

# **Abschnitt B**

## **I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen**

# GOÄ Nummer 1

**Beratung – auch mittels Fernsprecher –**

**80 Punkte      einfach = 4,66 €**

## **Kommentar zu Nr. 1**

### **1. Definition der Beratung**

Unter dem Begriff der "Beratung" ist in der Gebührenordnung der Komplex ärztlicher Grundleistungen zu verstehen, der alle einzelnen Leistungen des Arztes beim persönlichen Kontakt mit dem Patienten (einschließlich fernmündlicher Kontakte) umfaßt, für die es in der GOÄ keine speziellen Gebührennummern gibt und für die eine analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 der GOÄ nicht in Betracht kommt. Die Beratung umfaßt eine Reihe von ärztlichen Leistungen, insbesondere:

- die gezielte Befragung nach den Beschwerden
- die Erhebung der Anamnese
- die Erteilung von Auskünften und Informationen, die Eingriffsaufklärung und die therapeutische Aufklärung/Sicherheitsaufklärung, Belehrungen etc.
- die Besprechung von Verhaltensmaßnahmen
- die Beantwortung spezifischer Fragen des Patienten
- die Erstaussstellung von Rezepten
- die Erörterung der beabsichtigten diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen.

Die einzelne Beratungsleistung kann je nach den individuellen Erfordernissen auf unterschiedliche Weise aus den beispielhaft genannten Teilleistungen zusammengesetzt sein, aber auch aus nur einer Teilleistung bestehen.

Dieser Komplex ärztlicher Maßnahmen gilt im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung gebührenrechtlich als eine Beratung ohne Rücksicht darauf, ob es sich um eine oder mehrere Krankheiten und um präventive oder kurative Maßnahmen handelt.

Nicht als Beratung berechnet werden dürfen diejenigen Tätigkeiten des Arztes,

- die lediglich der Vorbereitung ärztlicher Leistungen dienen, wie z.B. Terminab-sprachen,
- die außerhalb der Arzt-Patienten-Begegnung liegen, wie z.B. die Bewertung von Befunden für die Diagnosestellung, die therapeutische Planung.

### **2. Ort der Beratung**

Typisch für die Beratung ist, daß der Patient den Arzt aufsucht, im Gegensatz zum Besuch, bei dem der Arzt zum Patienten kommt. Beratungen müssen auch im Rahmen der stationären Behandlung – z.T. außerhalb der Visiten – durchgeführt werden. Dies gilt vor allem für die Erstbegegnung Arzt/Patient, schon wegen des dafür erforderlichen Zeitaufwandes und der Untersuchungsmöglichkeiten, aber auch zur Wahrung des Diskretionsanspruches des Patienten (z.B. Mehrbettzimmer). Begegnungsort der Beratung muß nicht die Praxis des niedergelassenen Arztes oder das Arztzimmer im Krankenhaus sein.

Erfüllt ist der Leistungsinhalt der Beratung nach Nr. 1 auch, wenn die Beratung mittels Fernsprecher durchgeführt wird, z.B. wenn der nach ambulanter Behandlung nach Hause entlassene Patient wegen auftretender Beschwerden den Arzt fernmündlich um Rat ersucht.

### **3. Zuschläge zu Beratungsleistungen**

Bisher wurden die Erschwernisse bei den Beratungen, wenn zu ungelegenen Zeiten erbracht, durch gesonderte Leistungslegenden mit einer erhöhten Vergütung honoriert. Dies galt nicht für Untersuchungen nach den Nrn. 65 und 65a. Anstelle dieser Regelung wurden in der neuen GOÄ (1996) Zuschläge für die Beratungen (Nrn. 1, 3) und die Fremdanamnese (Nr. 4) eingeführt. Diese Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie unterliegen der Gebühren-

minderung bei stationärer Leistungserbringung (§ 6a Abs. 1 GOÄ). Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistung je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden.

Die Zuschläge gelten für folgende Zeiten (siehe auch Abrechnungsbestimmungen zu den Zuschlagsnummern):

- A für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen
- B für in der Zeit zwischen 20.00 Uhr und 22.00 Uhr oder 6.00 Uhr und 8.00 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen
- C für in der Zeit zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr erbrachte Leistungen
- D für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen.

#### **4. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche**

Zur Vorbereitung einer Anästhesie bedarf es regelmäßig einer gründlichen Beratung. Die sorgfältige Anamnese und das Gespräch mit dem Patienten über die Indikation operativer und anästhesiologischer Leistungen, ihre möglichen Komplikationen sowie über die Wahl des Anästhesieverfahrens erfordert für sich alleine regelmäßig einen Zeitaufwand, welcher der Leistungsbeschreibung der Nr. 3 entspricht; gleiches gilt für anästhesiologische Beratungsleistungen im Rahmen der Schmerzbehandlung.

Wird im Rahmen einer Erstanamnese eines chronischen Schmerzpatienten eine mehr als einstündige Exploration der bisherigen Krankengeschichte und/oder weiteren Therapieplanung durchgeführt, so kann diese Leistung nach Auffassung der Gebührenkommission des BDA analog nach Nr. 30 berechnet werden (ebenso *Brück* zu Nr. 30).

Nach ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen ist vor der Entlassung des Patienten festzustellen, wieweit die Wirkungen des Anästhesieverfahrens abgeklungen sind und ob der Patient straßenfähig ist. Das weitere Verhalten ist mit ihm zu bespre-

chen; hierfür ist, sofern die Abrechnungsbestimmungen dies nicht ausschließen, eine Beratung nach Nr. 1 berechenbar.

Sollten während oder nach dem Eingriff Komplikationen eingetreten sein, so wird in der Regel eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5, in Ausnahmefällen eine vollständige körperliche Untersuchung (Nr. 7) und ggf. eine konsiliarische Erörterung nach Nr. 60 erforderlich (vgl. Kommentar zu Nr. 60). Die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung ist in der Rechnung anzugeben; vgl. Allgemeine Bestimmungen Punkt 3 zu Abschnitt B.

Gleiches gilt sinngemäß für stationär behandelte Patienten. Hier muß der Anästhesist entscheiden, ob und wann der Patient aus der postanästhesiologischen Überwachung (z. B. Aufwachraum) auf die Bettenstation zurückverlegt werden kann, ob spezielle Anweisungen erforderlich sind (z.B. Pflege liegender Katheter, Infusionen), ob anästhesiologische Komplikationen vorliegen oder ob eine intensivmedizinische Überwachung und Behandlung erforderlich sind. Unverständlich bleibt, warum die Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1 bis 8 neben den Nrn. 448 und 449 (postoperative Beobachtung und Betreuung eines Kranken), sofern medizinisch erforderlich, nicht berechnet werden dürfen (Abrechnungsbestimmung nach den Nrn. 448 und 449).

#### **5. Abrechnungsbeschränkungen**

Die in Nr. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B genannten Einschränkungen gelten nicht für die Berechenbarkeit neben Leistungen des Abschnittes B, z B. neben kurzen Bescheinigungen, ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichten oder schriftlichen gutachterlichen Äußerungen (Abschnitt B VI, Nrn. 70 bis 90).

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3. Nr. 1 GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Gebühren-Nrn. 1 bis 62, also auch die Beratungen und

Untersuchungen nach den Nrn. 1 bis 8, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle liquidationsberechtigten Krankenhausärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhaussträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe „Wahlarztvertrag“ und „ständiger wahlärztlicher Vertreter“ s. *W. Weißbauer* in „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, Heft 2 (1996), S. 98.

Generell nicht berechenbar sind Beratungen nach Nr. 1

- neben Leistungen, deren Legende eine Beratung, die Fremdanamnese oder Untersuchungen *expressis verbis* oder sinngemäß beinhaltet (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Beratung, der Fremdanamnese oder der Untersuchungen ausschließen (z. B. Erörterungsleistung nach Nr. 34, Besuche nach den Nrn. 48, 50, 51, intensivmedizinische Überwachung/Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

## GOÄ Nummer 2

**Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes**

**30 Punkte      einfach = 1,75 €**

*Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.*

### **Kommentar zu Nr. 2**

#### **1. Leistungsinhalt**

Die Leistung nach Nr. 2 ist wegen der Formulierung der Leistungslegende (und/oder) auch berechenbar, wenn nur eine der in der Leistungslegende enumerierten Leistungen erbracht wurde, nämlich:

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten,
- Ausstellung von Überweisungen,
- Übermittlung von Befunden,
- Übermittlung von ärztlichen Anordnungen und
- Messung von Körperzuständen wie Blutdruck, Temperatur.

Sie ist aber nur einmal berechenbar, selbst wenn mehrere oder alle diese Leistungen bei einer Inanspruchnahme des Arztes erbracht werden.

Die Leistung nach Nr. 2 ist an die Stelle der alten 1a getreten. Das Ausstellen von Wiederholungsrezepten, welches nicht mit einer Beratung verbunden ist, ist nach Nr. 2 zu berechnen. Das Wiederholungsrezept muß vom Arzt persönlich ausgestellt werden, es muß jedoch nicht vom Arzt persönlich dem Patienten ausgehändigt werden, sondern kann von Dritten (z.B. Arzthelferinnen) übergeben werden.

Die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen – auch mittels Fernsprecher – muß nicht durch den Arzt persönlich erfolgen, sondern kann dem Assistenzpersonal des Arztes übertragen werden.

Vergütet wird auch die Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur), die der Arzt auf sein Assistenzpersonal delegiert hat (ebenso *Brück* zu Nr. 2). Die Formulierung "bei einer Inanspruchnahme des Arztes", die sich auf alle in Nr. 2 aufgeführten Leistungen erstreckt, ist mißverständlich. Ausgesagt werden soll hier, daß es genügt, wenn der Patient die Leistungen der Mitarbeiter der ärztlichen Einrichtung in Anspruch nimmt, ohne daß es zu einem persönlichen Kontakt mit dem Arzt kommen muß. Der eigentliche Inhalt ist darin zu sehen, daß jeweils eine Inanspruchnahme durch Nr. 2 abgegolten wird, auch wenn dabei mehrere Leistungsalternativen erbracht werden.

#### **2. Berechnung weiterer Leistungen neben Nr. 2**

Die Abrechnungsbestimmung nach Nr. 2 schließt ihre Berechnung zusammen mit weiteren Leistungen aus, z.B. mit Beratungs-, Untersuchungsleistungen, die bei derselben Arzt-Patienten-Begegnung erbracht werden. Besteht zwischen der Inanspruchnahme der Leistung nach Nr. 2 und einer nachfolgenden Leistung des Arztes kein zeitlicher Zusammenhang, so sind an demselben Tag weitere ärztliche Leistungen berechenbar. In diesen Fällen ist es zu empfehlen, die Uhrzeit in der Rechnung anzugeben.

#### **3. Zuschläge**

Die Zuschläge nach A bis D (Abschnitt B II) können nicht zur Nr. 2 berechnet werden, da in der Überschrift des Abschnitts B II nur die Beratungen nach den Nrn. 1, 3 und 4 (sowie die Untersuchungsleistungen) aufgeführt werden.

#### 4. Überschreiten des Schwellenwertes

Die Leistung nach Nr. 2 fällt unter den mittleren Gebührenrahmen. Ein Überschreiten des Schwellenwertes (1,8fach) ist beim Vorliegen entsprechender Kriterien (§ 5 Abs. 2 GOÄ) bis zum 2,5fachen des Einzelsatzes möglich. Dies ist insofern von Bedeutung, als viele Wiederholungsrezepte eine Vielzahl von Medikamenten mit Indikationsprüfungen für jedes einzelne Arzneimittel umfassen.

#### 5. Abrechnungsbeschränkungen

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3. GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes der Nr. 2, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung aus dem Krankenhaus nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhausträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.

## GOÄ Nummer 3

**Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –**

**150 Punkte      einfach = 8,74 €**

*Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.*

#### Kommentar zu Nr. 3

##### 1. Definition der eingehenden Beratung

Unter der Komplexgebühr nach Nr. 3 ist – wie unter der Beratung nach Nr. 1 – die ärztliche Leistung zu verstehen, die alle einzelnen Leistungen des Arztes beim persönlichen Kontakt mit dem Patienten (einschließlich fernmündlicher Kontakte) umfaßt, für die es in der GOÄ keine speziellen Gebührenschildern gibt und für die eine analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 der GOÄ nicht in Betracht kommt. Die Beratung nach Nr. 3 umfaßt eine Reihe von ärztlichen Leistungen, insbesondere:

- die gezielte Befragung nach den Beschwerden
- die Aufnahme der ausführlichen Anamnese
- die umfassende Erteilung von Auskünften und Informationen, die Eingriffsaufklärung und die therapeutische Aufklärung/Sicherheitsaufklärung, Belehrungen etc.
- die Führung von Aufklärungsgesprächen (z.B. zu Anästhesieverfahren)
- die Beantwortung spezifischer Fragen des Patienten
- die Erstaussstellung von Rezepten
- die ausführliche Erläuterung der beabsichtigten diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen einschließlich der möglichen Alternativen.

Der Unterschied gegenüber Nr. 1 besteht in der Intensität ("eingehende") und im höheren Zeitaufwand (mindestens 10 Minuten). Die in der Legende angegebene Mindestdauer ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 GOÄ).

Die Beratung nach Nr. 3 kann je nach individuellen Erfordernissen auf unterschiedliche Weise aus den genannten Teilleistungen zusammengesetzt sein, aber auch nur aus einer der beispielhaft genannten Teilleistungen bestehen.

Dieser Komplex ärztlicher Maßnahmen im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung gilt gebührenrechtlich als eine Beratung ohne Rücksicht darauf, ob es sich um eine oder mehrere Krankheiten und um präventive oder kurative Maßnahmen handelt.

## 2. Ort der Beratung

Die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung ist nach Nr. 3 zu berechnen, auch wenn diese Leistung fernmündlich durchgeführt wurde, z.B. wenn der nach ambulanten Behandlungen nach Hause entlassene Patient wegen auftretender Beschwerden den Arzt fernmündlich um Rat ersucht.

## 3. Zuschläge zu Beratungsleistungen

Erfolgt die Inanspruchnahme des Arztes zu ungelegener Zeit, so ist der entsprechende Zuschlag (Abschnitt B II) zusätzlich berechenbar. Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie unterliegen der Gebührenminderung bei stationärer Leistungserbringung (§ 6a Abs. 1 GOÄ). Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistung je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden.

Die Zuschläge gelten für folgende Zeiten (siehe auch Abrechnungsbestimmungen zu den Zuschlagsnummern):

- A für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen
- B für in der Zeit zwischen 20.00 Uhr und 22.00 Uhr oder 6.00 Uhr und 8.00 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen
- C für in der Zeit zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr erbrachte Leistungen
- D für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen.

## 4. Abrechnung als einzige Leistung

Die Einschränkung in der Abrechnungsbestimmung, wonach Nr. 3 nur als einzige Leistung berechenbar ist oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801, bezieht sich ausschließlich auf die jeweilige Arzt-Patienten-Begegnung (ebenso *Brück* zu Nr. 3 sowie *Hoffmann* zu Nr. 3) und nicht auf den Behandlungstag, wie immer noch von einigen Beihilfestellen oder privaten Kostenträgern interpretiert wird.

Hätte der Ordnungsgeber die Einschränkung auf den Behandlungstag beziehen wollen, so hätte er dies in der Abrechnungsbestimmung angegeben. Die Auffassung der Kostenträger ist mit dem Wortlaut der Allgemeinen Bestimmungen nicht vereinbar. Sie ist auch sachlich nicht gerechtfertigt, denn ein Arzt, der am gleichen Behandlungstag anlässlich mehrerer zeitlich verschiedener Arzt-Patienten-Begegnungen weitere Leistungen erbringen muß, könnte diese aufgrund der o.a. Interpretation nicht berechnen.

Hierzu soll beispielhaft der Ablauf einer anästhesiologischen Behandlung aufgeführt werden:

Wird der Patient am Aufnahme-tag operiert (meist ambulante oder dringliche stationäre Eingriffe), so läuft die anästhesiologische Behandlung - abgesehen von Notfällen - wie folgt ab:

### 1. Arzt-Patienten-Begegnung

Nach der stationären Aufnahme erfolgt zunächst eine Beratung (Nr. 1) oder, falls erforderlich, eine eingehende Beratung (Nr. 3), dann eine vollständige Untersuchung mindestens eines Organsystems (Nr. 7) sowie weitere spezielle Unter-

suchungen (EKG, Labor, etc.) und die Anordnung der Prämedikation. Es kann eine Beratung nach Nr. 1 und die einzelnen Untersuchungen oder, wenn deren Voraussetzungen erfüllt sind, nach Nr. 3 berechnet werden.

### 2. *Arzt-Patienten-Begegnung*

Im weiteren Verlauf wird der Patient für die Anästhesie (Prämedikation) sowie zur Operation vorbereitet. Nach einem Intervall von meist einer bis sechs Stunden (z.B. wenn nicht nüchtern) kommt der Patient in den Operationsaal zur Narkose und Operation. Während der Zwischenzeit widmet sich der Arzt meist anderen Patienten (z.B. Untersuchungen, Durchführung anderer Narkosen, Besprechungen u.a.).

### 3. *Arzt-Patienten-Begegnung*

Nach einem weiteren Intervall - bei stationären Patienten in der Regel erst gegen Abend - wird die postanästhesiologische Visite (Nr. 45) durchgeführt. Ambulante Patienten werden vor der Entlassung nach Hause (meist nach mehreren Stunden) hinsichtlich der weiteren Verhaltensweise beraten und auf die Straßenfähigkeit untersucht. Auch während dieser Zwischenzeit ist der Arzt in anderen Bereichen tätig. Zur Verdeutlichung, daß in diesen Fällen Nr. 3 nicht neben den Folgeleistungen erbracht wurde, empfehlen wir, diese verschiedenen Arzt-Patienten-Begegnungen durch eine chronologische Reihenfolge der Leistungsansätze sowie durch Zeitangaben kenntlich zu machen, obwohl dies in der GOÄ nicht gefordert wird.

Auf Anfrage der Gebührenkommission des BDA hat die Bundesärztekammer mit einem Schreiben vom 30.07.1996 (Info Nr. 39, Az.: 547.020) wie folgt geantwortet (wörtlicher Auszug):

"Als "einzige Leistung" bezieht sich ausschließlich auf den jeweiligen Arzt-Patienten-Kontakt. Weitere Arzt-Patienten-Kontakte können am selben Tag erforderlich sein, so daß die erbrachten Leistungen bei Angabe der Uhrzeit der verschiedenen Arzt-Patienten-Kontakte auch abgerechnet werden können, da sie nicht "neben" der Leistung nach Nr. 3 erbracht werden."

### 5. **Mehrmalige Berechnung der Nr. 3**

Eine mehr als einmalige Berechnung der Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung. Die obligate, in der Abrechnungsbestimmung ausdrücklich geforderte Zeitangabe konkretisiert die Leistungslegende in einem wichtigen Punkt und ist damit ein Teil der Leistungsbeschreibung (ebenso *Brück* zu Nr. 3).

### 6. **Ausschluß neben anderen Leistungen**

Nr. 3 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig (vgl. Allgemeine Bestimmungen Nr. 4 zu Abschnitt B). Nr. 3 kann auch nicht anstelle oder neben einer Visite im Krankenhaus berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen Nr. 5 zu Abschnitt B).

### 7. **Abrechnungsbeschränkungen bei wahlärztlichen Leistungen**

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1 bis 8, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.



Generell nicht berechenbar sind Beratungen nach Nr. 3

- neben Leistungen, deren Legende eine Beratung expressis verbis oder sinngemäß beinhaltet (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Beratung ausschließen (z. B. Erörterungsleistung nach Nr. 34, intensivmedizinische Überwachung/Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

## GOÄ Nummer 4

**Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken –**

**220 Punkte      einfach = 12,82 €**

*Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*

*Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.*

### Kommentar zu Nr. 4

#### **1. Definition der Fremdanamnese / Unterweisung der Bezugsperson**

Die Fremdanamnese beinhaltet die Erhebung der sozialen und krankheitsrelevanten Daten eines nicht kommunikationsfähigen Kranken durch Befragung anderer Personen aus seinem Umkreis. Die Fremdanamnese wird ggf. auch durch die Befragung mehrerer Personen erhoben, ohne daß die Anwesenheit des Patienten erforderlich ist. Kommunikationsstörung kann z.B. eine unfallbedingte Bewußtseinstrübung oder Bewußtlosigkeit, aber auch eine hirnorganische oder psychisch bedingte Desorientierung sein, die für die vorgesehene ärztliche Behandlung fremdanamnestische Angaben erfordert.

Nicht berechnet werden kann Nr. 4 bei Kommunikationsschwierigkeiten, z.B. wegen unzureichender deutscher Sprachkenntnisse des Patienten oder für die Befragung der Eltern von Kindern, die selbst noch keine exakten und verwertbaren Angaben machen können. Verlängert sich hierdurch die Beratungsdauer (mind. 10 Minuten), so kann Nr. 3 berechnet werden.

Die Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) umfaßt, soweit erforderlich, auch

mehrfache Kontakte während der Behandlung, z.B. eines psychisch Kranken. Die Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) muß im Zusammenhang mit der aktuellen Erkrankung stehen. Sie kann, muß aber nicht in Anwesenheit des Patienten erfolgen.

## 2. Zuschläge

Erfolgt die Erhebung der Fremdanamnese und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) zu ungelegener Zeit, so kann der entsprechende Zuschlag nach A bis D (Abschnitt B II) zusätzlich berechnet werden.

## 3. Abrechnungsbeschränkungen

Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Eine der beiden in der Leistungslegende zu Nr. 4 genannten Leistungsalternativen reicht für die Berechnungsfähigkeit aus, auch wenn beide Alternativen erbracht werden, sind sie mit der Gebühr abgegolten (und/oder). Zur Definition des Behandlungsfalles siehe die Ausführungen zu den Allgemeinen Bestimmungen Nr. 1.

Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig (Abrechnungsbestimmungen) und auch nicht neben Nr. 435 (Enumerierung im Abrechnungsausschluß) sowie im Behandlungsfall nicht neben Nr. 15 (Abrechnungsbestimmung nach Nr. 15). Sie kann nicht anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen, Nr. 5 zu Abschnitt B).

Generell nicht berechenbar ist die Erhebung der Fremdanamnese (Nr. 4)

- neben Leistungen, deren Legende die Fremdanamnese *expressis verbis* oder sinngemäß beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Fremdanamnese ausschließen (z.B. Erörterungsleistung nach Nr. 34, intensivmedizinische Überwachung/Be-

handlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

## 4. Weitere Abrechnungsbeschränkungen

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Leistung nach der Nr. 4, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhaussträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.

## Vorbemerkungen zu den Nrn. 5 bis 8

### 1. Definition der Untersuchung

Unter den Begriff "Untersuchung" fallen alle Maßnahmen zur Feststellung physischer und psychischer Fakten, die für die Diagnose und Therapie von Bedeutung sind. Im medizinischen Sprachgebrauch versteht man unter der Untersuchung das Erheben von Befunden (Feststellung von Befindlichkeiten), gleich mit welcher Methode.

Diese Untersuchungen sind entweder in selbständigen Gebührennummern oder in ganzen Abschnitten des Leistungsverzeichnisses aufgeführt. Unterschieden wird zwischen

- den körperlichen Untersuchungen allgemeiner Art,
- den organspezifischen Untersuchungen und
- den Labor- und Röntgenuntersuchungen.

Die Nrn. 5 bis 8 dienen der Abgeltung all derjenigen Untersuchungen, die nicht speziell in der GOÄ aufgeführt sind. Hierzu gehören insbesondere die allgemeinen körperlichen Untersuchungen durch

- Inspektion (z.B. Allgemein- und Ernährungszustand, äußerliche Krankheitszeichen, Beweglichkeit der Gelenke, Mißbildungen)
- Auskultation (z. B. Herz- und Lungenerkrankungen, Gefäß, Darmgeräusche)
- Palpation/Perkussion (z.B. Schmerzempfindlichkeit, Lage und Größe von Organen, Flüssigkeitsansammlungen, Reflexverhalten).

Welche Leistungen nach den Nrn. 5 bis 8 berechnet werden können, richtet sich nach Art und Umfang der im Einzelfall erforderlichen Untersuchungen.

### 2. Berechnung der Untersuchungsleistungen

Handelt es sich um ein singuläres Krankheits-symptom, welches nur eine eng begrenzte klinische Untersuchung erfordert, so kann eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 berechnet werden. Gleiches gilt für die partielle Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme, wenn diese alleine oder zusätzlich notwendig werden, z.B. neben einer Messung des Blutdruckes und der Pulsfrequenz die Auskultation des Herzens und/oder die Palpation der Nierenlager und/oder die Inspektion des Rachens und/oder die Erhebung des Zahnstatus.

Die Leistung nach Nr. 6 mit den dort angegebenen fachspezifischen Untersuchungen kommt für den Anästhesisten kaum in Betracht.

Die Leistung nach Nr. 7 ist berechenbar, wenn sich aus der Anamnese Hinweise auf Vor- oder Begleiterkrankungen ergeben, welche die vollständige Untersuchung eines in Nr. 7 angeführten Organsystems erfordern.

Die Voraussetzung "mindestens" in der Leistungslegende besagt, daß mit der Vergütung nach Nr. 7 auch die vollständige oder partielle Untersuchung weiterer Organsysteme abgegolten ist. Eine Mehrfachberechnung der Nr. 7 ist danach ausgeschlossen, wenn bei der gleichen Inanspruchnahme mehrere Organsysteme vollständig untersucht werden mußten.

Die umfangreichste der Untersuchungen ist die Erhebung des Ganzkörperstatus. Sie umfaßt nicht nur die eingehende Untersuchung der in der Leistungslegende angegebenen Organe, sondern zusätzlich eine orientierende neurologische Untersuchung.

### 3. Dokumentation

Die Angabe in den Leistungslegenden der Nrn. 6 bis 8 "gegebenenfalls einschließlich Dokumentation" meint nicht, daß die Dokumentation generell dem Belieben des Arztes überlassen ist. Die Verpflichtung zu ärztlichen Aufzeichnungen

ergibt sich aus § 15 der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte. Obligatorisch ist danach zumindest die Dokumentation pathologischer Befunde.

#### **4. Leistung zu ungelegener Zeit**

Werden Untersuchungen nach den Nrn. 5 bis 8 zu ungelegenen Zeiten erbracht, so können nach der neuen GOÄ (1996) - wie bei den Beratungen - die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D zusätzlich berechnet werden. Für die Untersuchungen nach den Nrn. 5 bis 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr kann ferner ein Zuschlag nach K1 berechnet werden. Falls diese Untersuchungen zu ungelegenen Zeiten erforderlich werden, kann der Zuschlag nach K1 zusätzlich zu den Zuschlägen nach A bis D berechnet werden.

# GOÄ Nummer 5

## Symptombezogene Untersuchung

**80 Punkte**      **einfach = 4,66 €**

*Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.*

### Kommentar zu Nr. 5

#### 1. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Im anästhesiologischen Bereich kann in Ausnahmefällen bei jungen Patienten mit unauffälliger Anamnese und ohne erkennbare Begleiterkrankungen präanästhesiologisch eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 genügen, falls ausreichende Fremdbefunde vorliegen, die der Anästhesist im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes verwerten kann.

Postoperativ dient die symptombezogene Untersuchung und/oder partielle Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme der Feststellung, ob und inwieweit die Wirkungen der Anästhetika abgeklungen sind und wann ein Patient auf die Bettenstation zurückverlegt oder nach ambulanten Narkosen und Regionalanästhesien nach Hause entlassen werden kann.

#### 2. Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 5

Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8, 50 und 51 sowie den Nrn. 448 und 449 nicht berechnungsfähig. "Neben" bezieht sich hierbei auf dieselbe Arzt-Patienten-Begegnung.

Generell nicht berechenbar ist die Untersuchung nach Nr. 5

- neben Leistungen, deren Legenden Untersuchungen expressis verbis oder sinngemäß beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. Besuche nach den Nrn. 50, 51,

intensivmedizinische Überwachung/Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

#### 3. Berechnung als ärztliche Wahlleistung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Untersuchung nach der Nr. 5, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahmen und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhaus Träger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.

## GOÄ Nummer 7

**Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – ggf. einschließlich Dokumentation –**

**160 Punkte      einfach = 9,33 €**

*Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:*

- *Bei dem Hautorgan:  
Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbare Schleimhäute, ggf. einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glaspatel;*
- *Bei den Stütz- und Bewegungsorganen:  
Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;*
- *Bei den Brustorganen:  
Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;*
- *Bei den Bauchorganen:  
Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;*
- *Bei dem weiblichen Genitaltrakt:  
bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, ggf. Palpation der Nierenlager und des Unterbauches.*

*Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.*

## Kommentar zu Nr. 7

### 1. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Vor der Durchführung von Operationen ist die Untersuchung auf Operationsfähigkeit, vor Anästhesieverfahren die Prüfung der Anästhesiefähigkeit stets erforderlich. Dazu gehört neben der Erhebung der Anamnese und einer Beratung über die Art des Betäubungsverfahrens in der Regel eine Untersuchung nach Nr. 7:

Untersuchung der Brustorgane:

- Auskultation von Herz und Lunge
- Perkussion von Herz und Lunge, Blutdruckmessung.

Nach den Umständen des einzelnen Falles entscheidet sich, inwieweit der verantwortliche Arzt bereits vorliegende Untersuchungsergebnisse zur Beurteilung verwerten kann und in welchem Umfang weiterführende Untersuchungen (z.B. EKG, Röntgenuntersuchung, Labor) erforderlich sind.

Sind intra- oder postoperativ ernsthafte Komplikationen aufgetreten, so wird gegebenenfalls eine erneute Untersuchung nach Nr. 7 notwendig sein.

### 2. Abrechnungsbeschränkungen

Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 sowie den Leistungen nach den Nrn. 448 und 449 nicht berechnungsfähig, also z.B. nicht als Abschlußuntersuchung nach der Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bei ambulanten Anästhesien.

Generell nicht berechenbar ist Nr. 7

- neben Leistungen, deren Legende eine Untersuchung expressis verbis oder sinngemäß beinhalten (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. intensivmedizinische Überwachung/Behandlung nach Nr. 435, Beobach-

tung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

### **3. Berechnung als wahlärztliche Leistung**

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Untersuchung nach der Nr. 7, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhaussträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.

## GOÄ Nummer 8

### Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, ggf. einschließlich Dokumentation

260 Punkte      einfach = 15,15 €

*Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.*

*Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, und/oder 8 nicht berechnungsfähig.*

#### Kommentar zu Nr. 8

##### 1. Definition des Ganzkörperstatus

Voraussetzungen für die Berechenbarkeit der Nr. 8 sind

- die medizinische Indikation zur Erhebung des Ganzkörperstatus (z.B. die Erstuntersuchung eines neuen Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus oder die umfangreiche Erstuntersuchung eines Schmerzpatienten)
- daß alle Untersuchungen der in der Abrechnungsbestimmung angegebenen Organsysteme durchgeführt wurden.

Die orientierende neurologische Untersuchung beinhaltet die Prüfung der wichtigsten neurologischen Reflexe, eine orientierende Prüfung der Sinnesorgane (Hör- und Sehorgane), der Motorik, der Koordination, der Sensibilität der Haut sowie der Pulse der hirnversorgenden Arterien (ebenso *Lang* zu Nr. 8).

##### 2. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Für den Anästhesisten kommt für die präanästhesiologische Untersuchung in der Regel die Leistung nach Nr. 7 in Frage. Voraussetzung ist die vollständige Untersuchung mindestens eines der in der Leistungslegende angegebenen Organ-

systeme. Partielle Untersuchungen weiterer Organsysteme sind ebenfalls mit Nr. 7 abgegolten und können nicht zusätzlich nach den Nrn 5, 6 oder 8 berechnet werden.

Bei jungen, anamnestisch und klinisch unauffälligen Patienten kann eine symptombezogene Untersuchung nach Nr. 5 ausreichen, insbesondere wenn komplementäre Fremdbefunde vorliegen, die der Anästhesist im Rahmen des Vertrauensgrundsatzes verwerten kann. Nr. 5 ist auch zu berechnen für die partielle Untersuchung eines Organsystems. Weitere Einzelheiten hierzu finden sich bei *Weigand/Weißauer/Zierl*, Kommentar zur 4. Änderung der GOÄ, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Heft 5 (1996), S. 286. Gleiches gilt für eine symptombezogene neurologische Untersuchung, z.B. zur Feststellung der Analgesieausbreitung bei einer Spinal-, Peridural- oder Plexusanästhesie, da es sich hier nur um einen Teil der eingehenden neurologischen Untersuchung nach Nr. 800 handelt (ebenso *Brück* zu Nr. 8).

In besonderen Fällen, z.B. moribunde Patienten mit multiplen Vorerkrankungen und notwendiger aufwendiger anästhesiologischer Betreuung, kann auch für den Anästhesisten im Einzelfall eine Erhebung des Ganzkörperstatus indiziert sein, um alle anästhesierelevanten Faktoren präoperativ, insbesondere bei fehlenden oder nicht ausreichenden Vorbefunden zu erfassen.

Auch kann die Erhebung eines Ganzkörperstatus bei komplexen Schmerzkrankheiten erforderlich sein, um eine exakte Diagnose im Hinblick auf die Auswahl des Therapieverfahrens treffen zu können. Häufig ist der Anästhesist im Rahmen der Schmerztherapie der erste Arzt, der neben einer detaillierten Anamnese auch eine vollständige körperliche Untersuchung mit den Inhalten der Leistungslegende zu Nr. 8 durchführt.



### 3. Fachbereichsgrenzen

Die Erhebung des Ganzkörperstatus ist - anders als im EBM - keinen fachbereichsbezogenen Einschränkungen unterworfen. Diese umfangreiche Untersuchung dürfte jedoch für den Anästhesisten im Rahmen operationsbezogener Anästhesieverfahren nur in speziellen Fällen indiziert sein, (vgl. *Weigand/Weißbauer/Zierl*, Kommentar zur 4. Änderung der GOÄ, „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, Heft 5 (1996), S. 286/287). Einige Kommentatoren vertreten die Auffassung, daß Nr. 8 nur von denjenigen Arztgruppen berechnet werden könne, denen die Erhebung des Ganzkörperstatus weiterbildungsrechtlich zugeordnet werden könne. Aufgeführt werden hier die praktischen Ärzte (Ärzte ohne Gebietsbezeichnung), Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte und Chirurgen (vgl. *Brück* zu Nr. 8). Eine derartige Einschränkung ist jedoch weder den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B II noch der Leistungslegende zu Nr. 8 zu entnehmen. Der Ordnungsgeber hätte die Leistung nach Nr. 8 entsprechend formulieren müssen. Vielmehr ist die Leistung nach Nr. 8 bewußt dem Kapitel B "Allgemeine Beratungen und Untersuchungen" zugeordnet. Sie muß auch für den Anästhesisten unter Berücksichtigung der speziellen Indikationen berechenbar sein.

### 4. Abrechnungsbeschränkungen

Werden mehr als die in der Leistungslegende zu Nr. 8 angegebenen Organsysteme untersucht, so sind weitere Untersuchungsleistungen nach den Nr. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht zusätzlich zu Nr. 8 berechenbar (vgl. 2. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 8). Gleiches gilt für die Nr. 801 (eingehende psychiatrische Untersuchung), obwohl diese in der 2. und 4. Abrechnungsbestimmung nicht aufgeführt ist. Vorrangig ist in diesem Fall die Abrechnungsbestimmung nach Nr. 801, wonach neben dieser Leistung u.a. die Berechenbarkeit der Nr. 8 ausgeschlossen ist.

Generell nicht berechenbar ist Nr. 8

- neben Leistungen, deren Legende eine Untersuchung *expressis verbis* oder sinngemäß beinhaltet (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) oder
- wenn spezielle Abrechnungsbestimmungen die Berechnung der Untersuchungen ausschließen (z.B. intensivmedizinische Überwachung/Behandlung nach Nr. 435, Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den Nrn. 448 und 449 sowie neurologische/psychiatrische Untersuchungen nach den Nrn. 800 und 801).

Wegen weiterer Abrechnungsbeschränkungen vgl. die Kommentare zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B.

### 5. Berechnung als ärztliche Wahlleistung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 3 der GOÄ können die wahlärztlichen Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62, also auch die Untersuchung nach der Nr. 8, innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung nur dann berechnet werden, wenn sie vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Dies gilt für alle Ärzte, die wahlärztliche Leistung erbringen, auch für vor-, teil- und nachstationär erbrachte Leistungen.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären belegärztlichen Leistungen und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenträger als Institutsleistung oder von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden.

Wegen der Begriffe "Wahlarztvertrag" und "ständige Vertretung" s. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98.

# **Abschnitt B**

**II. Zuschläge zu Beratungen  
und Untersuchungen nach  
den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7  
oder 8**

## Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ erbracht.

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

### Zuschlag A

Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen

70 Punkte einfach = 4,08 €

*Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag B

Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen

180 Punkte einfach = 10,49 €

### Zuschlag C

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

320 Punkte einfach = 18,65 €

*Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag D

Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen

220 Punkte einfach = 12,82 €

*Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.*

*Werden Leistungen an Samstagen, Sonntagen oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.*

*Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.*

### Zuschlag K1

Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

120 Punkte einfach = 6,99 €

## Kommentar

### 1. Berechnung der Zuschläge

Werden Beratungen nach den Nrn. 1, 3, 4 und Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 zu ungelegenen Zeiten erbracht, so werden die damit verbundenen Erschwernisse durch die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D und K1 vergütet. Da damit nach dem Willen des Verordnungsgebers die Erschwernisse abgegolten sind, kann die Leistung zu ungelegener Zeit nicht zusätzlich als Kriterium für die Bemessung des Steigerungssatzes herangezogen werden.

Unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen ist der jeweilige Zuschlag je Inanspruchnahme des Arztes (Arzt-Patienten-Kontakt) nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechenbar. In der Rechnung ist der Zuschlag unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen (Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B II).

In den Allgemeinen Bestimmungen ist nicht geregelt, welcher Zuschlag in Frage kommt, wenn z.B. eine Beratung und/oder eine Untersuchung um 19.50 Uhr beginnt und bis 20.30 Uhr dauert. Es liegt nahe darauf abzustellen, ob der überwiegende Zeitanteil der in Frage stehenden Leistungen in die Tag- oder Nachtzeit fällt. Im genannten Beispiel wäre demnach ein Zuschlag nach B zu berechnen.

Das gleiche muß aber auch dann gelten, wenn ein wesentlicher Teil der Leistung auf die Nachtzeit entfällt.

Die Zuschläge nach A bis D sind auch berechnungsfähig bei telefonischer Beratung nach den Nrn. 1 und 3, dagegen nicht für die Leistung nach Nr. 2, die in der Überschrift zu B II nicht als zuschlagsberechtigte Leistung erwähnt wird.

### 2. Berechnung im Notfalldienst

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D und K1 können auch berechnet werden, wenn sie im Rahmen des geregelten Notfalldienstes außerhalb der üblichen Sprechzeiten erbracht werden, da es

sich beim Notfalldienst nicht um eine "übliche" Sprechstunde handelt.

### 3. Berechnung im stationären Bereich

Die Zuschläge gelten prinzipiell für den ambulanten und den stationären Bereich.

Die Berechnung des Zuschlags nach Buchstabe A wird jedoch für Krankenhausärzte generell ausgeschlossen. Die Zuschläge nach Buchstabe B bis D dürfen für wahlärztliche Leistungen nur berechnet werden, wenn der liquidationsberechtigte Arzt oder sein vor Abschluß des Wahlarztvertrags dem Patienten benannter ständiger ärztlicher Vertreter die Leistung persönlich erbracht hat. Keine wahlärztlichen Leistungen und damit von dieser Einschränkung nicht betroffen, sind die stationären belegärztlichen Leistungen.

Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte für Leistungen, die an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen zwischen 8 und 20 Uhr erbracht werden, nicht berechenbar.

Die Honorare im stationären Bereich unterliegen der Gebührenminderung (§ 6a Abs. 1 GOÄ). Bei stationären und teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen beträgt die Gebührenminderung 25 von 100, bei Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 von 100. Die Gebührenminderung gilt nicht für die ambulante Behandlung von Selbstzahlern durch Krankenhausärzte im Rahmen der Nebentätigkeit sowie für ambulante Leistungen der Belegärzte.

Zu den speziellen Abrechnungsbestimmungen der einzelnen Zuschlagsnummern siehe auch die Sonderregelungen nach den jeweiligen Buchstaben.

### 4. Abrechnungsbeschränkungen

Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D und K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis I und K2 (Abschnitt B V) nicht berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B II).