

Abschnitt B

Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B

(1) Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.

Kommentar

1. Definition des Behandlungsfalles

Mit der Definition des Behandlungsfalles und seiner Begrenzung auf den Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes wurde in der GOÄ eine zeitliche Zäsur eingeführt. Sie unterscheidet sich von der des EBM, der auf das Quartal abstellt.

2. Beginn des Behandlungsfalles

Der Behandlungsfall beginnt mit der ersten Inanspruchnahme des Arztes. Erstreckt sich die Behandlung über den Zeitraum eines Monats hinaus, so beginnt mit der ersten Inanspruchnahme des Arztes nach Ablauf der Monatsfrist ein neuer Behandlungsfall.

Ein neuer selbständiger, vom ersten unabhängiger Behandlungsfall beginnt auch mit der Behandlung jeder weiteren Erkrankung, die der Arzt neben der Ersterkrankung behandelt. Mehrere Erkrankungen, die der Arzt nebeneinander oder nacheinander innerhalb der mit der ersten Inanspruchnahme beginnenden Monatsfrist behandelt, sind also nach der Definition der GOÄ mehrere selbständige Behandlungsfälle.

Wird der Patient nach Beendigung einer Behandlung innerhalb der Monatsfrist erneut von demselben Arzt wegen derselben rezidivierenden Erkrankung behandelt, so beziehen sich seine Leistungen auf denselben Behandlungsfall. Die Beendigung der Behandlung etwa

- durch den Therapieerfolg,
- durch die Abgabe der Behandlung an den Arzt

- eines anderen Gebietes,
 - durch die Überweisung des Patienten durch den niedergelassenen Arzt an einen anderen Arzt oder seine Einweisung in das Krankenhaus oder
 - durch einen Arztwechsel
- beendet nach der Definition der Nummer 1 der Allgemeinen Bestimmungen den Behandlungsfall nicht.

Beispiel:

Gibt im Krankenhaus eine Fachabteilung die Behandlung an eine andere ab und wird der Patient dorthin verlegt, wird er aber innerhalb der Monatsfrist nach der ersten Inanspruchnahme in die abgebende Abteilung zurückverlegt und dort von demselben Arzt wegen derselben Erkrankung weiterbehandelt, so geschieht diese Behandlung im Rahmen des ersten Behandlungsfalles.

3. Beendigung des Behandlungsfalles

Der Behandlungsfall endet mit Ablauf der Monatsfrist. Die Verschlimmerung der Erkrankung und das Auftreten schwerwiegender Krankheitsfolgen innerhalb der Monatsfrist, die so gewichtig sind, daß sie einen Beratungs- und Untersuchungsbedarf erfordern, der dem einer neuen Erkrankung entspricht, kann die Beendigung des laufenden und den Beginn eines neuen Behandlungsfalles rechtfertigen.

4. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Werden in einem Behandlungsfall wegen derselben Erkrankung / Verletzung mehrere Anästhesieverfahren erforderlich, die derselbe liquidationsberechtigte Arzt erbringt, so handelt es sich um einen Behandlungsfall, z.B.

- 1. Eingriff: Laparotomie bei Ileus in der Aufnahmenacht
- 2. Eingriff: Revision am nächsten Tag, nicht aber, wenn es um verschiedene, voneinander unabhängige Erkrankungen / Verletzungen geht.

Wechselt der liquidationsberechtigte Anästhesist, wird also z.B. eine zweite Anästhesie wegen derselben Erkrankung / Verletzung innerhalb weniger Tage im Belegkrankenhaus oder in der Praxis eines Operateurs durch einen anderen niedergelassenen Anästhesisten durchgeführt, so ist dies für ihn ein neuer Behandlungsfall.

5. Berechnung der Monatsfrist

Die Monatsfrist berechnet sich nach §§ 187 Abs. 1 und 188 Abs. 2 BGB. Danach zählt der Tag der ersten Inanspruchnahme nicht mit; die Frist endet im folgenden Monat mit dem Ablauf des gleichen Kalendertages.

Beispiel:

Tag der ersten Inanspruchnahme 05.05.,
Ende des Behandlungsfalles 05.06., 24 Uhr.
Wird die Behandlung am 06.06. fortgesetzt, so ist dies der Beginn eines neuen Behandlungsfalles.

Bei Behandlungsbeginn am letzten Tag eines Monats mit 31 Tagen, z.B. 31.05., dem ein Monat mit 30 Tagen folgt, endet der Behandlungsfall mit Ende dieses Monats, also am 30.06. (§ 188 Abs. 3 BGB).

(2) Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben den Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Kommentar

Die Beratung nach Nr. 1 und die Untersuchung nach Nr. 5 können jeweils isoliert oder auch nebeneinander berechnet werden. Neben Leistungen aus den Abschnitten C bis O (z.B. neben einer Anästhesieleistung) dürfen sie jedoch nur einmal im Behandlungsfall wegen derselben Erkrankung berechnet werden. Von dieser Einschränkung nicht berührt werden die Beratung nach Nr. 3 sowie die Untersuchungen nach den Nrn. 6 bis 8.

Nicht eingeschränkt ist die Berechnung der Nr. 1 und/oder 5 beispielsweise neben den Leistungen des Abschnittes B VI (Berichte, Briefe).

(3) Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.

Kommentar

Berechnen darf der Arzt Leistungen, die für die medizinische Versorgung notwendig sind, sowie darüber hinausgehende Leistungen, die auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht wurden (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Letztere sind in der Rechnung zu kennzeichnen (§ 12 Abs. 3 letzter Satz GOÄ).

Müssen die hier aufgeführten Beratungen und/oder Untersuchungen an demselben Tag mehrmals erbracht werden, so sind die jeweiligen Uhrzeiten zur Klarstellung des Behandlungsablaufes in der Rechnung anzugeben. Die mehrmalige Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen, der mehrmalige Ansatz der Nr. 3 ist in jedem Fall zu begründen.

(4) Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Der Ausschluß der Berechnungsfähigkeit der Nrn. 1, 3, 22, 30 und/oder 34 neben den angeführten psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen stellt darauf ab, daß es sich bei den letzteren um spezielle Beratungen und Untersuchungen handelt.

(5) Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn Sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.

Kommentar

In den ersten drei Sätzen werden im wesentlichen die Bestimmungen von Nr. 3 wiederholt, hier jedoch bezogen auf die Visiten im Krankenhaus (Nrn. 45 und 46).

„Anstelle“ bedeutet, daß die hier angegebenen Beratungen und Untersuchungen nicht anstatt einer Visite berechnet werden dürfen, wenn sie im Rahmen einer Visite anfallen, und daß diese Leistung auch nicht „neben“ den Visiten berechnet werden können.

Diese Bestimmung schließt nicht aus, daß der Arzt Beratungen und Untersuchungen dann gesondert berechnet, wenn sie wegen Art und Umfang nicht im Rahmen der Visite erbracht werden können (vgl. Kommentar zu Nr. 45), sondern in den entsprechenden Einrichtungen des Krankenhauses durchgeführt werden müssen (z.B. auch zur Wahrung des Diskretionsanspruches).

(6) Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Die Berechnung der hier aufgeführten Besuchsleistungen wird ausgeschlossen, soweit es sich um das Aufsuchen des Patienten an der Arbeitsstelle des Arztes durch Krankenhaus- oder Belegärzte handelt. Damit entfällt auch das Wegegeld und die Reiseentschädigung für Besuche.

(7) Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Für eine Terminvereinbarung alleine wird jede Berechnungsfähigkeit ausgeschlossen, auch die nach Nr. 2.

(8) Neben den Leistungen nach den Nummer 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummer 600, 601, 1203, 1204, 1208, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

Kommentar

Ausgeschlossen wird hier, ähnlich wie durch Nr. 4 der Allgemeinen Bestimmungen, die Berechnung bestimmter fachspezifischer Untersuchungen neben den Nrn. 5 bis 8.