

Abschnitt F

Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

GOÄ Nummer 602

Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung –

152 Punkte einfach = 8,86 €

GOÄ Nummer 614

Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

150 Punkte einfach = 8,74 €

Kommentar zu den Nrn. 602 und 614

Die Bestimmungen der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut im Rahmen einer anästhesiologischen Behandlung sind - unabhängig vom eigentlichen Narkoseverfahren - medizinisch indiziert bei Störungen des Gasaustausches sowie Störungen des Kreislaufes. Die Bestimmungen können sowohl invasiv (Oxymeter) als auch transkutan (unblutige Pulsoxymetrie) durchgeführt werden. Das letztere Verfahren ist nach Nr. 614 zu berechnen.

Während die Leistungen nach Nr. 617 über die alveoläre Situation bei einer Gasaustauschstörung Auskunft geben, dienen die transkutanen Messungen (Pulsoxymetrie) der komplementären Information im kapillären Bereich u.a. zur Objektivierung der alveolokapillären pO_2 -Differenz. Die unmittelbare Erfassung von Änderungen der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut ist somit von Bedeutung für die anästhesiologische Überwachung von Patienten mit entsprechenden Risiken, bei Komplikationen während einer Narkose/Anästhesie und/oder im Rahmen der postanästhesiologischen Überwachung (z.B. im Aufwachraum).

Einige Kostenträger vertreten die Auffassung, daß die Leistungen nach den Nrn. 602 oder 614 Bestandteile des eigentlichen Anästhesieverfahrens seien. Dies ist insofern richtig, als die Leistung nach Nr. 602 oder Nr. 614 nicht für ein routinemäßig durchgeführtes Monitoring berechenbar ist. Besteht bei den Patienten jedoch eine eigenständige medizinische Indikation, wie z.B. Störungen des Gasaustausches (pulmonale Erkrankungen, Vergiftungen durch Kohlenmonoxyd, hochgradige Anämie) sowie Störungen des Kreislaufes (z.B. bei kardialen Erkrankungen, Schockzuständen), so kann die Leistung nach den Nrn. 602 oder 614 auch neben einer Leistung aus Abschnitt D (Anästhesieleistungen) berechnet werden.

Ebenso stellt bei besonderen Umständen, z.B. Säuglingen und Kleinkindern sowie bei einem vollständig abgedeckten Patienten oder in einem abgedunkelten OP-Raum, die Pulsoxymetrie häufig die einzige Möglichkeit dar, Änderungen der prozentualen Sauerstoffsättigung frühzeitig zu erkennen. In diesen Fällen ist die Leistung nach den Nrn. 602 oder 614 ebenfalls neben Leistungen aus Abschnitt D berechenbar.

Die Gebühr nach Nr. 602 bzw. Nr. 614 kann, wenn die Messungen fortlaufend oder in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mehrfach durchgeführt werden (z.B. während einer Narkose/Anästhesie), nur einmal - bei demselben Arzt-Patienten-Kontakt - berechnet werden ("Untersuchung(en)..."). Die Auffassung einzelner Kostenträger, Nr. 602 bzw. 614 sei auch bei Messungen über einen längeren Zeitraum (ggf. über mehrere Tage) nur einmal berechenbar, ist abwegig (gleicher Auffassung *Brück* zu Nr. 602). Dies bedeutet, daß eine ggf. erneut notwendige (medizinisch indizierte) oxymetrische Untersuchung, beispielsweise im Aufwachraum im Anschluß an eine Intubationsnarkose, auch gesondert berechnet werden kann. In der Rechnung empfiehlt sich in diesen Fällen die Angabe der entsprechenden Zeiten.

Nicht gesondert berechnungsfähig ist Nr. 602, wenn die Sauerstoffsättigung invasiv im gleichen Arbeitsgang (methodisch) im Rahmen einer Blutgasanalyse (Nr. 3710) ermittelt wird. Dies gilt jedoch nicht für die Bestimmung in einem getrennten Arbeitsgang mit einem gesonderten Gerät (z.B. Oxymeter). In diesen Fällen kann Nr. 602 auch neben Nr. 3710 berechnet werden.

Nicht berechenbar ist Nr. 602 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung aufgeführt.

GOÄ Nummer 603

Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode – gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –

90 Punkte einfach = 5,25 €

Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 603

Bei bestimmten Erkrankungen kann es im Rahmen der prä- oder postoperativen Diagnostik auch für den Anästhesisten von Bedeutung sein, eine genaue Untersuchung der Lungenfunktion durchzuführen.

Dies wird jedoch auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen in der Anamnese oder bei der körperlichen Untersuchung Hinweise auf erhebliche pulmonale Einschränkungen zu finden sind, z.B. Asthma bronchiale oder COPD, die im Hinblick auf die geplante Operation und das damit verbundene Anästhesieverfahren von beträchtlicher Bedeutung sind, z.B. Lungenteilresektion.

Die Bestimmung des Atemwegwiderstandes kann hierbei entweder mit offenen Praxisgeräten oder geschlossenen Kabinen durchgeführt werden.

Neben der Leistung nach Nr. 603 ist Nr. 608 nicht berechenbar. Auch ist Nr. 603 nicht neben Nr. 604 berechenbar.

Nicht berechenbar ist Nr. 603 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen aufgeführt.

GOÄ Nummer 604

Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode vor oder nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen – gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –

160 Punkte einfach = 9,33 €

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Neben der Leistung nach Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und Nr. 608 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 604

Bei bestimmten Erkrankungen kann es im Rahmen der prä- oder postoperativen Diagnostik auch für den Anästhesisten von Bedeutung sein, eine genaue Untersuchung der Lungenfunktion durchzuführen.

Dies wird jedoch auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen in der Anamnese oder bei der körperlichen Untersuchung Hinweise auf erhebliche pulmonale Einschränkungen zu finden sind, z.B. Asthma bronchiale oder COPD, die im Hinblick auf die geplante Operation und das damit verbundene Anästhesieverfahren von beträchtlicher Bedeutung sind, z.B. Lungenteilresektion.

Die Bestimmung des Atemwegwiderstandes kann hierbei entweder mit offenen Praxisgeräten oder geschlossenen Kabinen durchgeführt werden.

Die Untersuchung nach Nr. 604 ist für die Differenzierung von funktionellen Obstruktionen und irreversiblen Atemwegsobstruktionen von Bedeutung, da hierdurch eine Aussage über die Möglichkeiten der präoperativen Verbesserung

der Lungenfunktion im Hinblick auf eine geplante Operation getroffen werden kann.

Neben der Leistung nach Nr. 604 sind die Nrn. 603 und 608 nicht berechenbar.

Nicht berechenbar ist Nr. 604 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen aufgeführt.

GOÄ Nummer 605

RuheSpirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden

242 Punkte einfach = 14,11 €

Kommentar zu Nr. 605

Bei bestimmten Erkrankungen kann es im Rahmen der prä- oder postoperativen Diagnostik auch für den Anästhesisten von Bedeutung sein, eine genaue Untersuchung der Lungenfunktion durchzuführen.

Dies wird jedoch auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen in der Anamnese oder bei der körperlichen Untersuchung Hinweise auf erhebliche pulmonale Einschränkungen zu finden sind, z.B. Asthma bronchiale oder COPD, die im Hinblick auf die geplante Operation und das damit verbundene Anästhesieverfahren von beträchtlicher Bedeutung sind, z.B. Lungenteilresektion.

Die Spirographie ermöglicht die Beurteilung der Lungenventilation und umfaßt im Regelfall statische Größen (Vitalkapazität) und dynamische Größen (Einsekundenkapazität).

Die Untersuchung nach Nr. 605 ist für die Differenzierung von obstruktiven und restriktiven Lungenerkrankungen von Bedeutung.

Eine geforderte fortlaufende Registrierung kann sowohl durch graphische Registrierung als auch durch Ausdruck der Meßwerte durchgeführt werden.

Neben der Leistung nach Nr. 605 sind die Nrn. 610 und 612 nicht berechenbar.

Nicht berechenbar ist Nr. 605 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen aufgeführt.

GOÄ Nummer 606

Spiroergometrische Untersuchung – einschließlich vorausgegangener RuheSpirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie –

379 Punkte einfach = 22,09 €

Kommentar zu Nr. 606

Bei bestimmten Erkrankungen kann es im Rahmen der prä- oder postoperativen Diagnostik auch für den Anästhesisten von Bedeutung sein, eine genaue Untersuchung der Lungenfunktion durchzuführen.

Dies wird jedoch auf die Fälle beschränkt bleiben, in denen in der Anamnese oder bei der körperlichen Untersuchung Hinweise auf erhebliche pulmonale Einschränkungen zu finden sind, z.B. Asthma bronchiale oder COPD, die im Hinblick auf die geplante Operation und das damit verbundene Anästhesieverfahren von beträchtlicher Bedeutung sind, z.B. Lungenteilresektion.

Die Spiroergometrie ermöglicht die Beurteilung der Ventilation unter Belastung, z.B. Laufband oder Fahrrad. In gleicher Sitzung durchgeführte oxymetrische Untersuchungen sind Bestandteil der Leistung nach Nr. 606 und nicht gesondert berechenbar.

Nicht berechenbar ist Nr. 606 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen aufgeführt.

GOÄ Nummer 607

Residualvolumenbestimmung (Fremdgas-
methode)

242 Punkte einfach = 14,11 €

Kommentar zu Nr. 607

Bei bestimmten Erkrankungen kann es im Rahmen der prä- oder postoperativen Diagnostik auch für den Anästhesisten von Bedeutung sein, eine genaue Untersuchung der Lungenfunktion durchzuführen. Da diese Untersuchung speziellen Funktionslaboratorien vorbehalten ist, kann diese Untersuchung nur in Ausnahmefällen durch den Anästhesisten berechnet werden, in denen in der Anamnese oder bei der körperlichen Untersuchung Hinweise auf erhebliche pulmonale Einschränkungen zu finden sind, z.B. Asthma bronchiale oder COPD, die im Hinblick auf die geplante Operation und das damit verbundene Anästhesieverfahren von beträchtlicher Bedeutung sind, z.B. Lungenteilresektion.

Die Residualvolumenbestimmung nach Nr. 607 ist nur für die gezielte Bestimmung und nicht für die Rückrechnung aus anderen Parametern berechenbar.

Nicht berechenbar ist Nr. 607 neben Nr. 435, da dort in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen aufgeführt.

GOÄ Nummer 617

Gasanalyse in der Expirationsluft mittels
kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase

341 Punkte einfach = 19,87 €

Kommentar zu Nr. 617

Es handelt sich um ein spezielles Verfahren zur Kontrolle des Gasaustausches, das prä-, intra- und postoperativ unter bestimmten Umständen zusätzlich zur Überwachung der Vitalfunktionen medizinisch erforderlich ist. Die Leistungslegende fordert nach vorherrschender Meinung die kontinuierliche Bestimmung mehrerer Gase in der Expirationsluft. Hiermit sind in erster Linie die Messungen der prozentualen Anteile von O₂ und CO₂ gemeint (gleicher Auffassung die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 16.05.1991 (Info-Nr. 23, AZ.: 574.060); ebenso *Brück* sowie *Lang* und *Hoffmann* zu Nr. 617).

Die alleinige Messung von CO₂ genügt für die Berechnung der Nr. 617 nicht. Die Inhalationsanästhetika, deren Konzentration in der Anästhesiologie in zunehmendem Maße bestimmt wird, gehören nicht zu den Gasen, die in der Leistungslegende der Nr. 617 gemeint sind.

Weitere Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 617 ist, daß diese Leistung - bezogen auf den Einzelfall - medizinisch erforderlich ist (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Das heißt, daß lediglich routinemäßig durchgeführte Gasanalysen, die für das Therapieziel nicht notwendig sind, nicht berechnet werden dürfen; gleiches gilt für solche, die aus forensischen Gründen durchgeführt werden.

Medizinische Indikationen für die Durchführung einer Gasanalyse nach Nr. 617 sind z.B.:

1. Präanästhesiologisch bereits vorliegende Störungen des Gasaustausches (Vor- bzw. Begleiterkrankungen)
 - akuter Genese, wie z.B. Epiglottitis akuta, Fremdkörperaspiration, Ertrinkungs-Unfälle,

massive Blutverluste, Schock, Sepsis, Lungenkontusion, Lungenembolie

läßt sich daher nur durch die Bestimmung beider Gase ermitteln.

- chronischer Genese, wie z.B. Asthma, Lungenemphysem, Lungenfibrose, Cor pulmonale, hochgradige Anämie, Zustand nach thorakalen/pulmonalen Operationen.

2. Intraoperativ auftretende bzw. zu erwartende

- operationsbedingte Gasaustauschstörungen, wie z.B. bei kardialen, neurochirurgischen und pulmonalen Eingriffen, bei erheblichem Druck auf innere Organe (z.B. Gaseinführungen bei Laparaskopien), bei großen Blutverlusten
- sonstige Ursachen, wie z.B. spezielle Operationslagerungen (z.B. Bauchlagerung, Häschenstellung, sitzende Position), bei Langzeitbeatmung, bei maligner Hyperthermie sowie
- die Kontrolle der regelrechten Tubuslage bei überdurchschnittlich erschwerter Intubation und
- die Kreislaufüberwachung bei Eingriffen mit zu erwartenden gravierenden hämodynamischen Veränderungen.

3. Postanästhesiologisch weiter bestehende oder auftretende Gasaustauschstörungen, die einer weiteren Intubation und Beatmung bedürfen z.B. bei

- bereits präoperativ bestehenden oder intraoperativ eingetretenen Störungen (s. auch 1. und 2.)
- Verschleimung des Respirationstraktes, Aspiration, Spastik im Bronchialbereich, Lungenödem.

Liegt eine entsprechende medizinische Indikation bei einem Patienten vor und wurde die Leistung nachvollziehbar dokumentiert (CO₂ und O₂), so ist Nr. 617 auch neben Anästhesieleistungen nach Abschnitt D berechenbar.

Mit der Bestimmung der CO₂-Konzentration werden lediglich die Störungen der Ventilation erfaßt nicht dagegen die Diffusions- und Verteilungsstörungen des O₂-Gaswechsels. Das Vorliegen sowie das Ausmaß einer Gasaustauschstörung

GOÄ Nummer 630

Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle –

908 Punkte einfach = 52,92 €

Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.

Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 630

Im Rahmen von diagnostischen Maßnahmen kann die Einschwemmung eines Mikroherzkatheters sowohl intra- und postoperativ als auch im Rahmen von intensivtherapeutischen Behandlungen notwendig werden. Die mit diesem Verfahren gemessenen Werte können direkt zur Beurteilungen des kleinen Kreislaufes mit den Bereichen rechtes Herz und Lungengefäßsystem sowie indirekt auch zur Beurteilung der linksventrikulären Funktion herangezogen werden. Dies ist von besonderer Bedeutung zur Beurteilung der kardialen Funktion bei bestimmten Operationen, z.B. Herzchirurgie, Aortenersatz etc., und bei erheblicher kardialer Vorschädigung sowie zur Beurteilung der Pumpfunktion und des Flüssigkeitshaushaltes bei generalisierten Erkrankungen, z.B. Sepsis, SIRS.

Mit Hilfe eines aufblasbaren Ballons an der Katheterspitze kann der Katheter vom Punktionsort aus mit dem Blutstrom in das rechte Herz und von dort über die rechte Herzkammer in die Lungenarterien eingeschwemmt werden.

Gestaltet sich die Punktion oder das Einschwemmen des Katheters beispielsweise aufgrund anatomischer Gegebenheiten als sehr schwierig, so

kann dies durch die Wahl eines entsprechenden Steigerungsfaktors berücksichtigt werden (ebenso *Brück* zu Nr. 630).

Werden in gleicher Sitzung oxymetrische Untersuchungen nach Nr. 602 durchgeführt, so ist statt Nr. 630 die Nr. 632 berechenbar.

Neben Nr. 630 sind die in gleicher Sitzung erbrachten Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechenbar.

Die Anlage eines zentralen Venenkatheters und/oder eines arteriellen Katheters kann nicht gesondert nach Nr. 260 neben der Leistung nach Nr. 630 berechnet werden.

"Neben" meint in diesem Zusammenhang, daß im Rahmen einer Leistung nach Nr. 630 die Anlage des Katheters nicht gesondert nach Nr. 260 berechnet werden kann.

Ist aus medizinischer Indikation, z.B. Infusionstherapie, die Anlage eines zweiten zentralvenösen Zuganges erforderlich, so kann in diesen Fällen jedoch Nr. 260 für den zweiten zentralvenösen Katheter auch neben Nr. 630 berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 630 ist nicht in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 aufgeführt.

GOÄ Nummer 631

Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers – einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes und fortlaufender EKG-Kontrolle –

1110 Punkte einfach = 64,70 €

Kommentar zu Nr. 631

Nr. 631 kann sowohl für die diagnostische als auch therapeutische Anlage eines temporären transvenösen Schrittmachers berechnet werden. Für den Anästhesisten ist sie insbesondere für die Behandlung von akut auftretenden schweren Störungen der Erregungsbildung und der Erregungsausbreitung sowohl intra- und postoperativ als auch während der Behandlung auf Intensivtherapiestationen von Bedeutung.

Die Leistung nach Nr. 631 kann hierbei unabhängig von der Anzahl der Stimulationsorte und der Anzahl der Stimulationsversuche nur einmal je Sitzung berechnet werden. Wird im Verlauf eine Neuanlage eines temporären transvenösen Schrittmachers notwendig, z.B. wegen Elektrodendislokation, so kann Nr. 631 erneut berechnet werden.

Die kontinuierliche Ableitung eines EKG ist Bestandteil der Leistung nach Nr. 631 und nicht gesondert nach den Nrn. 650 oder 651 berechenbar. Ebenso ist eine notwendige Röntgenuntersuchung des Brustkorbes zur Elektrodenplatzierung nicht gesondert neben Nr. 631 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 631 kann – sofern medizinisch indiziert – neben Leistungen des Kapitels D berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 631 ist nicht in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 aufgeführt.

GOÄ Nummer 632

Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle – gegebenenfalls auch unter Röntgenkontrolle –

1210 Punkte einfach = 70,53 €

Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 632

Im Rahmen von diagnostischen Maßnahmen kann die Einschwemmung eines Mikroherzkatheters sowohl intra- und postoperativ als auch im Rahmen von intensivtherapeutischen Behandlungen notwendig werden. Die mit diesem Verfahren gemessenen Werte können direkt zur Beurteilung des kleinen Kreislaufes mit den Bereichen rechtes Herz und Lungengefäßsystem sowie indirekt auch zur Beurteilung der linksventrikulären Funktion herangezogen werden. Dies ist von besonderer Bedeutung zur Beurteilung der kardialen Funktion bei bestimmten Operationen, z.B. Herzchirurgie, Aortenersatz etc., und bei erheblicher kardialer Vorschädigung sowie zur Beurteilung der Pumpfunktion und des Flüssigkeitshaushaltes bei generalisierten Erkrankungen, z.B. Sepsis, SIRS.

Mit Hilfe eines aufblasbaren Ballons an der Katheterspitze kann der Katheter vom Punktionsort aus mit dem Blutstrom in das rechte Herz und von dort über die rechte Herzkammer in die Lungenarterien eingeschwemmt werden.

Gestaltet sich die Punktion oder das Einschwemmen des Katheters beispielsweise aufgrund anatomischer Gegebenheiten als sehr

schwierig, so kann dies durch die Wahl eines entsprechenden Steigerungsfaktors berücksichtigt werden (vgl. *Brück* zu Nr. 632).

Die Leistung nach Nr. 632 kann neben Leistungen aus Abschnitt D berechnet werden.

Neben Nr. 632 sind in gleicher Sitzung die Nrn. 355, 356, 360, 602, 650, 651, 648, 3710 und 5295 nicht berechenbar.

Die Anlage eines zentralen Venenkatheters und/oder eines arteriellen Katheters kann nicht gesondert nach Nr. 260 neben der Leistung nach Nr. 632 berechnet werden, da die Katheteranlage Leistungsbestandteil der Nr. 632 ist.

"Neben" meint in diesem Zusammenhang, daß im Rahmen einer Leistung nach Nr. 632 die Anlage des Katheters nicht gesondert nach Nr. 260 berechnet werden kann.

Ist aus medizinischer Indikation, z.B. Infusionstherapie, die Anlage eines zweiten zentralvenösen Zuganges erforderlich, so kann in diesen Fällen Nr. 260 für den zweiten zentralvenösen Katheter jedoch auch neben Nr. 632 berechnet werden.

Die Leistung nach Nr. 632 ist nicht in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 aufgeführt.

GOÄ Nummer 648

Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung – einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle –

605 Punkte einfach = 35,26 €

Kommentar zu Nr. 648

1. Methoden der invasiven Druckmessung

Die Leistungsbeschreibung beinhaltet zwei unterschiedliche Methoden der invasiven blutigen Druckmessung:

1.1 Messungen des zentralen Venendruckes dienen in erster Linie der Kontrolle und Beurteilung des Flüssigkeitshaushaltes, insbesondere des Blutvolumens, der parenteralen Ernährung, aber auch z.B. der Funktion des rechten Herzens sowie der hämodynamischen Auswirkungen der kontrollierten Beatmung. Die Messungen werden insbesondere erforderlich bei

- allen größeren, länger dauernden operativen Eingriffen, bei denen große Blutverluste und/oder Flüssigkeitsverschiebungen zu erwarten sind,
- polytraumatisierten Patienten,
- allen Schockzuständen sowie
- Patienten mit kardialen Erkrankungen.

Die Messungen des zentralen Venendruckes setzen voraus, daß ein Katheter über eine periphere oder zentrale Vene (z.B. V. jugularis externa oder interna, V. subclavia oder V. basilica) in die V. cava vor ihrer Einmündung in den rechten Vorhof vorgeschoben wird.

1.2 Die Messungen des Arteriendruckes dienen in erster Linie der exakten (fortlaufenden) Kontrolle im arteriellen System. Sie sind erforderlich z.B. bei

- Herzoperationen,
- Operationen zur Behandlung des nephrogenen

Hochdrucks (Nierenarterienstenose, Phäochromozytom) sowie

- allen Operationen, die in kontrollierter Blutdrucksenkung durchgeführt werden.

2. Berechnung neben Leistungen aus

Abschnitt D

Die Leistungen nach Nr. 648 sind nicht routinemäßige Bestandteile des Narkoseverfahrens. Sie können gesondert berechnet werden, sofern sie im Einzelfall medizinisch erforderlich sind (§ 1 Abs. 2 GOÄ) (gleicher Auffassung die Bundesärztekammer (Stellungnahme vom 10.06.1986 an das Bundesarbeitsministerium)).

Ist zur Punktion für den zentralvenösen oder arteriellen Zugang im Rahmen der Nr. 648 eine Infiltrationsanästhesie (Nr. 490) erforderlich, so kann diese gesondert berechnet werden, da sie für einen selbständigen Nebeneingriff erbracht wird und nicht als Teilleistung einer nachfolgenden Schmerzausschaltung für die Operation (vgl. Kommentar zu Abschnitt D Nr. 490; ebenso *Brück* zu Nr. 490).

3. Leistungsinhalt

Abgegolten werden mit der Gebühr nach Nr. 648 auch die

- Venen- oder Arterienpunktion,
- das Einführen des Katheters,
- die Röntgenkontrolle der Lage des (venösen) Katheters und
- die zur Durchführung der Messungen erforderlichen Infusionen.

Die zentralvenösen und arteriellen Druckmessungen sind zwei voneinander unabhängige Leistungen ("... oder ..."). Sie können nebeneinander berechnet werden.

Ist für das Legen des zentralvenösen Katheters die operative Freilegung eines Gefäßes erforderlich, so kann hierfür Nr. 2800 oder ggf. 2803 gesondert berechnet werden.

Die Entfernung des Katheters ist Bestandteil der Leistung nach Nr. 648 und kann nicht gesondert nach Nr. 2009 berechnet werden. Gleiches gilt für Wundverbände nach den Nrn. 200 und 204. Nach Entfernung eines arteriellen Katheters kann jedoch ein ggf. notwendiger Kompressionsverband (Nr. 203) gesondert berechnet werden.

4. Berechnung von Messungen über mehrere Tage

Abgegolten sind auch mehrere Messungen bei liegendem Katheter. Die Leistungsbeschreibung enthält keine Zeitbegrenzung. Nach *Brück* zu Nr. 648 können die Messungen gemäß § 6 GOÄ analog Nr. 2804 (Druckmessung[en] am freigelegten Blutgefäß für den zweiten und jeden weiteren Tag im Anschluß an die Leistung nach Nr. 648 berechnet werden. Unberücksichtigt bleiben jedoch bei dieser Berechnung z.B. die für die Messungen erforderlichen Infusionen. *Hoffmann* zu Nr. 648 vertritt dagegen die Auffassung, daß Nr. 648 jeweils nach 24 Stunden erneut berechnet werden kann. Seine Auffassung ist schon deswegen sachgerechter, weil sie nicht nur die Messungen, sondern auch die hierfür notwendigen Infusionen sowie die aufwendige Überwachung und Pflege des Katheters berücksichtigt.

5. Berechnung während der intensivmedizinischen Behandlung

Während der intensivmedizinischen Überwachung bzw. Behandlung darf Nr. 648 nicht neben der Nr. 435 berechnet werden. Wird jedoch im Rahmen eines Intensivbehandlungstages eine Operation und verbunden mit dieser eine Anästhesieleistung durchgeführt, so kann für die Zeit der Anästhesieleistung eine Messung der zentralen Venendrucke und/oder Arteriendrucke nach Nr. 648 berechnet werden.

6. Überschreiten des Schwellenwertes

Ungünstige Punktionsbedingungen (z.B. schlechte Venenverhältnisse, Kreislaufkollaps, Adipositas) können das Legen des Zuganges so erschweren, daß das Überschreiten des Schwellenwertes (§ 5 Abs. 2 GOÄ) gerechtfertigt ist. Gefäßweiternde Maßnahmen sowie die übliche Blutstauung bei peripherer Anlage sind nicht gesondert berechenbar.

7. Abrechnungsbeschränkungen

Nr. 648 kann nicht berechnet werden neben den Nrn. 628 bis 630 und 632 (vgl. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 632).

Die Leistung nach Nr. 648 ist nicht neben Nr. 435 berechenbar, da in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 aufgeführt.

Vorbemerkungen zu den Nrn. 650, 651 und 655

1. Leistungsinhalt

Die in die Nrn. 650, 651 und 655 unterteilte „elektrokardiographische Untersuchung“ umfaßt die Ableitung und graphische Darstellung der elektrischen Aktivitäten des Herzens in verschiedenen Situationen und an unterschiedlichen Orten sowie ihre Auswertung.

Weder in der Leistungslegende noch in den Abrechnungsbestimmungen der GOÄ wird die Form der Auswertung oder die Dokumentation näher beschrieben. Eine solche Verpflichtung kann sich jedoch aus § 11 Abs. 1 der Musterberufsordnung für deutsche Ärzte ergeben, wonach der Arzt über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen hat. Insbesondere bei Zwischenfällen ist daher eine schriftliche Form der Auswertung, nicht zuletzt auch aus forensischen Gründen zu empfehlen.

Es ist nicht erforderlich, daß Ableitung und Auswertung von einem Arzt erbracht werden; sie können jedoch insgesamt nur einmal berechnet werden. Vorstellbar ist z.B., daß der Anästhesist bei Komplikationen während einer Operation zur Beurteilung des von ihm geschriebenen EKGs einen Kardiologen zuzieht, um durch diese Arbeitsteilung Zeit zu gewinnen und dringende therapeutische Maßnahmen durchführen zu können. Da die Leistung insgesamt nur einmal berechnet werden kann, müssen sich die beteiligten Ärzte in einem solchen Fall über die Aufteilung des Honorars intern einigen.

2. Überschreiten des Schwellenwertes

Die Leistungen nach den Nrn. 650, 651 und 655 können innerhalb der einzelnen Legenden hinsichtlich der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes im konkreten Fall erheblich differieren. Schwierigkeiten können sich z.B. schon bei der

Ableitung und Registrierung unruhiger Patienten ergeben (psychische Ausnahmesituationen). Auch die Auswertung kann durch diese Umstände erschwert sein. Diese Kriterien können ein Überschreiten des Schwellenwertes nach § 5 GOÄ rechtfertigen (gleicher Ansicht *Hoffmann* zu den Nrn. 650 bis 661).

3. Abrechnungsbeschränkungen

Die Nrn. 650 und 651 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn sie gleichzeitig erbracht werden. Etwas anderes gilt, wenn diese Leistungen nacheinander erforderlich werden - sei es auch in kurzen zeitlichen Abständen. In diesen Fällen empfiehlt es sich, die entsprechenden Zeiten in der Rechnung anzugeben.

Die EKG-Untersuchungen sind in der abschließenden Enumerierung zu Nr. 435 aufgeführt und daher nicht gesondert neben Nr. 435 berechenbar; sie werden durch die Gebühr nach Nr. 435 abgegolten.

Nr. 650 und 651, nicht aber Nr. 655 fallen unter den mittleren Gebührenrahmen (§ 5 Abs. 3 GOÄ).

4. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Die GOÄ ist keine "Fach"-Gebührenordnung. Sie behält die Berechnung bestimmter Leistungen nicht den Vertretern der Gebiete vor, die in der Überschrift zu Abschnitt F aufgeführt sind. Es kann daraus auch nicht abgeleitet werden, daß EKG-Untersuchungen nur zum Aufgabenbereich des Internisten, des Kinderarztes und des hierzu "berechtigten" Allgemeinarztes gehören sollten, im übrigen aber - außer im Notfall - fachfremd wären. Die EKG-Überwachung und -Untersuchung nach den Nrn. 650, 651 und 655 gehören mit zu den elementaren Aufgaben des Anästhesisten sowohl prä-, intra- und postoperativ als auch im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung. Er muß das EKG nicht nur ableiten und registrieren, sondern auch auswerten können.

GOÄ Nummer 650

Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – gegebenenfalls als Notfall-EKG –

152 Punkte einfach = 8,86 €

GOÄ Nummer 651

Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)

253 Punkte einfach = 14,75 €

GOÄ Nummer 655

Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitungen – einschließlich Einführung der Elektrode – zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652

152 Punkte einfach = 8,86 €

Kommentar zu Nr. 650

Die Leistung nach Nr. 650 ist grundsätzlich nur dann berechenbar, wenn sie – bezogen auf den Einzelfall – medizinisch notwendig war (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Dies bedeutet, daß eine routinemäßige Erbringung dieser Leistung nicht berechnet werden kann. Die Leistungsbeschreibung fordert außerdem die Registrierung der Ableitung(en). (Gleicher Auffassung *Brück* und *Hoffmann* sowie *Lang* zu Nr. 650).

Indikationen für die Notwendigkeit der Leistung sind z.B. präanästhesiologisch bekannte bzw. bei der Voruntersuchung festgestellte kardiale Begleiterkrankungen oder intra- bzw. postoperativ aufgetretene kardiale Komplikationen. Unter diesen Voraussetzungen kann Nr. 650 sowohl vor und während als auch nach einer Narkose/Anästhesie berechnet werden.

Eine Begründung für die Erbringung der Leistung wird in der GOÄ nicht gefordert. Um jedoch die sich in letzter Zeit häufenden Rückfragen zu vermeiden, ist es ratsam, die ggf. vorliegenden kardialen Begleiterkrankungen oder die im Rahmen der anästhesiologischen Behandlung aufgetretenen kardialen Komplikationen stichwortartig in der Diagnose mit anzugeben. Aus den gleichen Gründen ist zu empfehlen, hinter der in der Rechnung anzugebenden Leistungslegende den Vermerk "registriert" anzufügen, um zu verdeutlichen, daß eine Registrierung erfolgte.

Der gemeinsame Ausschuß "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat in seiner 7. Sitzung am 25.08.1989 zur Berechenbarkeit der Nr. 650 im Rahmen einer Narkose/Anästhesie Stellung genommen:

"Zur Berechnung des Rhythmus-EKG's (Position 650) wird festgestellt, daß dieses als Monitor-EKG im Rahmen der Überwachung einer Anästhesie nicht berechnungsfähig ist. Das EKG wird hingegen berechnungsfähig, wenn die Registrie-

rung bei entsprechender medizinischer Indikation erforderlich wird".

Ferner hat das Amtsgericht Aachen (AZ.: 9 C 224/88) in seiner Urteilsbegründung vom 16.03.1990 ausgeführt:

"...daß jedenfalls dann eine besondere und damit abrechenbare Leistung durch EKG Überwachung notwendig ist, wenn ein Zwischenfall eintritt, der eine spezielle kardiographische Leistung notwendig macht. Nichts anderes kann aber gelten, wenn ein solcher Zwischenfall zu befürchten ist oder doch jedenfalls mit ihm gerechnet werden kann und sich deshalb die Überwachung mittels EKG zwingend gebietet".

Die BÄK hat in den Bekanntmachungen zu den Beschlüssen des zentralen Konsultationsausschusses im Deutschen Ärzteblatt 96, Heft 40,8, 08.10.99 (69) B-2062 zur Berechnung der Leistung nach Nr. 650 folgendes ausgeführt:

"Die Berechnung der Nr. 650 (EKG) ist intraoperativ weder vom Chirurgen noch vom Anästhesisten für die reine Monitorüberwachung möglich. Nr. 650 setzt eine entsprechende Indikation, Ausdrücke des EKGs und deren Auswertung voraus".

Dies bedeutet im Umkehrschluß, daß Nr. 650 sehr wohl auch intraoperativ für den Anästhesisten berechenbar ist, wenn:

1. eine medizinische Indikation vorliegt und
2. das EKG registriert und ausgewertet wurde.

Die Zahl der Ableitungen ist nicht vorgeschrieben. Aus der Leistungslegende zu Nr. 651, die auf mindestens neun Ableitungen abstellt, ergibt sich, daß Nr. 650 für bis zu acht Ableitungen berechenbar ist. Eine Ableitung genügt jedoch zum Ansatz der Nr. 650. Entscheidend ist weniger eine endgültige Diagnose als die Feststellung eines akuten Geschehens, das ein rasches ärztliches Reagieren erfordert ("... gegebenenfalls als Notfall-EKG ...").

Bei zeitlich überschaubaren Verlaufskontrollen, z.B. während einer Anästhesie, wird Nr. 650 in der Regel nur einmal berechnet werden können, auch wenn mehrere Registrierungen in engen zeitlichen Abständen erfolgen. Dies schließt jedoch nicht aus, daß Nr. 650 erneut berechnet werden kann, wenn postoperativ im Aufwachraum erneute kardiale Probleme auftreten.

Der Begriff "Verlaufskontrolle" ist in der Leistungslegende nicht auf die Kontrolle von Krankheitsbildern begrenzt (so *Hoffmann* zu den Nrn. 650 bis 661). Für eine solche Begrenzung gibt es keine Begründung. Aus medizinischer Sicht kann der Verlauf einer Untersuchung oder Behandlung ebenso einer EKG-Kontrolle bedürfen wie die Entwicklung eines Krankheitsbildes. Belastende Eingriffe, insbesondere bei Risikopatienten, sind geradezu typische Fälle, bei denen eine Verlaufskontrolle angezeigt ist, weil hier mit akuten Störungen gerechnet werden muß (sinngemäß gleicher Auffassung *Brück* zu den Nr. 650 - 655). Bei einigen Eingriffen, z.B. nach den Nrn. 628 bis 632 und 637, gehört die fortlaufende EKG-Kontrolle sogar ausdrücklich zum Leistungsinhalt. Hier ist Nr. 650 mit der Gebühr für die jeweilige Leistung abgegolten und nicht gesondert berechenbar. Sind für eine Verlaufskontrolle neun oder mehr Ableitungen erforderlich, so kann Nr. 651 berechnet werden.

Nr. 650 fällt unter den mittleren Gebührenrahmen.

Kommentar zu Nr. 651

Die Leistung nach Nr. 651 unterscheidet sich von Nr. 650 durch die Zahl der elektrokardialen Ableitungen ("... mindestens neun Ableitungen"). Erforderlich sind die Extremitäten- und Brustwandableitungen. Erfasst wird durch Nr. 651 sowohl das Ruhe-EKG als auch das Belastungs-EKG. Im Unterschied zu Nr. 652 bleibt die Art der Belastung in Nr. 651 offen. Die Belastung muß weder physikalisch definiert noch reproduzierbar sein.

Nr. 651 kann auch bei einer Verlaufskontrolle berechnet werden, falls neun oder mehr Ableitungen erforderlich sind.

Werden im Rahmen einer Ausschlußdiagnostik eines Herzinfarktes mehrere eigenständige, in sich abgeschlossene Untersuchungen nach Nr. 651 durchgeführt, so sind diese auch mehrfach berechenbar. Dies gilt auch wenn die Untersuchungen in engem zeitlichem Zusammenhang durchgeführt werden (ebenso *Brück* zu Nr. 651).

Nr. 651 fällt unter den mittleren Gebührenrahmen.

Kommentar zu Nr. 655

Die Ösophagusableitung ist eine spezielle Ableitungsart. Hierzu wird eine Sondenelektrode in den Ösophagus eingeführt. Diese Ableitung kann zur Abklärung spezifischer Fragestellungen erforderlich werden. Sie ist eine Zusatzleistung zu den Nrn. 651 und 652 und kann neben diesen gesondert berechnet werden. Ist eine EKG-Untersuchung oder -Kontrolle auf Grund besonderer Umstände (z.B. bei ausgedehnten Verbrennungen) nur mittels einer Ösophagusableitung möglich, so ist hierfür Nr. 650 berechenbar, da der Leistungsinhalt mit einer Ableitung erfüllt ist.

Nr. 655 fällt nicht unter den mittleren Gebührenrahmen.

GOÄ Nummer 670

Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung

120 Punkte einfach = 6,99 €

Kommentar zu Nr. 670

Nr. 670 vergütet das Legen einer Magenverweilsonde bei Patienten, die krankheitsbedingt (z.B. Ösophagusstenosen verschiedener Genese, Schockzustand, Bewußtlosigkeit) keine feste Nahrung zu sich nehmen können, sowie für therapeutische Maßnahmen (Substitution von Flüssigkeitsverlusten, Ausgleich des Säure-Basen-Haushaltes oder Zufuhr von Medikamenten).

Eine Magenverweilsonde kann auch erforderlich werden zur Druckentlastung bei Magenatonie (z.B. Abdominalchirurgie, Schockbehandlung) zur Vermeidung einer Aspiration.

Ist ein Wechsel der Verweilsonde (z.B. wegen Verstopfung) erforderlich, so kann Nr. 670 erneut berechnet werden.

Das Legen der Sonde ist eine ärztliche Leistung. Sie wird vom Arzt oder dem Pflegepersonal unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ).

Wird das Legen einer Magensonde im Rahmen einer Anästhesieleistung mit einer eigenständigen, vom eigentlichen Anästhesieverfahren unabhängigen Indikation erbracht, z.B. zur Vermeidung einer Aspiration bei Ileus oder Magenatonie, so kann die Leistung nach Nr. 670 auch neben Leistungen aus Abschnitt D berechnet werden.

Nr. 670 ist in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 aufgeführt und mit der Vergütung für diese abgegolten.

GOÄ Nummer 677

Bronchoskopie / Thorakoskopie

600 Punkte einfach = 34,97 €

Kommentar zu Nr. 677

Nr. 677 ist sowohl für die Durchführung mittels flexiblen als auch starren Instrumenten berechenbar. Die Leistung nach Nr. 677 ist sowohl im Rahmen diagnostischer (z.B. Sekretgewinnung, Tumordiagnostik) als auch therapeutischer Eingriffe (z.B. endobronchiale Verlegungen) berechenbar.

Eine Anästhesieleistung zur Durchführung einer Bronchoskopie bzw. Thorakoskopie kann gesondert nach den entsprechenden Nummern aus Abschnitt D berechnet werden. Dies gilt unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen sowohl für Allgemeinanästhesien nach den Nrn. 450 bis 463 als auch für Lokalanästhesien nach den Nrn. 483, 484 und/oder 489.

Die Anlage einer Pleuradrainage im Rahmen einer Bronchoskopie bzw. Thorakoskopie kann zusätzlich nach Nr. 2970 berechnet werden.

Nr. 677 ist in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 nicht aufgeführt.

GOÄ Nummer 678

Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) – gegebenenfalls einschließlich Lavage –

900 Punkte einfach = 52,46 €

Kommentar zu Nr. 678

Nr. 678 ist sowohl für die Durchführung mittels flexiblen als auch starren Instrumenten berechenbar.

Werden im Rahmen einer Bronchoskopie zusätzliche operative Eingriffe, z.B. Probeexzisionen, Biopsien oder bronchoalveoläre Lavagen, durchgeführt, so kann statt der Nr. 677 die Nr. 678 berechnet werden.

Unabhängig von der Anzahl der im Rahmen einer Sitzung durchgeführten operativen Eingriffe kann Nr. 678 nur einmal je Sitzung berechnet werden.

Eine Anästhesieleistung zur Durchführung einer Bronchoskopie kann gesondert nach den entsprechenden Nummern aus Abschnitt D berechnet werden. Dies gilt unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen sowohl für Allgemeinanästhesien nach den Nrn. 450 bis 463 als auch für Lokalanästhesien nach den Nrn. 483, 484 und/oder 489.

Nr. 678 ist in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 nicht aufgeführt.

GOÄ Nummer 703

Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen

500 Punkte einfach = 29,14 €

Kommentar zu Nr. 703

Werden im Rahmen einer Sitzung sowohl Ösophagus- als auch Fundusvarizenblutungen behandelt, so kann Nr. 703 nur einmal je Sitzung berechnet werden.

Die Sklerosierung von blutenden Ösophagus- und Fundusvarizen ist nach Nr. 691 berechenbar.

Nr. 703 ist in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 nicht aufgeführt.

GOÄ Nummer 747

Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung

44 Punkte einfach = 2,57 €

Kommentar zu Nr. 747

Die Leistung nach Nr. 747 ist bei der Anwendung von mehreren in der Legende genannten Verfahren nebeneinander auch mehrmals berechenbar, maximal also dreimal je Sitzung (so auch sinngemäß *Brück* zu Nr. 747).

Für das Anbringen von EKG-Elektroden ist Nr. 747 nicht, auch nicht analog berechenbar.

Die Leistungen nach Nr. 551 und Nr. A551 (TENS) sind für die Anwendung im Bereich des gleichen Körperteiles nicht neben der Leistung nach Nr. 747 berechenbar.

Werden sowohl Leistungen nach Nr. 747 als auch Akupunkturleistungen im Bereich eines Körperteils an einem Behandlungstag durchgeführt, so empfiehlt sich die Angabe der jeweiligen Zeiten in der Rechnung.

GOÄ Nummer 770

Ausräumung des Mastdarmes mit der Hand

140 Punkte **einfach = 8,16 €**

Kommentar zu Nr. 770

Wird im Rahmen eines Stuhlverhaltes der Mastdarm manuell ausgeräumt, so ist diese Leistung nach Nr. 770 berechenbar.

Die alleinige Verabreichung eines Einlaufes ist nicht nach Nr. 770 berechenbar, da er zur Behandlungspflege gezählt wird.

Relevant für das Fachgebiet Anästhesie kann die Ausräumung des Mastdarmes im Rahmen der Intensivbehandlung werden. In seltenen Fällen kann es bei lang dauernder intensivmedizinischer Behandlung auch bei jungen Patienten zu einem behandlungsbedürftigen Stuhlverhalt kommen.

Nr. 770 ist in der abschließenden Enumerierung der Allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 435 nicht aufgeführt.

GOÄ Nummer 784

Erstanlage einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen –

275 Punkte **einfach = 16,03 €**

Kommentar zu Nr. 784

Die postoperative Schmerzbehandlung mittels externer Medikamentenpumpe - auch über mehrere Tage - ist in der Anästhesie seit langem ein etabliertes Verfahren. Die Erstanlage einer solchen externen Medikamentenpumpe wird nach Nr. 784 vergütet.

Die Beratung und die Schulung des Patienten ist Leistungsbestandteil der Nr. 784 und nicht gesondert berechenbar. Wird die Schulung des Patienten, gleich aus welchen Gründen, in mehreren Sitzungen durchgeführt, so sind diese Sitzungen ebenfalls Bestandteil der Leistung nach Nr. 784.

Wird ein subkutanes Medikamentenreservoir implantiert, so ist diese Leistung nach Nr. 2421 berechenbar. Die Auffüllung des Reservoirs in regelmäßigen Abständen kann nach Nr. 265 berechnet werden.

Für die Behandlung an den Folgetagen gibt es bisher in der GOÄ keine eigenständige Gebührennummer. Aus diesem Grunde hat der BDA vorgeschlagen, für die „Überwachung und Inspektion einer externen Medikamentenpumpe einschließlich Kontrolle der Pumpenfunktion, ggf. mit Ganganalyse und Umprogrammierung, im Anschluß an die Leistung nach Nr. 784 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag – analog Nr. 477 – zu berechnen“.

Dieser Vorschlag wurde am 30.01.1996 bei der Bundesärztekammer vorgetragen. Da es sich hier

um eine schmerztherapeutische Leistung handelt, hat die BÄK die Beratung zu diesem Vorschlag zurückgestellt.

Unabhängig von der späteren Entscheidung hat nach wie vor jeder einzelne Arzt das Recht, unabhängig von den Empfehlungen der BÄK analoge Bewertungen selbst vorzunehmen (§ 6 Abs. 2 GOÄ). Damit ist ihm auch freigestellt, auf die Vorschläge des BDA zurückzugreifen.

GOÄ Nummer 792

Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämo-filtration oder bei Plasmapheresen –, je Dialyse bzw. Sitzung

440 Punkte einfach = 25,65 €

Kommentar zu Nr. 792

Im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung übernimmt der Anästhesist oft die Betreuung von Patienten mit Hämodialyse und Hämo-filtration. Diese beiden häufigen Verfahren zur Nierenersatztherapie können im Rahmen unterschiedlichster Krankheitsbilder, z.B. Polytrauma, Sepsis, SIRS etc., zum Einsatz kommen.

Nr. 792 ist auch für die Entfernung von Eiweißverbindungen im Rahmen der Plasma-pherese, z.B. Immunkomplexe bei Vergiftungen oder beim Plasmozytom, berechenbar.

Einem erheblich über dem Durchschnitt liegenden Zeitaufwand oder einer deutlich erhöhten Schwierigkeit kann – unter Angabe der jeweiligen Gründe – mit einem Steigerungsfaktor oberhalb des Schwellenwertes Rechnung getragen werden (§ 5 Abs. 2 der GOÄ).

Nr. 792 ist in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbeschränkungen zu Nr. 435 nicht aufgeführt.