

Abschnitt C

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesie- leistungen

Allgemeine Bestimmungen

(1) Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwchräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.

Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

(2) Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

(3) Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen

- nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F
- nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
- nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382 bis 1384, 1386 in Abschnitt I,
- nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527,

1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,

- nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K
- oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

(4) Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.

(5) Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.

(6) Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

Vorbemerkung zu den Nrn. 446 bis 449

Analog zu den bestehenden Regelungen im EBM wurden nunmehr auch in der GOÄ Zuschlagsnummern (Nrn. 446 und 447) sowohl für ambulant durchgeführte Anästhesien/Narkosen als auch eine Vergütung für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach ambulant durchgeführten Operationen und Anästhesien/Narkosen in das Leistungsverzeichnis aufgenommen (Nrn. 448 bis 449). Kommentiert werden hier die Allgemeinen Bestimmungen sowie die Zuschlagsnummern, nur soweit sie das Fachgebiet Anästhesiologie betreffen. Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C VIII werden in den Legenden und Abrechnungsbestimmungen der Gebührennummern 446/447 und 448/449 weitgehend wiederholt und zum Teil auch erweitert. Um Doppelerörterungen und Widersprüche zu vermeiden, werden die Allgemeinen Bestimmungen zusammen mit den Zuschlagsnummern kommentiert.

GOÄ Nr. 446

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind

300 Punkte einfach = 17,49 €

Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nummer 447

Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind

650 Punkte einfach = 37,89 €

Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu den Nrn. 446 und 447

Diese Zuschläge können bei ambulanten Anästhesien/Narkosen sowohl in der Praxis niedergelassener Ärzte als auch im Krankenhaus berechnet werden. Mit der Vergütung werden die Kosten für Anästhesieeinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume sowie für wiederverwendbare Anästhesiematerialien bzw. -geräte) abgegolten (vgl. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt C VIII Nr. 1).

Der Zuschlag nach Nr. 446 ist zu berechnen bei Anästhesien/Narkosen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind. Hierunter fallen die noch nicht novellierten Anästhesie-/Narkoseleistungen nach den Nrn. 453, 469, 476 und 478 sowie 497 und 498.

Der Zuschlag nach Nr. 447 kann für Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind, berechnet werden. Hierunter fallen die noch nicht novellierten Anästhesie-/Narkoseleistungen nach den Nrn. 460, 462, 470 bis 474 und 481.

Die angegebenen Punktzahlen dürfen sich lediglich auf die jeweils höchstbewertete Anästhesieleistung beziehen. Eine Zuordnung des Zuschlages nach den Nrn. 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Anästhesieleistungen ist nicht möglich (Allgemeine Bestimmungen Nr. 4).

Wird ein Anästhesieverfahren durch eine Folgeziffer ergänzt (z.B. Nr. 463 nach Nr. 462), so bedeutet die längere Dauer nicht, daß es sich um ein neues oder anderes Verfahren handelt. Höchstbewertetes Anästhesieverfahren ist die Kombinationsnarkose.

Die Zuschläge nach den Nrn. 446 und 447

- sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig; sie sind in der Rechnung unmittelbar an die zugeordnete anästhesiologische Leistung aufzuführen (Allgemeine Bestimmungen Nrn. 2 und 3)
- können je Behandlungstag für denselben Patienten nur einmal berechnet werden (Abrechnungsbestimmungen nach diesen Gebührennummern)
- sind nicht nebeneinander berechenbar (Abrechnungsbestimmungen nach diesen Gebührennummern).

Die Zuschläge sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehand-

lung aufgenommen wird; dies gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen intra- oder postoperativ notwendig und entsprechend begründet wird (Allgemeine Bestimmungen Nr. 6).

Bei den oben genannten Zuschlägen handelt es sich um eine Kostenerstattung und nicht um die Vergütung ärztlicher Leistungen. Die Berechenbarkeit der Zuschläge nach Nrn. 446 und 447 ist nicht an die Durchführung zuschlagsberechtigter Operationen gebunden.

Bei Operationen/Narkosen in einer Praxis oder einem ambulanten Operationszentrum werden die Kosten von den beteiligten Ärzten nicht immer den Vergütungen der fachspezifischen Zuschlagsnummern entsprechend bestritten. Häufig trägt der Operateur auch Teile der Kosten des Anästhesisten oder umgekehrt. Daß dem "kostentragenden Arzt" die Vergütungen der Zuschlagsnummern des anderen Arztes ganz oder anteilig zustehen, ist gebührenrechtlich nicht geregelt. Die Aufteilung bleibt einer einvernehmlichen Absprache zwischen den Ärzten vorbehalten. Werden die Einrichtungen des Krankenhauses im Rahmen der ambulanten Nebentätigkeit genutzt, so stehen die Vergütungen für die jeweils berechneten Zuschlagsnummern dem Krankenhaus nur dann zu, wenn die Inanspruchnahme der Operations-/Anästhesieeinrichtungen nicht durch das vertraglich vereinbarte Nutzungsentgelt, z.B. durch prozentuale Abgaben vom Bruttoentgelt, bereits abgegolten ist.

GOÄ Nummer 448

Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen

600 Punkte einfach = 34,97 €

Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nummer 449

Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen

900 Punkte einfach = 52,46 €

Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu den Nrn. 448 und 449

Mit diesen Zuschlagsnummern werden vergütet:

- die Kosten für das beobachtende und betreuende nichtärztliche Personal während der

Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit bzw. der Entlassung des Patienten nach Hause

- die ärztliche Aufsicht in dieser Phase und die Bereitschaft, bei auftretenden Zwischenfällen unverzüglich eingreifen zu können, sowie die Beurteilung, ob und wann ein Patient entlassen werden kann (z.B. Abschlußuntersuchung).

Die Vergütungen nach den Nrn. 448 bzw. 449 umfassen also neben der Erstattung von Personalkosten auch die Honorierung des ärztlichen Leistungsanteils.

Nach dem Wortlaut der Leistungslegenden und nach Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen können die Zuschläge nach den Nrn. 448 und 449 nur im Zusammenhang mit zuschlagsberechtigten Operationen nach den Nrn. 442 bis 445 bei gleichzeitiger Durchführung zuschlagsberechtigter Anästhesien/Narkosen nach den Nrn. 446 oder 447 und nur von einem der beteiligten Ärzte berechnet werden, entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur (vgl. Allgemeine Bestimmungen Nr. 5).

Nr. 448 ist berechenbar bei einer Beobachtung und Betreuung des Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit; Nr. 449 bei einer Beobachtung und Betreuung über mehr als vier Stunden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen (Allgemeine Bestimmungen Nr. 3).

Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz (Allgemeine Bestimmungen Nr. 2) und je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig (Abrechnungsbestimmungen nach diesen Leistungen).

Sie sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen

men wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen intra- oder postoperativ notwendig und entsprechend begründet wird (Allgemeine Bestimmungen Nr. 6).

Die Zuschläge nach den Nrn. 448 bzw. 449

- sind neben den Beratungen und Untersuchungen (Nrn. 1 bis 8) sowie der Verweilgebühr (Nr. 56) nicht berechenbar (Abrechnungsbestimmungen nach den Nrn. 448 und 449)
- können nicht nebeneinander berechnet werden (Abrechnungsbestimmungen nach den Nrn. 448 und 449).

Werden die Kosten für das beobachtende und betreuende Personal ausschließlich von einem der beteiligten Ärzte getragen und von ihm auch die ärztliche Aufsicht und Bereitschaft wahrgenommen, so soll ihm die Vergütung nach den Nrn. 448 bzw. 449 in voller Höhe zustehen. Dies kann z.B. in einem vom Operateur oder umgekehrt vom Anästhesisten geleiteten und finanzierten Operationszentrum der Fall sein.

Stellt beim ambulanten Operieren in seiner Praxis der Operateur auch das überwachende Personal und führt der Anästhesist die Aufsicht, während der Operateur anderen Tätigkeiten in seiner Praxis nachkommt (z.B. Sprechstunde, Hausbesuche), so sollten die Zuschläge intern geteilt werden. Benutzen Operateur und Anästhesist für das ambulante Operieren die Einrichtungen eines Dritten, z.B. eines Krankenhauses, so stehen diesem für das Vorhalten des ärztlichen Hilfspersonals zur postoperativen Beobachtung und Betreuung die Vergütungen nach den Nrn. 448 bzw. 449 anteilig zu.

Es sollte versucht werden, interkollegial bzw. mit dem Krankenhausträger einvernehmlich eine der jeweiligen Organisationsform entsprechender Regelung zu vereinbaren.