



LRMB - Landesrecht Ministerialblatt

Stammnorm

Ausfertigungsdatum: 10.12.1997

Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht RdErl. d. Finanzministeriums v. 10.12.1997- B 3100 - 3.1.6 - IV A 4

Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht RdErl. d. Finanzministeriums v. 10.12.1997- B 3100 - 3.1.6 - IV A 4

I.

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) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210). Nach § 1 Abs. 2 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 folgende Hinweise:

1

Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen - § 5 Abs. 3 GOÄ - nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen - § 5 Abs. 4 GOÄ - nach dem Einfachen

bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert (2,3/1,8/1,15), 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. 2382).

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17.2.1994 - 2 C 10.92 - (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.5.1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

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 anlagebedingter 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.

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 Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

1.3

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.

1.4

Bei Leistungen, die mittels medizinischer Großgeräte erbracht werden (z.B. Computertomographie - Nr. 5369 - 5375 -), ist zu beachten, dass die Gebühr einen hohen Sachkostenanteil enthält und ein Steigerungssatz sich auch auf diesen Anteil erstreckt. Aus diesem Grund kann die persönliche Leistung des Arztes auch bei überdurchschnittlichen Schwierigkeiten und überdurchschnittlichem Zeitaufwand bei der Auswertung der Untersuchung im allgemeinen innerhalb der Regelspanne ausgeglichen werden, so dass ein Überschreiten dieser Spanne regelmäßig nicht gerechtfertigt ist.

1.5

Die Begründung für die Überschreitung von Schwellenwerten ist nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ auf Verlangen des Patienten näher zu erläutern. Bestehen 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.

1.6

Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung eine von der Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (**Abdingung**); dies gilt nicht für Notfall- und akute Schmerzbehandlungen sowie Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), M (Laboratoriumsuntersuchungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses. 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.

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen ist eine Abdingung nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Selbständige Leistungen (§ 4 Abs. 2 und 2a GOÄ)

Nach § 4 Abs. 2 GOÄ darf der Arzt Gebühren nur für selbständige Leistungen (Haupt- bzw. Zielleistungen) berechnen. Leistungen, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sind, können neben dieser nicht gesondert in Ansatz gebracht werden (§ 4 Abs. 2a GOÄ).

Welche Leistungen im konkreten Einzelfall berechnungsfähig und welche nicht gesondert berechnungsfähig sind, ergibt sich aus den 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 abrechenbar, wenn sie als selbständige (Haupt-)Leistung erbracht wird. Neurolysen, die im Zusammenhang mit anderen operativen Eingriffen (z.B. nach Nr. 2565, 2566) 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 Nr. 200, die im (unmittelbaren zeitlichen) Zusammenhang mit einer operativen Leistung, Punktion, Infusion, 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 kraft Sachzusammenhangs Voraussetzung für die Ausführung der Leistung ist. Dies bedeutet, dass Leistun-

gen, die nach dem technischen Ablauf der Hauptleistung notwendigerweise mit erbracht 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 Abschnitt 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 Verschuß). 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 auch nicht gleichgesetzt werden mit dem "ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht" (Nr. 75), z.B. für den Hausarzt.

- Mit den Narkose- bzw. Anästhesiegebühren nach den Nrn. 453, 460 bis 463 und 469 bis 474 sind grundsätzlich alle zur Einleitung und Durchführung einer Narkose bzw. Anästhesie erforderlichen Leistungen abgegolten. Das gilt auch für Infusionen, die zur Offenhaltung eines venösen Dauerzugangs appliziert werden, für die Narkoseüberwachung mittels Monitor-EKG (Nr. 650) sowie für die apparative Beatmung (Nr. 427, 428, 500 und 501) während der Narkose und für die regelhafte (routinemäßige) Gasanalyse nach Nr. 617 als Teil des Narkoseverfahrens.

Gesondert berechnungsfähig sind Infusionen, die zur Behebung einer Komplikation während eines Narkoseverfahrens erforderlich werden; der Ansatz von Infusionsgebühren bedarf insoweit grundsätzlich einer einzelfallbezogenen Erläuterung. Sofern der Anästhesist neben der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr nicht mehr als eine Infusionsgebühr nach Nr. 271, 272 oder 273 in Rechnung stellt, kann auf eine Erläuterung verzichtet werden. Werden in diesem Zusammenhang Arzneimittel (nicht jedoch Anästhetika, Anästhesieadjuvantien, Anästhesieantidoten) in das liegende Infusionssystem (als parenteralem Katheter) eingebracht, kann diese Leistung nach Nr. 261 abgerechnet werden; das eingebrachte Medikament ist in der Rechnung anzugeben.

EKG-Leistungen sind ausnahmsweise neben der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr berechnungsfähig, wenn sie während der Narkose wegen eines drohenden oder eingetretenen Zwischenfalls notwendig werden und deshalb einer EKG-Registrierung bedürfen.

Die Leistung nach Nr. 617 (Gasanalyse) ist während der Narkose dann berechnungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen eine kontinuierliche Bestimmung mehrerer Gase in der Expirationsluft notwendig ist.

2.5

Nummer 1.5 letzter Satz gilt entsprechend.

3

Gebühren für andere Leistungen (§ 6 GOÄ)

3.1

Nach § 6 Abs. 1 GOÄ sind Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen, die Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) - erbringen, verpflichtet, ihre Vergütungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

3.2

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Derartige Leistungen sind in dem von der Bundesärztekammer erstellten "Verzeichnis der Analogbewertungen" enthalten, das als Anlage beigefügt ist. Darüber hinaus besteht ein Bedarf für Analogbewertungen regelmäßig nur für solche ärztliche Leistungen, die auf einer Fortentwicklung von medizinischer Wissenschaft und Praxis beruhen. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer ärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer anderen nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2a GOÄ).

4

Gebühren bei stationärer Behandlung (§ 6a GOÄ)

Nach § 6a Abs. 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen, die Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V), um 25 v.H. zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 v.H. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und der 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 oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird (stationäre 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 stationären Einrichtung.

Ausnahmen von der Minderungspflicht können nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen, die im Einzelfall in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der stationären Einrichtung vergeben werden. In solchen Ausnahmefällen muss der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung nach 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

Die Berechnung einer Gebühr nach Nr. 4 für die Erhebung einer Fremdanamnese und/oder Unterweisung und Führung einer Bezugsperson ist nur gerechtfertigt, wenn diese wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls mit über das normale Maß hinausgehenden Schwierigkeiten oder besonderem Aufwand verbunden ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z.B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, ist sie mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten. Eine Berechnung im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z.B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Im übrigen ist zu beachten, dass die Leistung nach Nr. 4 nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist, so dass für weitere Beratungen nur die Nrn. 1 und 3 zur Verfügung stehen.

Neben der Nr. 4 sind im Hinblick auf § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ - in einer Arzt-Patienten-Begegnung die Nrn. 1 und 3 nicht berechnungsfähig.

5.2

Die Gebühr nach Nr. 15 ist nur während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken berechnungsfähig. Sie setzt regelmäßige Arzt-Patienten-Begegnungen im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung voraus und beinhaltet Telefonate, Gespräche und Schriftwechsel mit anderen Ärzten, stationären und sozialen Einrichtungen, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenversicherungen usw.. Bei den eingeleiteten und koordinierenden Maßnahmen muss es sich um therapeutische und soziale Maßnahmen handeln.

Die Leistung darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

5.3

Die Gebühr nach Nr. 34 ist nur dann berechenbar, wenn die in der Leistungsbeschreibung genannten besonderen Kriterien vorliegen. Als lebensbedrohende Erkrankungen können alle bösartigen Erkrankungen (z. B. Karzinom, Leukämie) sowie die schweren systemischen Erkrankungen (z. B. Morbus Hodgkin, Aids) sowie Erkrankungen verstanden werden, in denen Risikofaktoren festgestellt werden, die mit einer deutlichen Lebensverkürzung einhergehen (z. B. HIV-Infektion, schwere arterielle Hypertonie oder schwere Hypercholesterinämie, Tumorerkrankungen, bevorstehende größere Operationen wie z.B. Nierentransplantation, Herzklappenoperation). Als nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale zu verstehen.

Für die „üblichen“ Aufklärungsgespräche, Abschlussbesprechungen oder Erörterungen des Krankheitsbildes stehen die Beratungsgebühren nach den Nrn. 1 und 3 zur Verfügung.

5.4

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 des Gebührenverzeichnisses dürfen von

Krankenhaus- und Belegärzten für Besuche im Krankenhaus nicht berechnet werden (Allg. Bestimmungen Ziff. 6 zu Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses). Entsprechendes gilt für Wegegeld nach § 8 GOÄ; es kann 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 kein 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 oder Wegegeld nicht in Betracht, weil die Tätigkeit dieser Ärzte mit der belegärztlichen Tätigkeit vergleichbar ist.

5.5

Die Verweilgebühr nach Nr. 56 darf für die Zeit der Narkosedauer (vgl. Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D) bei Gebühren nach Nr. 450 ff. nicht berechnet werden. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf eine Verweilgebühr nach dem Satz 2 der Anmerkung zu Nr. 56 (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. 56 nicht.

5.6

Assistenzgebühren nach Nr. 61 dürfen von einem liquidationsberechtigten Arzt nur berechnet werden, wenn dieser Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen (liquidationsberechtigten) Arztes leistet. Eine Berechnung dieser Gebühr für die Assistenz durch nachgeordnete (nicht liquidationsberechtigte) Ärzte ist im Hinblick auf § 4 Abs. 3 Satz 2 GOÄ nicht zulässig.

5.7

Die Inanspruchnahme der Pauschalgebühren nach Nr. 435 und 437 setzt eine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung auf der Intensivstation eines Krankenhauses voraus. Die Abrechnungsbestimmungen der Nr. 435/437 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.

435/437 ebenso wenig aus wie eine intensivmedizinische Behandlung auf der allgemeinen Pflegestation. Nr. 435/437 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 Nachtschwester auf der allgemeinen Pflegestation nicht sichergestellt werden kann,

b) von dem Chefarzt einer Intensivstation, gynäkologischen usw. Station, um dadurch eine umfangreiche Abrechnung von Einzelleistungen zu vermeiden, die auf der Pflegestation erbracht worden sind.

Liegen die maßgeblichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nr. 435/437 vor, so hat der Rechnungsaussteller kein Wahlrecht zwischen Einzel- und Pauschalabrechnung.

Die Gebühren nach Nr. 435/437 stehen für eine Behandlungsdauer von - ggf. angefangenen - 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. 435/437 nur einmal zu.

5.8

Nummer 1.5 letzter Satz gilt entsprechend.

6

Verfahrenshinweise

6.1

Zur Beschleunigung der Beihilfefestsetzung ist die gebührenrechtliche Überprüfung ärztlicher Liquidationen schwerpunktmäßig auf die "Selbständigen Leistungen" (Nr. 2) und die "Gebühren für andere Leistungen" (Nr. 3) zu konzentrieren. Soweit Zweifel bezüglich des Sachverhaltes auftreten, kann von der Aufklärung abgesehen werden, wenn der zweifelhafte Betrag je Rechnung 250 Deutsche Mark nicht übersteigt und eine Weiterverfolgung Mehrarbeit und Kosten verursachen würde, die nicht in angemessenem Verhältnis zu der Bedeutung der Angelegenheit stehen. Unzutreffende Rechtsanwendung und offensichtliche Unrichtigkeiten (z.B. Rechenfehler, fehlende oder unzureichende Begründungen beim Überschreiten der Schwellenwerte) sind jedoch aufzugreifen.

6.2

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

Im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

<![if !supportLineBreakNewLine]>
<![endif]>

MBI.NRW. 1998 S. 36.

Anlagen

Anlage 1 (Anlage)

[URL zur Anlage \[Anlage\]](#)