

## § 10 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmalspekula.

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße

sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

**Amtliche Begründung zur ursprünglichen Fassung (1983):**

*Die Regelung entspricht dem bisherigen § 5 GOÄ, wonach neben den Gebühren nur für die ausdrücklich genannten Kosten Ersatz verlangt werden kann. Alle anderen Kosten sind mit den Gebühren abgegolten. Unberührt bleibt die Vorschrift des § 670 des Bürgerlichen Gesetzbuches, nach der der Arzt Ersatz sonstiger Aufwendungen verlangen kann, z.B. wenn er Laborleistungen von Nichtärzten bezieht oder Aufwendungen geltend macht, die durch nicht-ärztliche Leistungen bedingt sind.*

**Amtliche Begründung zur 4. ÄnderungsVO:**

*Im Zusammenhang mit der differenzierten Neuregelung der Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten (Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 3) wird die Vorschrift zur Verbesserung der Transparenz neu gefasst. Dabei wird inhaltlich im wesentlichen an der bis-*

## § 10

herigen Abgrenzung zwischen berechnungsfähigen und nicht berechnungsfähigen Auslagen festgehalten.

*Absatz 1 Satz 1 enthält den abschließenden Katalog der gesondert berechnungsfähigen Auslagen. Künftig nicht mehr berechnungsfähig sind danach Kosten für die Anwendung radioaktiver Stoffe bei nuklearmedizinischen Laborleistungen (bisherige In-vitro-Leistungen des Abschnittes O.II.A.2). Damit werden diese Leistungen auch hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit von Kosten mit vergleichbaren Laborleistungen (Liganden-Assays) gleichgestellt. Die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 aufgeführten Versand- und Portokosten sind nunmehr entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung als Kostenfaktor ohne Beschränkung auf Leistungen nach bestimmten Abschnitten des Gebührenverzeichnisses im Grundsatz zur gesonderten Berechnung zugelassen. Allerdings wird der Grundsatz der gesonderten Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten durch die in Absatz 3 getroffenen differenzierten Regelungen relativiert und insbesondere bei Nutzung von Laborgemeinschaften – wie schon nach geltendem Recht – eingeschränkt. Absatz 1 Satz 2 stellt nunmehr ausdrücklich klar, daß Kosten nur in dem tatsächlich entstandenen Umfang berechnet werden können und die Berechnung von Pauschalen nicht zulässig ist.*

*Absatz 2 enthält die Aufzählung der nicht als Auslagen berechnungsfähigen Kosten. Die aufgeführten Materialien entsprechen nach Inhalt und Umfang dem bisherigen Ausnahmekatalog in § 10 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis e.*

*Die in Absatz 3 Satz 1 bis 3 enthaltenen Kriterien zur Abgrenzung der gesondert berechnungsfähigen von den nicht berechnungsfähigen Versand- und Portokosten entsprechen inhaltlich und systematisch weitgehend den im vertragsärztlichen Vergütungsbereich geltenden Bestimmungen. Damit wird gewährleistet, daß in der ärztlichen Abrechnungspraxis bei der Berechnung von Versand- und Portokosten nach einheitlichen und bewährten Kriterien verfahren werden kann.*

*Die in Absatz 3 Satz 4 getroffene Klarstellung ist notwendig, um einer entgegen geltendem Gebührenrecht zunehmenden Berechnung von Portokosten für die Versendung von Arztrechnungen zu begegnen.*

## Kommentar zu § 10

### 1. Anwendungsbereich

Die Berechnung von Auslagen kommt dort in Betracht, wo bei der anästhesiologischen Versorgung des Patienten Praxiskosten anfallen, insbesondere also im Tätigkeitsbereich der niedergelassenen Anästhesisten. Den Praxiskosten stehen die Kosten gleich, die bei der ambulanten Nebentätigkeit des (leitenden) Krankenhausanästhesisten anfallen, der dazu in der Regel Räume, Einrichtungen, Personal und Sachmittel des Krankenhausträgers in Anspruch nimmt. Die Kosten der Inanspruchnahme hat der Anästhesist dem Krankenhausträger im Innenverhältnis zu erstatten.

Im stationären liquidationsberechtigten Bereich gilt der Wahlleistungspatient auf der Grundlage des totalen Aufnahmevertrages mit dem Pflegegesetz auch die gesamten Sachkosten der ärztlichen Behandlung ab. Für die Erstattung von Praxiskosten und insbesondere von Auslagen für den "Sprechstundenbedarf" durch den Patienten an den liquidationsberechtigten Arzt ist - jedenfalls in den geförderten Krankenhäusern - kein Raum. Um Doppelerstattungen der Sachkosten im Pflegegesetz und im ärztlichen Honorar auszuschließen, hat der Wahlarzt sein Honorar um 25% zu mindern (§ 6a Abs. 1 GOÄ). Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Wahlarzt Auslagen nicht berechnen (§ 6a Abs. 2 GOÄ).

Das gleiche gilt sinngemäß für die stationären Leistungen des Belegarztes, bei dem sich die Honorarminderung auf 15% reduziert.

### 2. Praxiskosten und Auslagen

Die Gebühren für ärztliche Leistungen gelten nach § 4 Abs. 3 auch die Praxiskosten einschließ-

lich des Sprechstundenbedarfs und die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten ab, soweit nicht in der GOÄ etwas anderes bestimmt ist. Diese andere, vom Grundsatz des § 4 Abs. 1 abweichende Bestimmung trifft § 10 für die Auslagen, die weitgehend identisch sind mit dem "Sprechstundenbedarf".

Da mit den Gebühren prinzipiell auch der Sprechstundenbedarf abgegolten ist (§ 4 Abs. 3), kann der Katalog des § 10 Abs. 1 nur als abschließende Enumeration interpretiert werden. Kosten, die in § 10 nicht aufgeführt werden, sind mit den Gebühren abgegolten und können vom Arzt dem Patienten nicht in Rechnung gestellt werden.

### 3. Sonstige Aufwendungen

Unberührt bleiben, wie die amtliche Begründung sowohl zu § 4 als auch zu § 10 hervorhebt, "sonstige Aufwendungen" des Arztes. Angesprochen sind damit Kosten, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen stehen und nicht Gegenstand des Behandlungsvertrags sind. Der in der Begründung angeführte § 670 BGB regelt den Ersatz von Aufwendungen für die Ausführung eines Auftrags, der sich vom Dienstvertrag vor allem dadurch unterscheidet, daß der Beauftragte unentgeltlich tätig wird (§ 662 BGB). In Betracht kommt neben den in der amtlichen Begründung aufgeführten Beispielen etwa der Ersatz von Telefonkosten, die dem Arzt erwachsen, der sich auf Wunsch des Patienten um ein Bett für die stationäre Behandlung bemüht.

## 4. Aufwendungen für Medikamente und Materialien

### 4.1 Berechenbare Auslagen

Der weitaus wichtigste Komplex der im anästhesiologischen Bereich berechenbaren Auslagen sind die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 erfaßten Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.

Berechenbar sind als Auslagen insbesondere:

- Alle im Rahmen der Anästhesieleistung verbrauchten Medikamente:
  - Hypnotika
  - Sedativa
  - Relaxantien
  - Schmerzmedikamente
  - Anästhesieadjuvantien
  - Anästhesieantidote
  - Anästhesiegase (O<sub>2</sub>, NO, Enfluran, Isofluran etc.)
  - alle Medikamente zur Behandlung von Begleiterkrankungen und Komplikationen.
- Alle im Rahmen der Anästhesieleistung verbrauchten Sachmittel:
  - Einmaltubus
  - Venenverweilkanüle
  - Infusionssysteme
  - Bakterienfilter
  - Absaugkatheter
  - Spinal- und Periduralkanülen und -katheter.

Ausgeschlossen sind von der Berechnung die in Absatz 2 aufgeführten Kleinmaterialien, Medikamente, Desinfektions- und Reinigungsmittel sowie die enumerierten Einmalartikel.

Für den Anästhesisten nicht berechenbar sind nach Absatz 2 Nr. 2 Medikamente zur Oberflächenanästhesie. Hierunter fallen z.B. Sprays oder Gels zur Schleimhutanästhesie bei Bronchoskopien oder Laryngoskopien. Berechenbar sind dagegen alle Medikamente zur oberflächlichen Infiltrationsanästhesie, z.B. Scandicain.

Da in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 die berechenbaren Arzneimittel und Materialien in Form einer Generalklausel aufgeführt sind unter dem Vorbehalt "soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist", bedeutet der Katalog des Absatzes 2 eine abschließende Enumeration. Was hier an Medikamenten und Materialien nicht aufgeführt wird, bleibt nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 berechnungsfähig.

## § 10

### 4.2 Berechnung der Auslagen

Nach § 43 Arzneimittelgesetz ist es dem Arzt grundsätzlich nicht gestattet, Arzneimittel in seiner Praxis abzugeben. Das "In-Verkehr-bringen" von Arzneimitteln ist den Apothekern vorbehalten. Eine Ausnahme gilt für die Medikamente, die im einzelnen Behandlungsfall unmittelbar beim Patienten angewandt werden, wie dies bei den Anästhesieleistungen der Fall ist.

Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten die Sach- und Medikamentenkosten zum jeweiligen Einkaufspreis in Rechnung zu stellen. Es ist zu empfehlen, für Kassenpatienten und Privatpatienten ein getrenntes Sach- und Medikamentenkostenbudget bzw. -konto zu führen, da die Sachkosten und Medikamentenkosten im vertragsärztlichen Bereich pauschal durch die Sprechstundenbedarfsverordnung abgegolten werden, während im privatärztlichen Bereich eine detaillierte Einzelkostenrechnung erfolgt. Diese getrennten Budgets sind insbesondere dann hilfreich, wenn es im Rahmen intensiver Kassenprüfungen zur Nachweispflicht des Arztes gehört, daß er keine Quersubventionen von Privatpatienten zu Lasten der GKV durchgeführt hat.

Es ist nicht gestattet, Sach- und Medikamentenkosten mit prozentualen Aufschlägen für Einkauf oder Lagerhaltung zu versehen oder gewährte Rabatte im Rahmen von Einkaufskooperationen einzubehalten und nicht an den Patienten weiter zu geben. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn diese Rechnungspositionen im Rahmen einer Steuerprüfung auf ihre Mehrwertsteuerpflicht untersucht werden. Werden Zwischengewinne im Rahmen der Rechnungsstellung von Sach- und Medikamentenkosten realisiert und somit eine zusätzliche Einnahmequelle erschlossen, führt dies zur nachträglichen Mehrwertsteuerpflicht dieser Einnahmen, die im Extremfall auf die gesamten ärztlichen Einnahmen ausgeweitet werden kann.

Übersteigt der Betrag für die einzelne Auslage 50,- DM, so ist der Rechnung des Arztes ein

Beleg oder sonstiger Nachweis beizufügen (§ 12 Abs. 2 Nr. 5 GOÄ).

### 4.3 Berechnung von Pauschalen

In § 10 Abs. 1 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Berechnung von Pauschalen für Sach- und Medikamentenkosten nicht zulässig ist.

In den Chefarztverträgen vorgesehen und weithin üblich ist die Erstattung der im Bereich der ambulanten Nebentätigkeit anfallenden Sachkosten sowie der Kosten für die aus den Beständen des Krankenhauses entnommenen Medikamente und Materialien durch den Chefarzt an den Krankenhausträger nach dem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft herausgegebenen Nebenkostentarif (DKG-NT). Grundlage für die Bemessung der Höhe der Erstattungen sind die von der DKG ermittelten Durchschnittswerte.

Es bestehen keine Bedenken, daß der Arzt die Kostenerstattung, die er dem Krankenhausträger zu leisten hat, ähnlich wie die Preise für Arzneimittel, die er von der Apotheke bezieht, der Berechnung der Auslagen zugrunde legt. Offenbar wird diese, auf einer objektiven Grundlage beruhende Berechnung der Auslagen, die der Vereinfachung des Abrechnungswesens dient, auf Seiten aller Beteiligten und im allgemeinen auch von den Krankenversicherungen anerkannt.

### 5. Berechnung von Versand- und Portokosten im anästhesiologischen Bereich

Nach der 4. Änderungsverordnung der GOÄ können Versand- und Portokosten prinzipiell neben allen Leistungen des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. In § 10 Abs. 3 wird jedoch eine Reihe von Einschränkungen festgelegt.

Nur in seltenen Fällen werden für den Anästhesisten Versandkosten im Rahmen der Versendung von entnommenen Körpermaterialien, Befunden oder Röntgenbildern entstehen. Versand- und Portokosten kann nur der Arzt berechnen, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandge-

fäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind.

Häufiger entstehen für Anästhesisten Versand- und Portokosten bei der Versendung von Arztbriefen oder Gutachten. In diesen Fällen sind die entsprechenden Kosten neben den einzelnen ärztlichen Leistungen aufzuführen.

Generell nicht berechenbar sind Versand- und Portokosten für die Versendung der privatärztlichen Liquidation (§ 10 Abs. 3 letzter Satz).

Ebenfalls nicht berechenbar sind die Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes, also auch nicht für die Befundmitteilung oder von Arztbriefen innerhalb einer Praxisgemeinschaft oder zwischen unterschiedlichen Krankenhausabteilungen.