leistung nach Nr. 1127 ein; diese wiederum umfaßt den Leistungsinhalt der Nrn. 1125 und 1126. Neben der Gebühr nach Nr. 1128 dürfen also Gebühren nach Nr. 1125, 1126 und 1127 nicht berechnet werden.
- 2.3 Auch durch die **Allgemeinen Bestimmungen** zu einzelnen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses sind bestimmte Leistungen anderen Leistungen als nicht gesondert berechnungsfähige Nebenleistungen zugeordnet. Z. B. sind/ist nach den Allgemeinen Bestimmungen zu
 - Abschnitt C 1 Wundverbände nach den Nrn. 200 und 204, die im (unmittelbaren zeitlichen) Zusammenhang mit einer operativen Leistung, Punktions-, Infusions-, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, grundsätzlich Bestandteil dieser Leistung;
 - Abschnitt D bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig (also z. B. Nr. 490 nicht neben Nr. 462);
 - Abschnitt L IV Verbände bei Einrenkung von Luxationen Bestandteil dieser Leistung.
- 2.4 Eine Leistung ist im übrigen – ohne besonderen Hinweis im Gebührenverzeichnis – auch dann Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie aus medizinisch-technischer Sicht **Sachzusammenhangs** Voraussetzung für die Ausführung der Leistung ist. Dies bedeutet, daß Leistungen, die nach dem technischen Ablauf der Hauptleistung notwendigerweise miterbracht werden müssen, Bestandteil der Hauptleistung sind und deshalb nicht gesondert berechnet werden können.

Beispiele:

- Das **Öffnen und Verschließen der Brust- oder Bauchhöhle** im zeitlichen Zusammenhang mit einem operativen Eingriff ist mit der Vergütung für diese Leistung abgegolten (vgl. auch die Allgemeinen Bestimmungen zu den Abschnitten H, K und L); das gilt unabhängig davon, in welcher Form die notwendige Nebenleistung erbracht wird (z. B. besondere Schnittführung zur „Optimierung des anatomischen Zugangs“, Intrakutannaht, plastisch-chirurgischer Verschluß). Die Gebühren nach Nr. 2000 bis 2005 können für die im zeitlichen Zusammenhang mit einem operativen Eingriff erforderliche Wundversorgung nicht in Ansatz gebracht werden.
- Die **Befunddokumentation** von Operations- und Untersuchungsergebnissen (z. B. OP-Bericht) ist notwendiger Teil der Hauptleistung und daher nicht gesondert berechnungsfähig. Sie kann nicht gleichgesetzt werden mit dem „Befundbericht mit kritischer Stellungnahme“ (Nr. 15) oder einem „ausführlichen Befund- oder Krankheitsbericht“ (Nr. 16), z. B. für den Hausarzt.
- Mit den **Narkose- bzw. Anästhesiegebühren** nach den Nrn. 453, 460 bis 463 und 469 bis 474 sind grund-

sätzlich alle zur Einleitung und Durchführung einer Narkose bzw. Anästhesie erforderlichen Leistungen abgegolten. Das gilt auch für Infusionen (Nr. 280, 281 und 283 bis 285), die zur Offenhaltung eines venösen Dauerzugangs appliziert werden, für die Narkoseüberwachung mittels Monitor-EKG (Nr. 650) sowie für die apparative Beatmung (Nr. 414, 415, 500 und 501) und für die regelhafte (routinemäßige) Gasanalyse nach Nr. 617 als Teil des Narkoseverfahrens.

Gesondert berechnungsfähig sind Injektionen und Infusionen, die zur Behebung einer Komplikation während eines Narkoseverfahrens erforderlich werden; der Ansatz einer Injektionsgebühr nach Nr. 253 bzw. einer Infusionsgebühr nach Nr. 281 ff bedarf insoweit einer einzelfallbezogenen Begründung. Sofern der Anästhesist neben der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr jedoch nicht mehr als eine Infusionsgebühr nach Nr. 281, 283 oder 284 in Rechnung stellt, kann auf eine Begründung verzichtet werden. Neben einer Infusionsgebühr sind weitere Infusionsgebühren sowie Injektionsgebühren nach Nr. 253 regelmäßig schon deshalb nicht abrechnungsfähig, weil der Leistungsinhalt der Injektion und Infusion eine Punktionsvoraussetzt, die bei der Eingabe von Medikamenten in ein liegendes Infusionssystem nicht vorgenommen wird.

EKG-Leistungen, die während einer Narkose wegen eines drohenden oder eingetretenen Zwischenfalls notwendig werden und deshalb einer **EKG-Registrierung** bedürfen, sind mit der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr nicht abgegolten.

2.5 Nummer 1.7 letzter Satz gilt entsprechend.

3 Entsprechende Bewertung (§ 6 GOÄ)

Nach § 6 GOÄ können selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind und sich auch nicht als eine besondere Ausführung einer anderen Leistung darstellen, entsprechend einer gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Derartige Leistungen sind in dem von der Bundesärztekammer erstellten „Verzeichnis der Analogbewertungen“ enthalten (mein RdErl. v. 30. 4. 1986 – MBl. NW. S. 686/ SMBI. NW. 203204 –).

Ich bitte, bei der Festsetzung der Beihilfen dieses Verzeichnisses zu berücksichtigen. Aufwendungen für eine Kernspintomographie (Nr. 76100) können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn alle anderen diagnostischen Maßnahmen ohne hinreichenden Erfolg ausgeschöpft worden sind.

Die Bundesärztekammer geht davon aus, daß mit dem „Verzeichnis der Analogbewertungen“ alle selbständigen ärztlichen Leistungen, die als solche nicht im Leistungsverzeichnis der GOÄ aufgeführt worden sind oder die so neuartig sind, daß sie bei Inkrafttreten der GOÄ 1982 nicht mehr in das Gebührenverzeichnis einbezogen werden könnten, analog bewertet worden sind. Ein darüber hinausgehender Bedarf für Analogbewertungen kann deshalb grundsätzlich nur für solche ärztlichen Leistungen bestehen, die auf einer Fortentwicklung von medizinischer Wissenschaft und Praxis beruhen und in dem „Verzeichnis der Analogbewertungen“ noch nicht berücksichtigt werden konnten. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer ärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung.

Beispiele:

- Für prae- und postoperative **Aufklärungsgespräche** ist der analoge Ansatz einer Gebühr nach Nr. 804 oder 806 nicht zulässig.
- Für eine **arthroskopische Meniskusoperation** verbietet sich der Ansatz einer Analoggebühr neben oder anstelle der Gebühr nach Nr. 2117, weil es sich insoweit nur um eine andersartige Technik zur Erbringung des Leistungsinhalts dieser Gebührennummer handelt. Neben der Gebühr nach Nr. 2117 können insbesondere Gebühren nach Nr. 3300 und 2136 für die arthroskopische Operation nicht gesondert berechnet werden. Eine Video-Aufzeichnung,

die zur Durchführung des Eingriffs selbst und nicht nur zu Dokumentationszwecken vorgenommen wird, kann analog nach Nr. 5030, nicht aber analog nach Nr. 5082 abgerechnet werden. Das Anlegen einer Wundsekretdrainage (Nr. 2032) während des Eingriffs ist grundsätzlich Bestandteil der Hauptleistung „Meniskusoperation“. Der Ansatz der Nr. 2119 neben der Nr. 2117 setzt einen gesonderten arthroskopischen Eingriff zur Entfernung freier Gelenkkörper aus dem Kniegelenk voraus; das gilt für eine Synovektomie nach Nr. 2112 entsprechend. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muß vom Rechnungsaussteller dargelegt werden.

Für eine **diagnostische Arthroskopie** ist die Nr. 3300 nur berechnungsfähig, wenn sie von der arthroskopischen Operation zeitlich unabhängig ist.

- Die **Operation des Grauen Stars** mittels Phakoemulsifikation bzw. gezielter extrakapsulärer Katarakt-Extraktion mit Implantation einer Hinterkammerlinse wird von dem Leistungsinhalt der Nr. 1351 voll umfaßt. Deshalb ist der Ansatz einer höheren Gebühr im Wege der Analogbewertung nicht zulässig. Der mit der neuen Operationstechnik verbundene höhere Zeitaufwand bzw. das aufwendigere Verfahren können durch den Ansatz einer den Schwellenwert übersteigenden Gebühr abgegolten werden.
- Eine **Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung** ist auch dann nach Nr. 1365 abzurechnen, wenn die Leistung mit einem technisch weiterentwickelten Gerät, dem sog. „Grünen Argonlaser“, erbracht wird. Auch hier kann das durch eine neue Technik aufwendigere Verfahren, das sich lediglich als besondere Ausführung einer im Gebührenverzeichnis bereits bewerteten Leistung darstellt und deshalb einer Analogbewertung nicht zugänglich ist, ggf. nur durch den Ansatz einer den Schwellenwert übersteigenden Gebühr abgegolten werden.

4 Gebühren bei stationärer Behandlung (§ 6a GOÄ)

Nach § 6a Abs. 1 GOÄ sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen um 15. v. H. zu mindern. Diese **Minderungspflicht** gilt für sämtliche stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtsicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt – selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, eigene Geräte oder Materialien einsetzt – z. B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z.B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung.

Ausnahmen von der Minderungspflicht können nur für solche privatärztlichen Leistungen in Betracht kommen, die im Einzelfall in der aufnehmenden Einrichtung nicht erbracht werden und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der aufnehmenden Einrichtung vergeben werden. In solchen Ausnahmefällen muß der Patient nach § 4 Abs. 3 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung nach § 7 Abs. 3 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung darauf hingewiesen werden, daß ihm solche Leistungen gesondert berechnet werden. Andernfalls muß der Patient davon ausgehen, daß alle an der stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen.

5 Gebührenverzeichnis (Anlage zur GOÄ)

5.1 Besuchsgebühren nach den Nrn. 5 bis 8 des Gebührenverzeichnisses und Wegegeld nach § 8 GOÄ können

nur liquidiert werden, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht. Die übliche Arbeitsstätte eines Krankenhausarztes sind die Einrichtungen des Krankenhauses. Für Fahrten zu diesen Einrichtungen kann der Arzt daher weder Besuchsgebühren noch Wegegeld berechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arzt das Krankenhaus während oder außerhalb seiner regelmäßigen Dienstzeit aufsucht. Das vorstehend Gesagte gilt sinngemäß für Belegärzte.

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt regelmäßig zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Besuchsgebühren und Wegegeld grundsätzlich nicht in Betracht, weil die Tätigkeit dieser Ärzte mit der belegärztlichen Tätigkeit vergleichbar ist.

- 5.2 Die **Verweilgebühr** nach Nr. 9 darf für die Zeit der Narkosedauer (vgl. Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D) bei Gebühren nach Nr. 460 ff. nicht berechnet werden. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf eine Verweilgebühr nach dem letzten Satz der Anmerkung zu Nr. 9 (erst) nach Ablauf von zwei Stunden berechnet werden. Die Berechnung der Verweilgebühr setzt voraus, daß der Arzt sich ständig bei dem Patienten aufhält und keine andere ärztliche Verrichtung ausführt. Eine Monitorüberwachung des Patienten von einem anderen Raum aus erfüllt den Leistungsinhalt der Nr. 9 nicht.
- 5.3 Eine Gebühr nach Nr. 10 darf für die übliche Chefarztsvisite in Begleitung von Oberärzten und anderen Ärzten nicht angesetzt werden. Von einem **Konsilium** im Sinne der Nr. 10 kann nur bei einer Beratung mehrerer Ärzte – in der Regel verschiedener Fachrichtungen – am Bett des Patienten gesprochen werden.

- 5.4 Die Inanspruchnahme der Pauschalgebühren nach Nr. 440 und 442 setzt eine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung auf der **Intensivstation** eines Krankenhauses voraus. Die Abrechnungsbestimmungen der Nr. 440/442 gelten auch für sog. „Chirurgische Wachstationen“, in denen Patienten nach schwierigen chirurgischen Eingriffen vorrangig intensiv überwacht werden. Sie finden keine Anwendung auf „Aufwachstationen“, die der kurzfristigen Überwachung des operierten Patienten in der postnarkotischen Phase dienen, weil eine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung hier nicht im Vordergrund steht.

Die in der Leistungslegende genannten Voraussetzungen

- intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung
- Aufenthalt auf der Intensivstation (Chirurgischen Wachstation) eines Krankenhauses

müssen nebeneinander erfüllt sein. Der Aufenthalt auf der Intensivstation ohne intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung reicht für den Ansatz der Pauschalgebühren nach Nr. 440/442 ebenso wenig aus wie eine intensivmedizinische Behandlung auf der allgemeinen Pflegestation. Nr. 440/442 kann deshalb nicht in Anspruch genommen werden

- a) von einem Anästhesisten, der die Intensivstation – nach einer am Abend oder in der Nacht durchgeführten Operation – als „Aufwachraum“ benutzt, weil eine ausreichende postnarkotische Überwachung durch die Nachschwester auf der allgemeinen Pflegestation nicht sichergestellt werden kann,
- b) von dem Chefarzt einer Intensivstation, gynäkologischen usw. Station, um dadurch eine umfangreichere Abrechnung von Einzelleistungen zu vermeiden, die auf der Pflegestation erbracht worden sind.

Liegen die maßgeblichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nr. 440/442 vor, so hat der Rechnungsaussteller kein Wahlrecht zwischen Einzel- und Pauschalabrechnung; ihm stehen unabhängig von dem Umfang der erbrachten Leistungen im Sinne der Nr. 440/442 nur die Pauschalgebühren nach dieser Gebührennummer zu.

Die Gebühren nach Nr. 440/442 stehen für eine Behandlungsdauer von – ggf. angefangen – 24 Std. je einmal zu. Der 24-Stunden-Zeitraum ist unabhängig vom Kalendertag nach dem tatsächlichen Aufenthalt auf der Intensivstation (Chirurgischen Wachstation) zu bemessen. Für einen Aufenthalt von 11.00 Uhr des Operationstages bis 10.00 Uhr des folgenden Tages stehen somit die Gebühren nach Nr. 440/442 nur einmal zu.

5.5 Nummer 1.7 letzter Satz gilt entsprechend.

6 Sofern die Festsetzungsstelle die Liquidation des Arztes nicht in voller Höhe als beihilfefähig anerkennen kann, hat sie die Beanstandung dem Beihilfeberechtigten schriftlich mitzuteilen. Dies soll in einer Form geschehen, die es dem Beihilfeberechtigten ermöglicht, die Beanstandung seinem Arzt weiterzugeben. Sofern der Beihilfeberechtigte es wünscht, soll die Festsetzungsstelle die mit der Beanstandung zusammenhängenden Fragen unmittelbar mit dem Arzt erörtern.

Die RdErl. v. 14. 1. 1983 (SMBI. NW. 203204) und 26. 3. 1984 – B 3100 – 0.19.1 – IV A 4 – (n.v.) werden aufgehoben.

Im Einvernehmen mit dem Innenminister.

– MBl. NW. 1988 S. 330.

2160

**Öffentliche Anerkennung
als Träger der freien Jugendhilfe
– Verein Regio Aachen e.V. –**

Bek. d. Landschaftsverbandes Rheinland v. 15. 3. 1988 –
41.08 – 438 – 00/6

Der Landesjugendwohlfahrtsausschuß hat in seiner Sitzung am 22. Februar 1988 den

Verein Regio Aachen e.V., Sitz: Aachen
nach § 9 des Gesetzes für Jugendwohlfahrt i.d.F. der Bekanntmachung vom 25. April 1977 (BGBI. I S. 633), zuletzt

geändert durch Gesetz vom 25. Juli 1986 (BGBI. I S. 1142), i.V. mit § 21 des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes für Jugendwohlfahrt (AG-JWG) i.d.F. der Bekanntmachung vom 26. August 1985 (GV. NW. S. 248), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1984 (GV. NW. S. 806), – SGV. NW. 218 – als Träger der freien Jugendhilfe öffentlich anerkannt.

Köln, den 15. März 1988

Der Direktor
des Landschaftsverbandes
Rheinland
Dr. Fuchs

– MBl. NW. 1988 S. 333.

II.

Ministerpräsident

**Generalkonsulate der Republik Peru in Frankfurt
und Hamburg**

Bek. d. Ministerpräsidenten v. 16. 3. 1988 –
II C 4 – 443 – 1/88

Der Konsularbezirk der Generalkonsulate von Peru in Frankfurt und Hamburg ist wie folgt neu festgelegt:

Generalkonsulat von Peru in Frankfurt:

Länder Hessen, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland

Generalkonsulat von Peru in Hamburg:

Länder Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein

– MBl. NW. 1988 S. 333.

Innenminister

**Anerkennung
von Feuerlöschschläuchen**

Bek. d. Innenministers v. 9. 3. 1988 –
II D 4 – 4.424

Anlage Die „Zentralprüfstelle für Feuerlöschschläuche bei der Niedersächsischen Landesfeuerwehrschule in Celle“ hat die in der Anlage aufgeführten Feuerlöschschläuche geprüft; die Prüfergebnisse entsprechen den Bedingungen der Normblätter DIN 14811 (Druckschläuche).

Der Niedersächsische Minister des Innern hat die Feuerlöschschläuche daraufhin mit Bek. v. 4. 12. 1987 (Nds. MBl. Nr. 1/1988 S. 2) als normgerecht anerkannt.

Nach § 10 der Verwaltungsvereinbarung zwischen den Ländern der Bundesrepublik Deutschland über die Prüfung und Anerkennung von Feuerlöschmitteln und Feuerwehrgeräten – RdErl. d. Innenministers v. 2. 12. 1981 (SMBI. NW. 2134) – werden diese Feststellungen von den vertragschließenden Ländern anerkannt.

Anlage

II. Druckschläuche nach DIN 14811

Lfd. Nr.	Hersteller	Prüf.-Nr.	Hersteller-/Firmenbezeichnung/-zeichen	Kurzzeichen
10.	Angus Fire Armour Ltd. Thame (England)	8 386 87-6 8 387 87-6 8 388 87-6	Duraline AG 50 olivgrün Duraline AG 50 olivgrün Duraline AG 50 olivgrün	C42 C52 B
18.	Thöni Ges. m.b.H. & Co. KG Telfs i. Tirol (Österreich)	8 605 87	Favorit	D
	Thöni Ges. m.b.H. & Co. KG Telfs i. Tirol (Österreich)	8 606 87 8 607 87	Favorit Extra Favorit Extra	C52 B

– MBl. NW. 1988 S. 333.

**Anerkennung
von hydraulischen Rettungsgeräten
für Feuerwehren**

Bek. d. Innenministers v. 9. 3. 1988 –
II D 4 – 4.424 – 8

Die Prüfstelle für Feuerwehrgeräte beim Technischen Überwachungs-Verein Stuttgart e.V. hat den nachstehend aufgeführten hydraulischen Rettungsgeräten nach vorhergegangener Typprüfung eine Prüfnummer erteilt.

Lfd. Nr.	Datum/ Hersteller	Hersteller- bezeichnung	Arbeits- druck	Prüfnummer
1	9. 11. 1987 FAG Kugelfischer Georg Schäfer KGaA Postfach 1580 8520 Erlangen	Schneidgerät DIN 14 751 – S 150 LS 300	630 bar	S 11-87-TP 18
2	Emil Weber Fabrik für Ölhydraulik GmbH u. Co Postfach 10 7129 Güglingen	Schneidgerät DIN 14 751 – S 150 59 569.1	630 bar	S 12-87-TP 18

Nach § 10 der Verwaltungsvereinbarung zwischen den Ländern der Bundesrepublik Deutschland über die Prüfung und Anerkennung von Feuerlöschmitteln und Feuerwehrgeräten – RdErl. d. Innenministers v. 2. 12. 1981 (SMBL. NW. 2134) – werden diese Feststellungen von den vertragschließenden Ländern anerkannt.

– MBl. NW. 1988 S. 334.

Justizminister

**Ungültigkeitserklärung eines Dienststempels des
Amtsgerichts Iserlohn**

Bek. d. Justizministers v. 11. 3. 1988 –
5413 E – I B. 214

Bei dem Amtsgericht Iserlohn ist der nachstehend näher bezeichnete Dienststempel mit dem Landeswappen von Nordrhein-Westfalen zeitweilig in Verlust geraten.

Der Stempel wird hiermit für ungültig erklärt.

Anhaltspunkte für eine unbefugte Benutzung bitte ich unmittelbar dem Direktor des Amtsgerichts Iserlohn mitzuteilen.

Beschreibung des Dienststempels

Gummistempel

Durchmesser: 35 mm

Umschrift: Amtsgericht Iserlohn

Kenn-Nummer: 35.

– MBl. NW. 1988 S. 334.

**Einzelpreis dieser Nummer 2,20 DM
zuzügl. Porto- und Versandkosten**

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für
Aboanementsbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 68 88/238 (8.00-12.30 Uhr), 4000 Düsseldorf 1

Bezugspreis halbjährlich 81,40 DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 162,80 DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10. für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.
Einzelbestellungen: Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 68 88/241, 4000 Düsseldorf 1

Von Vorabeinsendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haraldstraße 5, 4000 Düsseldorf 1
Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 4000 Düsseldorf 1
Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569