

GOÄ - aktuell: Zur Berechnung einzelner ärztlicher Leistungen

A. Schleppers¹ und J. E. Schmitz²

¹ Referat für Gebührenfragen, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Sulzbach

² Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden

Nach mehreren Monaten in einem gebührenrechtlich eher ruhigen Fahrwasser – läßt man die Problematik der Vertreterregelung einmal außer acht – beginnen die privaten Versicherungen wieder zunehmend, den rechtmäßigen Ansatz einzelner Gebührenpositionen bzw. die Berechenbarkeit einzelner anästhesiologischer Leistungen in Frage zu stellen. Das Referat für Gebührenfragen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) wird daher im Rahmen der Reihe "GOÄ-aktuell" in dieser Zeitschrift zu besonders häufig auftretenden Problemen bei der Berechnung einzelner Leistungen Stellung nehmen.

Leistungskomplex Stand-by

In der GOÄ gibt es für die kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffes eines anderen Arztes keine eigenständige Gebührenposition. Nach mehreren Beratungen mit dem Ausschuß "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer (BÄK) hat dieser dem folgenden Vorschlag des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten am 17.12.1998 einvernehmlich zugestimmt, (vgl. *Schleppers/Weigand* in *Anästh. & Intensivmed.* Heft 10 (40) 1999 S. 746.):

Stand-by

Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffes eines anderen Arztes ohne Narkose einschließlich Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je angefangene 30 Minuten analog Nr. 62 GOÄ (Nr. X499).

Die Bundesärztekammer hat diese Abrechnungsempfehlung im Deutschen Ärzteblatt 97, Heft 23, 09.06.2000, B-1377 veröffentlicht. Da das Verfahren zur Aufnahme in die offizielle analoge Bewertung der BÄK noch nicht abgeschlossen ist, kann bis dahin die analoge Bewertung auch mit Nr. X499 bezeichnet werden.

Zu beachten ist, daß die kontinuierliche Überwachung nach Nr. A62 nicht gleichzeitig neben Narkosen/Anästhesien nach den Nrn. 450 bis Nr. 474 und 476 bis

479 berechnet werden darf. Wird im Verlauf einer Überwachung nach Nr. A62 eine Narkose/Anästhesie nach den Nrn. 450 bis 474 oder 476 bis 479 erforderlich, so kann diese im Anschluß an die Überwachung nach Nr. A62 berechnet werden. Die Notwendigkeit beider Verfahren ist zu begründen, und die jeweiligen Zeiten sind in der Rechnung anzugeben. Beide Verfahren sind nach anästhesiologischen Standards zu dokumentieren.

Injektionen zur Analgosedierung und/oder Maßnahmen zur Behandlung auftretender Komplikationen können neben der Nr. A62 zusätzlich nach Nr. 261 berechnet werden.

Leistungskomplex Aufwachraum

Nach Beendigung einer Anästhesie bedarf jeder Patient der ständigen unmittelbaren Überwachung, bis die Wirkung der Anästhesie abgeklungen ist und die Vitalfunktionen des Patienten völlig stabil sind. Diese Überwachungsphase kann, je nach Krankheitsbild, auch mehrere Stunden betragen. Sie gehört, wenn der Patient nicht systematisch überwacht wird, zu den gefahrenträchtigsten Situationen im gesamten anästhesiologischen Ablauf. So kann es durch Nachwirkungen von Anästhesiemedikamenten und Vigilanzschwankungen zur Verlegung der Atemwege und damit zum Herzstillstand kommen, der zu schweren Hypoxieschäden oder dem Tod des Patienten führt, wenn er nicht innerhalb kürzester Zeit erkannt und behandelt wird.

Die postanästhesiologische Überwachungsphase ist ihrer Natur nach eine selbständige ärztliche Leistung mit hoher Verantwortung. Es gibt dafür jedoch im Leistungsverzeichnis der GOÄ keine unmittelbar abrechenbare Gebührennummer. Auch die Verweilgebühr nach Nr. 56 ist hierfür in der Regel nicht berechenbar, obwohl die BÄK in ihrer Stellungnahme zur Leitung der postnarkotischen Überwachung ausführt: "In dem Falle, daß der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne daß währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, ist die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ abrechenbar", (vgl. *Deutsches Ärzteblatt* 96, Heft 36, 10.09.1999 (71) A-2243).

Aus diesem Grunde hat der Berufsverband Deutsche Anästhesisten in der Vergangenheit empfohlen, die

Leitung der postanästhesiologischen Überwachungsphase analog nach Nr. 56 zu bewerten.

Leitung der postanästhesiologischen Überwachungsphase - mindestens 30 Minuten - analog Nr. 56 GOÄ*
180 Punkte

**reduzierter Gebührenrahmen (bis 2,5 fach).*

Die Formulierung der A56 beruht auf einem Beschluß der Gebührenkommission des BDA. Diese Leistung kann nur pauschal und nur einmal berechnet werden. Sie setzt voraus, daß sie über mindestens 30 Minuten durchgeführt wurde und daß die in der Überwachungsphase medizinisch notwendigen einzelnen Leistungen, z.B. bei Komplikationen, damit abgegolten sind und nicht gesondert berechnet werden.

Um dem Trend der zunehmenden Pauschalierung von Leistungskomplexen entgegenzuwirken, hat die BÄK dieser Empfehlung nicht zugestimmt. Wie fälschlicherweise von einigen Versicherungen behauptet wird, hat die BÄK jedoch mit der Ablehnung dieser Empfehlung nicht gleichzeitig die Berechnung der postanästhesiologischen Überwachungsphase vollständig abgelehnt. In der Begründung der BÄK heißt es vielmehr, daß die in der Überwachungsphase notwendigen und medizinisch indizierten Leistungen als Einzelleistungspositionen gesondert berechnet werden können (siehe unten Nr. 3).

Sofern ein Kostenträger demnach die pauschalierte Berechnung der postanästhesiologischen Überwachungsphase mit dem Verweis auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer nicht anerkennt, ist mit dem Bezug auf die gleiche Stellungnahme die Berechnung der einzelnen durchgeführten Leistungen (z.B. Entlassuntersuchung, Injektionen zur Schmerztherapie oder zur Behandlung auftretender Komplikationen etc.) anstelle von Nr. A56 möglich. Um diese Leistungen in der Rechnungsstellung transparent der postoperativen Phase zuzuordnen empfiehlt es sich, dies in der Rechnung durch Zwischenüberschriften und/oder Zeitangaben kenntlich zu machen.

Die von einigen Versicherungen aufgeführte Begründung für eine Ablehnung der Berechenbarkeit jeglicher Leistungen in der postanästhesiologischen Überwachungsphase, "alle diese Leistungen seien Bestandteil der eigentlichen Anästhesieleistung und mit den Gebühren für die Anästhesieleistung abgegolten", geht aus mehreren Gründen fehl:

1. Die berechenbare Anästhesiezeit endet nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D, Satz 2 der GOÄ zehn Minuten nach Operationsende. Dies bedeutet, daß alle medizinisch indizierten Leistungen, die nach dieser 10-Minutenfrist erbracht werden, nicht mehr der Zeitspanne von OP-Beginn bis OP-Ende zugerechnet werden können und damit gesondert berechenbar sind.
2. Die postanästhesiologische Überwachungsphase ist ihrer Natur nach eine selbständige ärztliche

Leistung mit hoher Verantwortung. Die in dieser Phase erforderlichen Leistungen werden nicht routinemäßig erbracht, sondern werden individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt und sind abhängig von der Art und Dauer des stattfindenden Eingriffes, Begleiterkrankungen des Patienten und von der Art des Anästhesieverfahrens.

3. Weder die Bundesärztekammer noch die einschlägigen Kommentare zur GOÄ stützen diese Meinungsäußerung einiger Privatversicherer. Die BÄK führt vielmehr explizit zur Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase aus "in dem Falle, daß der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muß, sind diese Leistungen mit GOÄ Positionen erfaßbar (z.B. Untersuchungsleistungen), (vgl. Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 36, 10.09.1999 (71) A-2243).

Berechnung von Sach- und Medikamentenkosten nach § 10 GOÄ bei ambulanten Anästhesieleistungen

§ 10 GOÄ

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

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel 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 O 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 folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohe, Einmalspekula.

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für

Gebührenfragen

Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen (Versand-) Portokosten nicht berechnet werden.

Definition der Auslagen

Als Auslagen werden Kosten bezeichnet, die im Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung entstehen und keine Praxiskosten sind. Der Begriff der Auslagen deckt sich dabei weitgehend mit dem Begriff des Sprechstundenbedarfs in der vertragsärztlichen Versorgung. Im Unterschied zu den Regelungen im vertragsärztlichen Bereich werden die einzelnen angefallenen Auslagen im privatärztlichen Bereich direkt dem jeweiligen Patienten in Rechnung gestellt.

Berechenbare Sach- und Medikamentenkosten

Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 können neben den ärztlichen Leistungen die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien berechnet werden, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind oder die zur weiteren Verwendung beim Patienten verbleiben. In der abschließenden Enumeration in § 10 Abs. 2 sind eine Reihe von Sach- und Medikamentenkosten definiert, die nicht gesondert berechnet werden können, da sie mit der Gebühr für die ärztliche Leistung bereits abgegolten sind.

Im anästhesiologischen Bereich fallen unter die berechenbaren Auslagen insbesondere:

- Alle im Rahmen der Anästhesieleistung verbrauchten Medikamente
 - Hypnotika
 - Sedativa
 - Relaxantien
 - Schmerzmedikamente
 - Anästhesieadjuvantien
 - Anästhesieantidote
 - Anästhesiegase (O₂, NO₂, Enfluran, Isofluran etc.)

- Alle Medikamente zur Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen

- Alle im Rahmen der Anästhesieleistung verbrauchten Sachmittel
 - Einmaltubus
 - Venenverweilkanüle
 - Infusionssysteme
 - Bakterienfilter
 - Absaugkatheter
 - Spinal-/Periduralkanülen und -katheter.

Beträge und Höhe der Sach- und Medikamentenkosten

Nach § 43 Arzneimittelgesetz ist es dem Arzt grundsätzlich nicht gestattet, Arzneimittel in seiner Praxis abzugeben. Das in-Verkehr-bringen von Arzneimitteln ist den Apothekern vorbehalten. Davon ausgeschlossen sind die Medikamente, die im einzelnen Behandlungsfall unmittelbar beim Patienten angewandt werden, wie dies bei den Anästhesieleistungen der Fall ist.

Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten die Sach- und Medikamentenkosten zum jeweiligen Einkaufspreis in Rechnung zu stellen. Hierbei ist darauf zu achten, daß die von den Apotheken gelieferten Preislisten in regelmäßigen Abständen angepaßt werden, um der Preisentwicklung der einzelnen Produkte Rechnung zu tragen.

Zur Erleichterung der Verwaltungsarbeit ist zu empfehlen, für Kassenpatienten und Privatpatienten ein getrenntes Sach- und Medikamentenkostenbudget bzw. -Konto zu führen, da die Sachkosten und Medikamentenkosten im vertragsärztlichen Bereich pauschal durch die Sprechstundenbedarfsverordnung abgegolten werden, während im privatärztlichen Bereich eine detaillierte Einzelkostenrechnung erfolgt. Diese getrennten Budgets sind insbesondere dann hilfreich, wenn es im Rahmen intensiver Kassenprüfungen zur Nachweispflicht des Arztes gehört, daß er keine Quersubventionen von Privatpatienten zu Lasten der GKV durchgeführt hat.

Es ist nicht gestattet, Sach- und Medikamentenkosten mit prozentualen Aufschlägen für Einkauf oder Lagerhaltung zu versehen oder gewährte Rabatte im Rahmen von Einkaufskooperationen einzubehalten und nicht an den Patienten weiter zu geben. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn diese Rechnungspositionen im Rahmen einer Steuerprüfung auf ihre Mehrwertsteuerpflicht untersucht werden. Werden Zwischengewinne im Rahmen der Rechnungsstellung von Sach- und Medikamentenkosten realisiert und somit eine zusätzliche Einnahmequelle erschlossen, führt dies zur nachträglichen Mehrwertsteuerpflicht dieser Einnahme, die im Extremfall auf die gesamten ärztlichen Einnahmen ausgeweitet werden kann.

Berechnung von Pauschalen

In § 10 Abs. 1 wird explizit auf die nicht zulässige Berechnung von Pauschalen für die Inrechnungstellung der Sach- und Medikamentenkosten hingewiesen. Dies gilt grundsätzlich auch für die Berechnung von Pauschalen nach DKG-NT.

In der Praxis hat sich in vielen Krankenhäusern jedoch eine Art pauschalierende Vergütung im Sach- und Medikamentenkostenbereich etabliert, die allgemein von den Versicherungen anerkannt wird – die Berechnung nach DKG-NT. Hintergrund ist der in vielen Chefarztverträgen geforderte Kostenausgleich nach DKG-NT, welcher besagt, daß die liquidationsberechtigten Ärzte die besonderen Kosten jeder einzelnen Leistung nach DKG-NT an das Krankenhaus abzuführen haben.

In jedem einzelnen Fall sollte jedoch geprüft werden, ob diese gemeinhin anerkannte indirekte Pauschalierung der Auslagen sinnvoll ist, da insbesondere bei den modernen Anästhesieverfahren diese Pauschalen nicht die tatsächlich entstandenen Kosten decken. Vielmehr erscheint es sinnvoll, dem Patienten die einzelnen Kosten direkt in Rechnung zu stellen und dann im Innenverhältnis mit dem Krankenhausträger diese Beträge für die Auslagen als durchlaufende Posten weiterzuleiten, oder, falls der Krankenhausträger sich nicht auf dieses Verfahren einläßt, im Innenverhältnis nach DKG-NT abzurechnen.

Abrechnungsbeschränkungen bei Sach- und Medikamentenkosten

Um die strittige Frage der Nichtberechenbarkeit einzelner Einmalartikel zu klären, sind in § 10 Abs. 2 die nicht berechenbaren Artikel abschließend aufgeführt. Dies bedeutet im Umkehrschluß, daß alle hier nicht aufgeführten Artikel gesondert berechnet werden können, (vgl. *Brück* zu § 10).

Nicht berechenbar sind nach § 10 Abs. 2 Satz 2 Medikamente zur Oberflächenanästhesie. Hierunter fallen z.B. Sprays oder Gels zur Schleimhautanästhesie bei Bronchoskopien oder Laryngoskopien. Berechenbar sind dagegen alle Medikamente zur oberflächlichen Infiltrationsanästhesie, z.B. Scandicain.

Übersteigt der Betrag für die einzelne Auslage 25,- €, so ist ein Beleg oder sonstiger Nachweis beizulegen.

Berechnung von Versand- und Portokosten im anästhesiologischen Bereich

Nach der 4. Änderungsverordnung der GOÄ können Versand- und Portokosten prinzipiell neben allen Leistungen des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. In § 10 Abs. 3 werden jedoch eine Reihe von Einschränkungen definiert.

Nur in seltenen Fällen werden für den Anästhesisten Versandkosten im Rahmen der Versendung von entnommenen Körpermaterialien, Befunden oder Röntgenbildern entstehen. Dabei können Versand- und Portokosten nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind.

Häufiger werden für Anästhesisten Versand- und Portokosten entstehen, wenn es um Versendung von Arztbriefen oder Gutachten geht. In diesen Fällen sind die entsprechenden Kosten neben den einzelnen ärztlichen Leistungen aufzuführen.

Abrechnungsbeschränkungen bei Versand- und Portokosten

Generell nicht berechenbar sind Versand- und Portokosten für die Versendung der privatärztlichen Liquidation. Ebenfalls nicht berechenbar sind die Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausesgeländes, also auch nicht für die Befundmitteilung oder den Versand von Arztbriefen innerhalb einer Praxisgemeinschaft oder zwischen unterschiedlichen Krankenhausabteilungen.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
Referat für Gebührenfragen des BDA
Sossenheimer Weg 19
D-65843 Sulzbach.