

Dr. med. Johann Waßmuth-Langanke
Facharzt Innere Medizin und Schlafmedizin
Balneologie und med. Klimatologie

Bianca Maus
MSc Sleep Medicine | Oxford University
Zahnärztliche Schlafmedizin

Listlandstraße 25 | List auf Sylt
Gather Landstraße 75 | 25899 Niebüll
Maleens Knoll 2 | 25826 St. Peter-Ording
c/o HIR Hohe Bleichen 18 | 20354 Hamburg

Telefon +49 (0) 4863 2046
Fax +49 (0) 4863 476566
Mail spo@somnologikum.com
somnologikum@tm.kim.telematik

www.somnologikum.com

Erläuterungen zur Abrechnung von schlafmedizinischen Leistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne möchten wir Ihnen bei der Erstattung behilflich sein. Unsere Abrechnung können wir wie folgt weiter ausführen. Die entsprechende Literatur haben wir diesem Schreiben angehängt.

Die Abrechnung schlafmedizinischer Leistungen erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dabei halten wir uns strikt an die Empfehlungen, die in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium des Innern festgelegt wurden.

Die Abrechnung erfolgt anhand von Analogziffern, wie sie in der Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 101, Heft 8, 20. Februar 2004) veröffentlicht sind, da bis heute keine Abrechnungsziffern existieren. Diese analogen Einzelleistungen werden dort zu Leistungskomplexen zusammengefasst, sodass Inhalt und Umfang festgelegt sind.

Die von uns abgerechneten Analogziffern sowie der Umfang der einzelnen Leistungskomplexe entsprechen somit den höchstmöglichen Empfehlungen der Bundesärztekammer.

Die Bemessung der Gebühren regelt §5 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem 1fachen bis 3,5fachen des Gebührensatzes. Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem 1fachen bis 2,5fachen des Gebührensatzes. Ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen dies rechtfertigen.

Diese Regelung entspricht dem Wortlaut der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und nennt explizit die Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen als Rechtfertigung für ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes.

Das Standardwerk zur Abrechnung medizinischer Leistungen von Wezel/Liebold führt aus, was unter dem Begriff „Umstände bei der Ausführung“ zu verstehen ist:

„Mit dem Kriterium soll der Aufwand des Arztes berücksichtigt werden, der durch besondere Umstände bedingt ist. Wird eine ärztliche Leistung mit technischem bzw. apparativem Anteil mit Hilfe eines neu entwickelten und damit in der Regel auch leistungsfähigeren und teureren Gerätes durchgeführt, welches wegen der zu seltenen Novellierung der GOÄ dort noch nicht berücksichtigt ist, muss der Ausgleich der höheren Betriebskosten durch eine entsprechende Wahl des Multiplikators unter dem Kriterium „Umstände der Ausführung“ möglich sein.“

Dieser Umstand ist in der Schlafmedizin unbestritten erfüllt. Die Leistungskomplexe Polygraphie und Polysomnographie haben sich in den vergangenen 21 Jahren in ihrem Umfang und technischen Leistungsvermögen und damit auch in ihren Betriebskosten rasant entwickelt. Da jedoch die Einzelziffern festgelegt sind, ist der Ausgleich über die entsprechende Wahl des Multiplikators konform zu Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ferner gilt sogar:

„Ist eine Leistung im Gebührenverzeichnis nicht enthalten und muss gem. § 6 GOÄ eine andere als gleichwertig beurteilte Leistung analog herangezogen werden, so kann selbstverständlich zu dieser Analogposition nach den Kriterien dieses §5 GOÄ ein Mehrfachsatz berechnet werden. Es gibt im letzteren Fall auch keine generelle Begrenzung auf die allein für sogen. Technische Leistungen vorgesehene verminderte Gebührenspanne.“

Dies bedeutet, dass Leistungen der Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses nicht an den 1fachen bis 2,5fachen des Gebührensatzes gebunden sind und auf hier das 3,5fache des Gebührensatzes berechnet werden könnte.

Die von uns abgerechneten Leistungen halten sich strikt an die Vorgaben der Bundesärztekammer und an den Gebührenrahmen der GOÄ, sind damit wirtschaftlich angemessen und somit erstattungspflichtig.

Mit freundlichen Grüßen

Johann Waßmuth-Langanke

Anlagen:

Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 101, Heft 8, 20. Februar 2004)
Auszüge aus Wezel / Liebold - Der Kommentar zu EBM und GOÄ (ISBN: 978-3-537-53499-6)

Biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermengewinnung, einschließlich Untersuchung der Hodengewebeproben nach dem Auftauen, analog Nr. 4872.

Die Analogposition ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

2. Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ

Der Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer gibt folgende, mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie dem Bundesministerium des Innern abgestimmte Empfehlungen zur Abrechnung diagnostischer Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ bekannt:

2.1 Kardiorespiratorische Polygraphie

Der **Leistungskomplex** der kardiorespiratorischen Polygraphie (so genanntes „Kleines Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens sechs Stunden Dauer, analog Nr. 653 GOÄ.
- Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ.
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ.
- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP- oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche Registrierung beziehungsweise Überwachung über eine mindestens sechsstündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

2.2 Polysomnographie

Der **Leistungskomplex** der Polysomnographie (so genanntes „Großes Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG-Aufzeichnung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 827.
- EOG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237.
- EKG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 653.
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 602.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605.
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 839.
- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714.
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-/BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer nCPAP-/ oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518.

2.3 Polygraphische Vigilanzmessung am Tag

Der **Leistungskomplex** der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827, einmal pro Untersuchungstag.
- EOG nach Nr. 1237, einmal pro Untersuchungstag.
- EMG nach Nr. 838, einmal pro Untersuchungstag.

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten müssen an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand gemessen werden.

2.4 Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken, analog Nr. 427.

2.5 Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518 je Sitzung.

2.6 Einsatz neuropsychologischer Testverfahren zur schlafmedizinischen Diagnostik, analog Nr. 856.

Die Anerkennung der Leistung setzt voraus, dass mindestens zwei neuropsychologische Testverfahren, gegebenenfalls einschließlich psychometrischer und projektiver Verfahren, eingesetzt werden. □

BUNDESÄRZTEKAMMER

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Bekanntmachungen

Gemeinsamer HTA der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Radiumchloridtherapie bei Morbus Bechterew

Die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung beauftragten mit Beschluss vom 26. 4. 2002 ihre gemeinsame HTA-Arbeitsgruppe, ein evidenzbasiertes Assessment zum gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Radiumchloridtherapie bei Morbus Bechterew zu erstellen.

Dieser HTA-Bericht wurde inzwischen abgeschlossen, einem Peer Review

durch vom wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer benannte Sachverständige unterzogen und von beiden o. g. Vorständen am 30. Januar 2004 zur Veröffentlichung freigegeben.

Die Veröffentlichung einer Zusammenfassung erfolgt in diesem Heft unter Medizinreport. Der vollständige Bericht steht im Internet unter www.bundesaeerztekammer.de/30/HTA/index.html sowie unter www.kbv.de/hta. □

Gebührenrahmen (Gebührenschanne, Multiplikatoren, Vervielfältigungssätze)

	Leistungen			
	persönliche ¹⁾	persönliche nach § 5 Abs. 5 ²⁾	technische	
			ohne Labor ³⁾	Labor ⁴⁾
Schwellenwert Höchstsat ¹⁾	2,3 3,5	1,8 2,3	1,8 2,5	1,15 1,3
Standardtarif nach § 5 b GOÄ	1,7	1,7	1,3	1,1
Seit 1. Januar 2009	1,8	1,8	1,38	1,16

1) Ausgenommen Leistungen für einen Schwangerschaftsabbruch, Höchstsatz hier: 1,8-fache (§ 5 a).
 2) Wahlärztliche Leistungen, die nicht vom liquidationsberechtigten Arzt oder seinem vorher benannten Vertreter persönlich erbracht wurden.
 3) Abschnitte E und O, außerdem für die im Abschnitt A aufgelisteten Nrn.
 4) Abschnitt M und Nr. 437

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Kommentar:

a) Faktoren/Bemessungskriterien für die Variation der Gebührensätze

Eine Variation zwischen dem Einfachsatz und dem dreieinhalbfachen bzw. zweieinhalbfachen oder dem 2,3-fachen bzw. 1,3-fachen Satz ist unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien möglich:

- Schwierigkeit der jeweiligen Leistung,
- Zeitaufwand der einzelnen Leistung,
- Umstände bei der Ausführung.

Das frühere Kriterium „**Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen**“ wurde schon beim Erlass der GOÄ 1982 weggelassen, da es – laut Begründung – mit dem Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar ist. Im Übrigen ist es in den meisten Fällen schwierig, die tatsächlichen Vermögens- und Einkommensverhältnisse der einzelnen Zahlungspflichtigen richtig einzuordnen. Soweit ein Arzt die erheblich abweichenden Einkommensverhältnisse berücksichtigen will, besteht die Möglichkeit einer Sondervereinbarung nach § 2 Abs. 1, s. Kommentar dazu. Das Kriterium „**örtliche Verhältnisse**“ ist ab 1. Juli 1988 entfallen. Die Lage einer Praxis z.B. in der Hauptgeschäftsstraße einer Stadt mit höheren Mietkosten ist somit kein Grund für einen höheren Multiplikator.

Mit dem Kriterium „**Umstände bei der Ausführung**“ soll der Aufwand des Arztes berücksichtigt werden, der durch besondere Umstände bedingt ist, wie z.B. durch besondere Wünsche des Patienten. Zu den besonderen „Umständen bei der Ausführung“ zählt auch die Tatsache, dass eine **Operation ambulant** anstatt stationär durchgeführt wird. Hierfür kann in einem angemessenen Maße unter Berücksichtigung der drei anderen genannten Kriterien ein höherer Vervielfältiger innerhalb des Gebührenrahmens angesetzt werden, sofern die entsprechende Gebührenposition nicht ohnehin auf eine ambulante Ausführung abgestellt ist.

Wird eine ärztliche Leistung mit technischem bzw. apparativem Anteil mit Hilfe eines neu entwickelten und damit in der Regel auch **leistungsfähigeren und teureren Gerätes** durchgeführt, welches wegen der zu seltenen Novellierung der GOÄ dort noch nicht berücksichtigt ist, muss der Ausgleich der höheren Betriebskosten durch eine entsprechende Wahl des Multiplikators unter dem Kriterium „**Umstände der Ausführung**“ möglich sein. Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung mittels Spiral-CT. Für Leistungen des Kapitels O wie auch für andere „technische“ Leistungen ist aber zu beachten, dass der maximal mögliche Multiplikator bereits auf das 2,5-fache reduziert ist und die Möglichkeit der abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOÄ (sog. Abdingung) für Leistungen des Abschnitts O nicht existiert.

Das **Vorziehen eines Patienten** im Akutfall rechtfertigt nach dem Urteil des Bezirksberufungsgerichts für Ärzte in Stuttgart nicht den Ansatz eines über dem Schwellenwert liegenden Steigerungssatzes (BBG 7/87 vom 29. Juni 1988 = Narr in ÄBW 1989, 64).

Die **Schwierigkeit** kann einerseits in der **einzelnen Leistung** begründet liegen, so z.B. bei Komplikationen anlässlich einer „Routineoperation“, z.B. erheblicher Verwachsungen bei einer Blinddarmoperation, während die übrigen Leistungen, z.B. die Anästhesie, ohne jede besondere Schwierigkeit verliefen. Umgekehrt kann die Anästhesie schwierig, die Operation ohne besondere Schwierigkeiten gewesen sein. Auf solche ganz oder teilweise schwierigen Leistungen folgen dann u.U. „normale“ Visiten bei „normalem“ Heilungsverlauf. Der Arzt soll dies patienten- und leistungsindividuell bei seiner Liquidation berücksichtigen. Die

↓



Diese Betrachtungsweise ergibt sich aus der Gegenüberstellung der „in der Regel“ einzuhaltenden Spanne zwischen dem einfachen Gebührensatz und dem Schwellenwert einerseits mit dem zulässigen Überschreiten dieses Wertes wegen Besonderheiten der Bemessungskriterien andererseits (§ 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ) sowie aus der Anordnung einer schriftlichen Begründung des Überschreitens des Schwellenwertes, die auf Verlangen näher zu erläutern ist (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ).

BVerG, 2 C 10/92 vom 17. Februar 1994 = MedR 1995, 83 (teilweise auch weiter vorn zitiert).

b) Gebührenrahmen bei Analogpositionen und bei Leistungen des Hilfspersonals

Ist eine Leistung im Gebührenverzeichnis nicht enthalten und muss gem. § 6 GOÄ eine andere als gleichwertig beurteilte Leistung analog herangezogen werden, so kann selbstverständlich zu dieser **Analogposition** nach den Kriterien dieses § 5 GOÄ ein Mehrfachsatz berechnet werden. Das Gleiche gilt, wenn eine Helferin eine Leistung auf Anordnung des Arztes ausführt (z.B. Verbandswechsel). Es gibt im letzteren Fall auch keine generelle Begrenzung auf die allein für sogen. technische Leistungen vorgesehene verminderte Gebührensparre.

c) Gebührenrahmen bei Beihilfeberechtigten

Da für den Beihilfeberechtigten die **Beihilfefähigkeit** für ärztliche Behandlungskosten auf den Schwellenwert des Gebührenrahmens begrenzt ist, soweit „keine begründeten besonderen Umstände vorliegen“, ist der Arzt in einem solchen Fall ungeachtet einer Honorarvereinbarung verpflichtet, seinem Patienten eine entsprechende Bescheinigung für die Notwendigkeit der Überschreitung des Schwellenwertes aus den Bemessungskriterien des § 5 Abs. 1 S. 1 u. 2 GOÄ auszustellen, eine Verpflichtung, die sich gem. § 242 BGB als Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag ergibt.

OVG Koblenz, 2A 10662/91 vom 30. Oktober 1991.

Wird der Schwellenwert des § 5 GOÄ ohne eine ausreichende Begründung überschritten und/oder sind die Formalien des § 12 GOÄ nicht voll erfüllt (schriftliche individuelle Begründung einer Überschreitung), beschränkt sich der **Beihilfeanspruch** auf den Teil der Aufwendungen, die sich bei Anwendung des Schwellenwertes ergeben. Das Faktum einer **ambulanten Operation** allein stellt keine ausreichende Begründung dar.

OVG Saarland, 1 R 46/89 vom 4. Januar 1991 = Der Arzt und sein Recht 12/92, S. 20.