

Abschnitt B

VI. Berichte, Briefe

GOÄ Nummer 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

40 Punkte einfach = 2,33 €

Kommentar zu Nr. 70

1. Inhalt der Leistung

Die Berechenbarkeit der Nr. 70 setzt voraus, daß die kurze Bescheinigung oder das kurze Zeugnis - ebenso wie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - in schriftlicher Form ausgestellt wird. Diese Bescheinigungen oder Zeugnisse können dem anfordernden Patienten oder einer sonstigen anfordernden Stelle berechnet werden unabhängig davon, ob sie von einem privaten Kostenträger oder einer Beihilfestelle erstattet werden. Gleiches gilt z.B. für Anwesenheitsbescheinigungen zur Dokumentation des Praxisbesuches gegenüber dem Arbeitgeber.

2. Berechnung für Entlassungsberichte

Ein vorläufiger Bericht bei der Entlassung aus der stationären in die ambulante Behandlung, der inhaltlich über die bloße Befundmitteilung oder einen einfachen Befundbericht hinausgeht, kann nach Auffassung der Bundesärztekammer nach Nr. A72, analog Nr. 70, berechnet werden (vgl. Deutsches Ärzteblatt 1997; 94, Heft 28-29, A-1962).

3. Berechnung neben Nr. 3

Nr. 70 kann auch neben Nr. 3 berechnet werden, wenn die kurze Bescheinigung oder das kurze Zeugnis - wie in der Regel - erst zu einem Zeitpunkt ausgestellt wird, der nicht mehr in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3 steht. Gesonderte Zeitangaben sind hier nicht erforderlich (ebenso *Brück* zu Nr. 75).

4. Abrechnungsbeschränkungen

Reine Befundmitteilungen (z.B. EKG-, Röntgen- oder Laborbefunde) oder einfache Befundberichte für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen oder schriftlichen Anordnungen, z.B. anlässlich der Rückverlegung eines Patienten aus dem anästhesiologischen Tätigkeitsbereich (Aufwachraum, Wach-/Intensivstation) auf eine Krankenstation, sind mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten. Gleiches gilt für Mitteilungen innerhalb eines ambulanten Operations- oder Anästhesiezentrums oder einer Praxisgemeinschaft. In diesen Fällen handelt es sich um nicht honorarfähige innerbetriebliche Mitteilungen.

Mündliche Äußerungen oder telefonische Auskünfte des Arztes z.B. gegenüber einer anfragenden Stelle sind nicht berechenbar. Für die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes oder telefonische Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten durch eine Arzthelferin ist Nr. 2 zu berechnen.

GOÄ Nummer 75

Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)

130 Punkte einfach = 7,58 €

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr über die zugrunde liegende Leistung abgegolten.

Kommentar zu Nr. 75

1. Anwendungsbereich in der Anästhesie

Der ausführliche Krankheits- und Befundbericht fällt in der Regel bei der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung an (Entlassungsbericht), aber auch z.B. nach einer ambulanten Schmerzbehandlung, bei der Überweisung zur Weiterbehandlung an ein anderes Krankenhaus oder einen niedergelassenen Arzt. Für den Anästhesisten kommt die Berechnung des Krankheits- und Befundberichtes in Betracht, wenn es sich um eine komplexe Behandlung gehandelt hat oder wenn z.B. während eines Betäubungsverfahrens, während der intensivmedizinischen Behandlung oder im Verlaufe einer Schmerzbehandlung Komplikationen aufgetreten sind, über die der einweisende oder weiterbehandelnde Arzt informiert werden sollte.

2. Inhalt der Leistung

Zum ausführlichen Krankheits- und Befundbericht gehören - über den aktuellen Status hinaus - detaillierte Angaben zur Anamnese, zu Vor- und Begleiterkrankungen, über den Krankheitsverlauf sowie Informationen über zwischenzeitlich aufgetretene Komplikationen. Er umfaßt in der Regel Mitteilungen oder Berichte bei relevanten Befunden, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden, wobei auch Fremdbefunde mit einbezogen werden können. Er ist auf die zeitli-

che Entwicklung der Befunde ausgerichtet und beinhaltet auch differenzialdiagnostische Überlegungen. Die Leistungslegende fordert ferner die epikritische Bewertung sowie ggf. Vorschläge zur weiteren Therapie oder zu Kontrolluntersuchungen.

Nr. 75 kann auch für den ausführlichen Bericht eines zur Konsiliaruntersuchung zugezogenen Arztes über das Ergebnis seiner konsiliarischen Untersuchung neben der konsiliarischen Erörterung nach Nr. 60 berechnet werden (ebenso *Brück* zu Nr. 75 und *Hoffmann* zu Nr. 75). Gleiches gilt für einen ausführlichen Krankenhausentlassungsbericht durch den liquidationsberechtigten Arzt, z.B. an ein anderes Krankenhaus oder an den einweisenden bzw. weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt, sowie einen ausführlichen Verlaufsbericht über einen abgeschlossenen Behandlungsabschnitt einer Fachabteilung an die andere, z.B. Verlegung von der Intensivstation auf die Bettenstation.

3. Rechnungsstellung

Wird der ausführliche Krankheits- und Befundbericht ausschließlich auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erstellt, so ist dies auf der Rechnung zu vermerken (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Kostenträger oder Beihilfestelle haben dann zu prüfen, ob sie zur Erstattung verpflichtet sind.

Ebenso wie Nr. 70 kann auch Nr. 75, wenn erst zu einem Zeitpunkt ausgestellt, der nicht mehr im Zusammenhang mit der Leistungserbringung nach Nr. 3 steht, auch ohne gesonderte Zeitangabe oder sonstige Begründungen berechnet werden (ebenso *Brück* zu Nr. 75).

4. Abrechnungsbeschränkung

Nr. 75 kann nicht berechnet werden für die bloße Mitteilung von Befunden (z.B. EKG-, Röntgen- oder Laborbefunde). Gleiches gilt für den einfachen Befundbericht, der zwar inhaltlich über die bloße Befundmitteilung hinausgeht, aber den Leistungsinhalt der Nr. 75 nicht erfüllt (ebenso *Brück* zu Nr. 75).

5. Dokumentation

Aufzeichnungen auf Narkoseprotokollen oder über den Verlauf der intensivmedizinischen Überwachung bzw. Behandlung gehören zur Dokumentationspflicht des Arztes (§ 15 der Musterberufsordnung für Deutsche Ärzte) und sind nicht nach Nr. 75 berechenbar.