

# **Abschnitt B**

## **IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche und Assistenz**

## GOÄ Nummer 45

### Visite im Krankenhaus

70 Punkte einfach = 4,08 €

*Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnittes B nicht berechnungsfähig.*

*Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnittes B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.*

*Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.*

*Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.*

*Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.*

## GOÄ Nummer 46

### Zweitvisite im Krankenhaus

50 Punkte einfach = 2,91 €

*Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnittes B nicht berechnungsfähig.*

*Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der*

*Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.*

*Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.*

*Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn Sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden.*

*Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechenbar, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.*

### Kommentar zu den Nrn. 45/46 und zu den Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt B Nr. 5

Um Doppelerläuterungen zu vermeiden, werden die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B Nr. 5 (vgl. S. B - 5) zusammen mit den speziellen Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 45 und 46 kommentiert, die weitgehend mit ihnen übereinstimmen.

#### 1. Definition der Visite

Unter den Begriff der "Visite" fällt das Aufsuchen des Patienten im Rahmen des regelmäßigen täglichen Rundganges des Arztes von Bett zu Bett. Die Visite dient der Information des Arztes über den Krankheits- und Behandlungsverlauf, der Kontrolle der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie der Anordnung weiterer, für die Behandlung des Patienten erforderlicher Maßnahmen. Seine Information bezieht der Arzt dabei aus den mündlichen Mitteilungen von Ärzten und Pflegepersonen, den schriftlichen Verlaufsaufzeichnungen, aus dem Gespräch mit dem Patienten und/oder aus eigenen Untersuchungen.

Die Visite ist somit eine eigenständige Leistung, sie kann, muß aber keineswegs eine Beratung einschließen (z.B. beim bewußtlosen Patienten).

## **2. Berechnung der Visitengebühr**

Die Visitengebühren sind auch dann berechenbar, wenn der Arzt bei seinem Rundgang den Patienten außerhalb des Krankenzimmers antrifft und der im konkreten Fall erforderliche Leistungsinhalt der Nummer 45 bzw. 46 dabei erfüllt wird.

Bei der gemeinsamen Visite mehrerer liquidationsberechtigter Fachvertreter kann jeder von ihnen die Visitengebühr berechnen. Für ärztliche Mitarbeiter, die den liquidationsberechtigten Arzt bei der Visite begleiten, können dagegen keine Visitengebühren berechnet werden.

Für die "Erstvisite" ist Nr. 45 berechenbar, für jede weitere Visite an demselben Tag kann nur Nr. 46 (Zweitvisite) berechnet werden.

## **3. Berechnung mehrerer Visiten pro Tag**

Für die Berechnung von mehr als zwei Visiten am selben Tag muß eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein oder sie muß vom Patienten verlangt worden sein. Zur Klarstellung des Behandlungsablaufes sind die Uhrzeiten der Visite in der Rechnung anzugeben (Allgemeine Bestimmungen Nr. 5. zu Abschnitt B und 4. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 46). Visiten, die auf Verlangen des Patienten erbracht wurden (§ 1 Abs. 2 Satz 2 der GOÄ), sind in der Rechnung als solche zu bezeichnen (§ 12 Abs. 3 letzter Satz der GOÄ). Die Notwendigkeit der mehrfachen Visiten braucht der Arzt in der Rechnung nicht zu begründen. Er kann abwarten, ob der Patient eine Begründung fordert.

## **4. Berechnung von Zuschlägen**

Von den neu eingeführten Zuschlägen E bis K2 (Abschnitt B V) zu den Nrn. 45 bis 62 (Leistungen zu "ungelegenen" Zeiten) sind die Visiten weitgehend ausgenommen. Lediglich Belegärzte

können die Zuschläge nach E und J unter den dort genannten Voraussetzungen berechnen. Der Zuschlag nach K2 für Visiten bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr unterliegt keinen Beschränkungen.

## **5. Abrechnungsbeschränkungen**

Die Abrechnungsbestimmungen (Absatz 1) nach den Nrn. 45 und 46 schließen die Berechnung anderer Leistungen des Abschnittes B neben Visiten aus. "Neben" meint bei der gleichen Inanspruchnahme des Arztes. Werden diese jedoch zu anderen Zeiten an demselben Tag erforderlich, etwa weil sie wegen Art und Umfang im Rahmen der Visite nicht erbracht werden können, sondern in den entsprechenden Einrichtungen des Krankenhaus durchgeführt werden müssen, so können sie mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden (Absatz 2 der Abrechnungsbestimmungen nach den Nrn. 45 und 46).

In den Abrechnungsbestimmungen (Absatz 3) nach den Nrn. 45 und 46 werden zusätzlich zu den in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B Nr. 5 genannten Leistungen die Besuchsleistungen aufgeführt, die nicht "anstelle" oder "neben" den Visiten – bei gleicher Inanspruchnahme des Arztes – berechnungsfähig sind.

Sonderleistungen außerhalb des Abschnittes B, die bei einer Visite erbracht werden, unterliegen nicht den Einschränkungen der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B und können demnach zusätzlich neben Nr. 45 bzw. 46 berechnet werden.

Die Nrn. 45 und 46 gehören zum Leistungsinhalt der Nr. 435 und sind mit der Gebühr für diese abgegolten.

## **6. Berechnung als wahlärztliche Leistungen**

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 45 und 46 während der gesamten Dauer der stationären

Behandlung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; (so auch in verkürzter Fassung die Abrechnungsbestimmungen nach den Nrn. 45 und 46, letzte Absätze). Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären Leistungen des Belegarztes und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhausträger als Institutsleistungen oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Für diese Leistungen gelten die oben angeführten Ausschlüsse nicht.

## GOÄ Nummer 56

**Verweilen ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich – , je angefangene halbe Stunde**

**180 Punkte      einfach = 10,49 €**

*Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalles mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.*

### Kommentar zu Nr. 56

#### 1. Definition

Unter "Verweilen" versteht man eine durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles erforderliche, medizinisch indizierte kontinuierliche Anwesenheit des Arztes beim Patienten. Ob der Arzt verweilen muß, hat er nach den Umständen des konkreten Falles anhand seiner Kenntnisse und Erfahrungen zu beurteilen. Danach bestimmt sich auch inwieweit er – über seine Leistungsbereitschaft hinaus – den Patienten beobachten und überwachen muß.

#### 2. Beschränkung der Berechnungsfähigkeit

Nicht berechenbar ist die Verweilgebühr für die regelhafte postoperative Überwachung eines Patienten durch nichtärztliches Hilfspersonal. Dies gilt auch, wenn der Arzt sich mehrfach vom Zustand und Befinden des Patienten einen persönlichen Eindruck verschafft und in der Zwischenzeit andere berechenbare Leistungen erbringt, z. B. weitere Narkosen durchführt. Nicht berechnet werden kann Nr. 56 neben der Leistung nach Nr. 435 (intensivmedizinische Überwachung/Behandlung) sowie neben den Zuschlägen

nach den Nrn. 448 und 449 für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken (vgl. Abrechnungsbestimmungen nach den Nrn. 448 und 449).

#### 3. Anästhesierelevante Beispiele

Typischerweise kann die Verweilgebühr berechnet werden, wenn der Arzt z. B.

- im Anschluß an einen Besuch zur Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufes
- nach einer assistierten und/oder einer kontrollierten apparativen Beatmung
- nach einem Wiederbelebungsversuch
- nach einer extrathorakalen Elektrodefibrillation
- postoperativ in der Aufwachphase weiter oder erneut persönlich beim Patienten verweilen muß.

#### 4. Verweilen auf Verlangen

Verweilt der Arzt auf Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, ohne daß dies medizinisch erforderlich ist, so handelt es sich um eine Leistung auf "Verlangen" (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ); sie ist als solche in der Rechnung zu kennzeichnen (§ 12 Abs. 3 letzter Satz GOÄ).

#### 5. Berechnung der Gebühr

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt mindestens eine halbe Stunde verweilen muß. Berechenbar ist dann jedoch jede weitere angefangene halbe Stunde. Die Verweilgebühr darf weiter nur dann berechnet werden, wenn der Arzt in dieser Zeit keinerlei andere ärztliche Leistungen – auch nicht bei einem anderen Patienten – erbringt.

#### 6. Beginn bei Lokal- / Regionalanästhesien

Ebenso wie nach einer Narkose beginnt die Überwachung nach einer zeitdefinierten örtlichen oder regionalen Schmerzausschaltung mit der 11. Minute nach Operationsende bzw. dem Ende der invasiven Untersuchung. Ist die persönliche Anwesenheit des Arztes zur Überwachung erforder-

derlich, so kann die Verweilgebühr erst nach dem Ende der in der Leistungslegende enthaltenen Überwachungszeit berechnet werden, falls die oben genannten Voraussetzungen vorliegen. Bei den nicht zeitdefinierten Lokalanästhesien beginnt die Verweilgebühr erst nach völligem Wirkungseintritt.

### **7. Beginn bei der Schmerztherapie**

Bei zeitdefinierten regionalen und örtlichen Betäubungsverfahren zur Schmerztherapie kann Nr. 56 erst nach Ende der in der jeweiligen Leistungslegende angegebenen Überwachungsdauer berechnet werden, bei den übrigen Lokalanästhesien nach Ende des vollständigen Wirkungseintritts, sofern ein Verweilen des Arztes erforderlich ist oder im weiteren Verlauf erneut erforderlich wird.

### **8. Berechnung von Zuschlägen nach B V**

Ist das Verweilen "zu ungelegener Zeit" erforderlich, so können die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H und/oder K2 berechnet werden.

### **9. Wartezeiten**

Das Warten des Arztes beim Patienten auf Befunde, die er für seine diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen benötigt, ebenso das Warten auf Kollegen für den Beginn einer Zusammenarbeit (z. B. des Anästhesisten auf den Operateur und umgekehrt) ist kein Verweilen im Sinne der Nr. 56.

Muß der Arzt warten, weil der Patient zu einem vereinbarten Termin nicht rechtzeitig erscheint, so kann er, wenn der Patient die Verspätung zu vertreten hat, für seinen Zeitverlust einen finanziellen Ersatz nach bürgerlich-rechtlichen Vertragsgrundsätzen fordern, falls er diese Wartezeit nicht anderweitig nutzen kann (Urteil LG München II vom 08.11.1983, Az.: S 1327/83). Erscheint der Patient ohne wichtigen Grund zum vereinbarten Termin überhaupt nicht, so steht dem Arzt nach bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen der Anspruch

auf das Honorar für die vereinbarte Leistung abzüglich der Kosten zu, wenn er seine Arbeitszeit nicht anderweitig verwerten kann.

### **10. Wahlärztliche Leistungen**

Nr. 56 unterliegt der Begrenzung der Liquidationsberechtigung für wahlärztlichen Leistungen während der gesamten Dauer der stationären Behandlung (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 GOÄ). Die Berechnung der Leistung setzt voraus, daß der liquidationsberechtigte Arzt oder sein dem Patienten vor Abschluß des Wahlarztvertrags benannter ständiger ärztlicher Vertreter die Leistung persönlich erbringt.

### **11. Gebührenrahmen**

Nr. 56 fällt unter den "mittleren" Gebührenrahmen (Abschnitt A in Verbindung mit § 5 Abs. 2 GOÄ). Ein Überschreiten des Schwellenwertes (1,8fach) ist nur bei Vorliegen entsprechender Kriterien bis zum 2,5fachen der Grundgebühr statthaft. Eine konkrete stichwortartige Begründung in der Rechnung reicht aus.

## GOÄ Nummer 60

**Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt**

**120 Punkte      einfach = 6,99 €**

*Die Leistung nach Nr. 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.*

*Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.*

*Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtungen (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).*

### **Kommentar zur Nr. 60**

#### **1. Definition der konsiliarischen Erörterung**

Unter dem Begriff der "Konsiliarischen Erörterung" ist die mündliche Beratung zweier oder mehrerer Ärzte zu verstehen, die der Abklärung einer Diagnose und/oder der Behandlung eines individuellen Krankheitsfalles dient. Diese Erörterung kann auch auf telefonischem Wege erfolgen (ebenso *Brück* zu Nr. 60). Im operativ-anästhesiologischen Bereich kommt eine konsiliarische Erörterung – sofern medizinisch erforderlich

– in der Regel vor einer Operation in Frage. Treten während des Eingriffes oder postoperativ schwerwiegende Komplikationen auf, die für die Weiterbehandlung eines Konsiliums bedürfen, so kann dieses ebenfalls nach Nr. 60 berechnet werden, das heißt, daß Nr. 60 – abhängig von den Umständen des Krankheitsverlaufes – auch am selben Tag mehrfach berechnet werden kann.

Der Wortlaut "zwei oder mehr" Ärzte besagt nicht, daß diese Vertreter verschiedener Gebiete oder Teilgebiete sein müssen. Der Wert einer konsiliarischen Erörterung besteht jedoch in der Regel darin, daß Ärzte verschiedener Fachgebiete über den Krankheitsfall beraten und sich gegenseitig ergänzen. Wen der behandelnde Arzt zum Konsilium hinzuzieht, entscheidet er nach seinem Ermessen. Voraussetzung ist jedoch das ausdrückliche oder stillschweigende Einverständnis des Patienten.

Da die Leistungslegende ausdrücklich auf die konsiliarische Erörterung zwischen Ärzten abstellt, kann die Gebühr bei Beratungen des Arztes mit Nichtärzten (z.B. Psychologen, klinischen Chemikern) weder von diesen noch von dem behandelnden Arzt berechnet werden.

Da die jetzige Legende den Wortlaut "am Bett des Patienten" nicht mehr enthält, ist es nicht erforderlich, daß die Ärzte das Konsilium dort abhalten. Nach der auf dem Deutschen Ärztetag 1995 in Stuttgart beschlossenen Fassung der "Berufsordnung für die deutschen Ärzte" (§ 20 Abs. 6) sollen bei Konsilien die beteiligten Ärzte ihre Erörterungen nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen abhalten. Sie sollen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

#### **2. Abrechnungsvoraussetzungen**

Die Berechenbarkeit der Nr. 60 setzt voraus, daß die an der konsiliarischen Erörterung beteiligten Ärzte ("zwei oder mehr") liquidationsberechtigt sind. Dies gilt auch, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und einem (oder mehreren) ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes stattfindet.

Eine weitere Voraussetzung für die Berechenbarkeit der Nr. 60 ist, daß sich die an der konsiliarischen Erörterung teilnehmenden Ärzte vorher persönlich ein Bild vom Zustand des Kranken durch einen Besuch oder eine Visite sowie gegebenenfalls notwendige Untersuchungen (z.B. allgemeine und/oder fachspezifische körperliche Untersuchungen. EKG-, Röntgen- und Laboruntersuchungen) gemacht haben. Diese sollten in zeitlichem Zusammenhang erfolgen, so daß ein aktueller Vergleich der erhobenen Befunde möglich ist. Sie können nach den entsprechenden Gebührennummern des Leistungsverzeichnisses berechnet werden. Jeder Arzt, der am Konsilium teilnimmt, kann die volle Gebühr nach Nr. 60 berechnen. Von "außerhalb" zum Konsilium hinzugezogene Ärzte können neben Nr. 60 einen Besuch sowie die entsprechenden Wegegebühren/Reisekosten berechnen.

### **3. Aufzeichnungen**

Aufzeichnungen über die Ergebnisse des Konsiliums fallen in die Dokumentationspflicht der beteiligten Ärzte. Sie sind mit der Gebühr nach Nr. 60 abgegolten. Außerhalb der Dokumentationspflicht und der durch die Nr. 60 abgegoltenen Leistungen liegt dagegen z.B. ein ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (Nr. 75) oder eine schriftliche gutachterliche Äußerung (Nr. 80), die der zum Konsilium hinzugezogene Arzt auf Anforderung erstellt.

### **4. Berechnung von Wegegeld, Besuchsgebühren und Zuschlägen**

Ärzte, die einen Patienten in seiner Wohnung aufsuchen, oder Ärzte, die ein Krankenhaus aufsuchen, in dem sie nicht ständig tätig sind, können neben dem Konsilium Besuchsgebühren und Wegegelder berechnen. Dies gilt nicht für Krankenhaus- und Belegärzte, wenn sie das Krankenhaus aufsuchen, an dem sie regelmäßig tätig sind (vgl. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B Nr. 6).

Wird die konsiliarische Erörterung zu ungelegener Zeit erforderlich, so können neben Nr. 60

die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H berechnet werden. Der Zuschlag nach K2 gilt nicht für Konsilien (vgl. Leistungslegende).

### **5. Berechnung der Nr. 60 neben Nr. 435**

In der neuen GOÄ ist Nr. 60 aus der abschließenden Enumerierung der Leistungen, die nicht neben Nr. 435 berechnet werden können, herausgenommen worden. Das heißt, daß Ärzte, die während der intensivmedizinischen Überwachung/Behandlung zu einem Konsilium hinzugezogen werden, dieses gesondert berechnen können. Dagegen kann der Arzt, der die intensivmedizinische Überwachung/Behandlung durchführt und Nr. 435 berechnet, Nr. 60 nicht berechnen (Abs. 2 der Abrechnungsbestimmungen nach Nr. 435).

### **6. Abrechnungsbeschränkungen**

Nicht unter den Begriff des Konsiliums fällt die alleinige Befundmitteilung oder der bloße Meinungsaustausch über bestimmte Behandlungsergebnisse, die Routinebesprechung der mitbehandelnden Ärzte, z. B. im Krankenhaus oder im Belegkrankenhaus, in einer Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtungen (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) oder in einem ambulanten Operations-/Anästhesiezentrum. Dies gilt insbesondere für die regelmäßigen Besprechungen z.B.

- des Operateurs mit dem Anästhesisten über die Planung und Durchführung des Operationsprogrammes
- nach Beendigung einer Operation oder bei der Patientenübergabe auf eine normale" Pflegestation oder die Übergabe vom Notarzt in der Klinik
- des leitenden Arztes mit seinen nachgeordneten Ärzten (z. B. Röntgenbesprechung, Abteilungskonferenz, Mitarbeiterbesprechung).

# GOÄ Nummer 61

**Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde**

**130 Punkte      einfach = 7,58 €**

*Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.*

*Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.*

*Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.*

## **Kommentar zur Nr. 61**

### **1. Leistungsumfang**

Mit der Gebühr nach Nr. 61 wird die fachliche Hilfestellung eines Arztes bei den ärztlichen Leistungen eines anderen Arztes abgegolten. Die Formulierung "eines anderen Arztes" stellt klar, daß es sich bei dem Beistand (Assistenz) um eine ärztliche Leistung handelt; sie kann für Hilfeleistungen von Nichtärzten nicht berechnet werden.

Die Vergütung für ärztliche Leistungen und damit auch für die Assistenz steht prinzipiell dem Arzt zu, der sie erbringt, also z.B. dem niedergelassenen Arzt, den ein Kollege zur Hilfeleistung (Assistenz) bei einem ambulanten oder einem stationären belegärztlichen Eingriff zuzieht.

Im Unterschied zur Verweilgebühr nach Nummer 56 ist die Leistung nach Nr. 61 auch berechenbar, wenn die Assistenz weniger als eine halbe Stunde gedauert hat.

### **2. Anwendungsbereich**

Ihren traditionellen Anwendungsbereich findet die Assistenz in der operativen Medizin, insbesondere bei mittleren oder schweren Eingriffen.

Hier benötigt der Operateur einen oder mehrere Assistenten zur den Sorgfaltsanforderungen entsprechenden Durchführung seines Eingriffs. Es gibt darüber hinaus eine Fülle weiterer ärztlicher Leistungen, bei denen eine ärztliche Assistenz nach den heutigen Maßstäben medizinisch erforderlich oder zumindest zweckmäßig ist. Der Beistand beschränkt sich also längst nicht mehr auf operative Maßnahmen.

Bei den modernen Anästhesieverfahren kann die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit einer Assistenz begründet sein:

- durch den Zustand des Patienten (z.B. Schwere der Grunderkrankung, komplizierende Begleiterkrankungen)
- durch die Schwierigkeit des Anästhesieverfahrens und
- durch die notwendigen Nebeneingriffe (z.B. kontrollierte Hypotension oder Hyperthermie, extrakorporale Zirkulation, Bluttransfusionen)
- durch die Schwere des operativen Eingriffes (z.B. Polytrauma, Organtransplantationen, neurochirurgische Eingriffe, Skolioseoperationen).

### **3. Berechnung von Zuschlägen, Wegegeld und Besuchsgebühren**

Wird die Assistenz oder das "Stand-by" zu ungelegener Zeit erforderlich, so können die entsprechenden Zuschläge nach den Buchstaben E bis H und K2 zusätzlich berechnet werden (Einzelheiten hierzu vgl. Abschnitt B V unten).

Wird der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt, Belegarzt oder niedergelassene Arzt zur Assistenz an einen Ort gerufen, an dem er nicht regelmäßig tätig ist, so kann er hierfür ein Wegegeld bzw. eine Reiseentschädigung nach den §§ 8 und 9 in Rechnung stellen. Dies gilt jedoch nicht, wenn er für die Assistenz den Ort seiner regelmäßigen Tätigkeit (z. B. das Krankenhaus, die eigene Praxis, die Praxis eines anderen Arztes oder ambulantes Anästhesie-/Operationszentrum) aufsucht.

#### 4. Abrechnungsbeschränkungen

Aufgrund der Abrechnungsbestimmungen nach Nr. 61 kann die Assistenz nur von liquidationsberechtigten Ärzten berechnet werden. Im stationären Bereich also durch

- einen anderen liquidationsberechtigten Anästhesisten (z. B. Kollegialsystem)
- den liquidationsberechtigten Arzt eines anderen Gebietes, z. B. Internisten beim Auftreten schwerer kardialer Störungen während des Anästhesieverfahrens, die einer internistischen Assistenz bedürfen.

Im ambulanten Bereich kann Nr. 61 berechnet werden, wenn ein anderer niedergelassener Anästhesist (z. B. einer Praxisgemeinschaft) aufgrund der Schwierigkeit des Narkoseverfahrens zur Assistenz hinzugezogen werden muß.

Der zur Assistenz hinzugezogene liquidationsberechtigte Arzt kann nur die Nr. 61 berechnen. Die Berechenbarkeit anderer Leistungen daneben ist ausgeschlossen (Abrechnungsbestimmungen).

Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Ausgeschlossen wird damit, daß der zur Ausführung der Narkose hinzugezogene Arzt zugleich eine Gebühr für die Hilfeleistung bei der Narkose bzw. Operation berechnet. Diese Einschränkung ist sachlich gerechtfertigt, weil die modernen Narkoseverfahren die volle Konzentration des für sie verantwortlichen Arztes fordern. Nach ihrem Wortlaut und Sinngehalt gilt diese Einschränkung nicht für die Hilfeleistungen des Arztes, den der Anästhesist - falls medizinisch geboten - zu seiner Unterstützung bei der Narkose zuzieht.

Führt der Operateur neben dem Eingriff auch die Anästhesie selbst aus (z.B. operationsfeldnahe Lokal-, Infiltrations- oder Leitungsanästhesien) und zieht er zur Überwachung der vitalen Funktionen (z.B. Blutdruckkontrolle, Kontrolle der Atemfrequenz und/oder der Herzaktion) einen Anästhesisten zu (Stand-by), so gibt es bisher in der GOÄ für diese Leistung keine eigenständige Gebührennummer. Vom Berufsverband

Deutscher Anästhesisten wurde deshalb vorgeschlagen, für das Stand-by die Nr. X 499, analog der Nr. 62, zu berechnen (vgl. *Schleppers/Weigand*: „Aktueller Stand der Analogen Bewertungen in der GOÄ“, „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, Heft 10 (1999), S. 745). Muß der Anästhesist darüber hinaus in Arbeitsteilung mit dem Operateur berechenbare Sonderleistungen erbringen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG), so kann er diese gesondert berechnen. Sollte im Laufe eines „Stand-by“ operations- oder patientenbedingt eine Narkose erforderlich werden, so kann der Anästhesist für die Zeit des Stand-by die Nr. X 499, analog Nr. 62, und für die daran anschließende Narkose die entsprechende Gebühr berechnen. Die verschiedenen Behandlungsabläufe sollten durch Zeitangaben gekennzeichnet werden.

Bezüglich der persönlichen Leistungserbringung gilt § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 GOÄ (persönliche Leistungspflicht) (vgl. Anm. 10 zu Nr. 56).

# **Abschnitt B**

## **V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62**

## Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

### Zuschlag E

Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung

160 Punkte      einfach = 9,33 €

*Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag F

Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen

260 Punkte      einfach = 15,15 €

*Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag G

Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen

450 Punkte      einfach = 26,23 €

*Der Zuschlag nach Buchstabe C ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag H

Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen

340 Punkte      einfach = 19,82 €

*Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- und Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.*

*Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag J

Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag

80 Punkte      einfach = 4,66 €

## Zuschlag K2

**Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr**

**120 Punkte      einfach = 6,99 €**

### Kommentar

Werden die Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 "zu ungelegenen Zeiten" erbracht, so werden die damit verbundenen Erschwernisse durch Zuschläge nach den Buchstaben E bis H vergütet (vgl. Berechnungs-Übersichten 1 und 3). Der Zuschlag nach Buchstabe J kann von Belegärzten berechnet werden, für das Vorhalten eines zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Gleiches gilt für belegärztlich tätige niedergelassene Anästhesisten, falls diese sich an den Vorhaltekosten beteiligen.

Werden die Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, so kann der Zuschlag K2 berechnet werden (vgl. Berechnungs-Übersicht 2).

Unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden.

Alle Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz, in Verbindung mit Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig (Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B V).

Die Zuschläge gelten sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

Die stationären und teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztliche Leistungen unterliegen der Gebührenminderung um 25 vom Hundert (§ 6a Abs. 1 GOÄ), die der Belegärzte oder niedergelassenen Ärzten um 15 vom

Hundert (Abs. 1 2. Satz). Ausgenommen von der Minderung ist der Zuschlag nach Buchstabe J (§ 6a Abs. 1 letzter Satz). Die Gebührenminderung nach § 6a gilt nicht für die ambulanten Leistungen, also weder für die ambulante Tätigkeit von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit noch für ambulante Leistungen, die durch Belegärzte oder niedergelassene Anästhesisten erbracht werden.

Der Zuschlag nach E ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig und nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 45 oder 46, es sei denn, die Visiten werden durch einen Belegarzt durchgeführt.

Die Zuschläge nach den Buchstaben F, G und/oder H sind nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 berechenbar. Die Zuschläge nach den Nrn. E bis J und K2 können nicht neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis E und K1 berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen Abs. 1 Satz 3 zu B II).

### Berechnungs-Beispiel Nr. 50 Besuch

320 Punkte einfach = 18,65 € x 2,3 = 42,90 €

#### an Werktagen

- tagsüber (dringend/un verzüglich):  
42,90 €zzgl. Zuschlag E (9,33 €) = 52,23 €
- 20 - 22 Uhr / 6 - 8 Uhr:  
42,90 €zzgl. Zuschlag F (15,15 €) = 58,05 €
- 22 - 6 Uhr:  
42,90 €zzgl. Zuschlag G (26,23 €) = 69,13 €

#### an Sa./So./Feier-Tagen

- tagsüber:  
42,90 €zzgl. Zuschlag H (19,82€) = 62,72 €
- 20 - 22 Uhr / 6 - 8 Uhr:  
42,90 €zzgl. Zuschläge H (19,82€)  
und F (15,15 €) = 77,87 €
- 22 - 6 Uhr:  
42,90 €zzgl. Zuschläge H (19,82 €)  
und G (26,23 €) = 88,95 €