

Abrechnung vor- und nachstationärer Behandlungen

Die **vorstationäre** Behandlung dient zur Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder zu deren Vorbereitung. Sie soll die Dauer des stationären Aufenthalts und damit die Kosten verringern. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (§ 115 a SGB V).

Die **nachstationäre** Behandlung kommt in Betracht, um im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Sie darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten (§ 115a SGB V). In Ausnahmefällen, wie z. B. nach Organtransplantationen, ist eine Fristverlängerung möglich. Die vor- und nachstationären Behandlungen können als Wahlarztleistungen abgerechnet werden (§ 22 BPfIV), diese Vereinbarung muss aber zu Beginn der vorstationären Behandlung schriftlich getroffen werden.

Bei Fragen zu diesem Thema steht Ihnen Frau Sabine Bieschke unter 030/89 38 57-11 oder s.bieschke@aeV.de gerne zur Verfügung.

Die Allgemeinen Bestimmungen, sowie die Ausschlüsse der GOÄ sind nicht immer einfach zu durchschauen.

Aufgrund der Allgemeinen Bestimmungen (diese befinden sich in der GOÄ jeweils vor jedem Gebührenabschnitt), sind die Leistungen nach den GOÄ-Ziffern 1 und/oder 5 neben Leistungen aus den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

- Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweiligen ersten Inanspruchnahme des Arztes. Faustregel: Der Behandlungsfall ist dann verstrichen, wenn sich der Monatsname geändert und das Datum um mindestens 1 erhöht hat.
 - Die Leistungen aus den Abschnitten C bis O, sogenannte Sonderleistungen, beginnen ab der GOÄ-Ziffer 200.
- Diese Bestimmung betrifft sowohl die GOÄ-Ziffer 1 als auch die GOÄ-Ziffer 5.

Für die Untersuchungsziffern 6, 7 und 8 gilt die Regelung „nur einmal im Behandlungsfall neben Sonderleistungen“ **nicht**.

Tipp:

Die Beratung nach der GOÄ-Ziffer 1 (10,73 Euro) und/oder die Untersuchung nach der GOÄ-Ziffer 5 (10,73 Euro) ohne Sonderleistungen können ohne Einschränkung abgerechnet werden. Für ebenfalls erbrachte Leistung aus den Abschnitten C bis O, die aufgrund des Abrechnungsausschlusses nicht berechnet werden dürfen, können die anfallenden Sachkosten in Ansatz gebracht werden. Selbstverständlich bleibt es dem Arzt überlassen, die nicht zu berechnende Leistung auszuwählen, welches in der Regel die am niedrigsten bewertete Ziffer sein dürfte.

Beispiel:

1 Beratung 2,3	Euro 10,73
5 Untersuchung 2,3	Euro 10,73
200 Verband	- - - -
Auslagen nach § 10 GOÄ:	
kleiner Verband	Euro 1,35 (Beisp.)

Bei Fragen zu diesem Thema steht Ihnen Frau Bärbel Roscher mittwochs und donnerstags unter 089/89 60 10 - 742 oder generell unter b.roscher@aev.de gerne zur Verfügung.