

Hinweise
zur Abrechnung
von anästhesiologischen GOÄ-Nummern

- Stand Oktober 2006 -

Erstellt unter Mitwirkung von

Dr. A. Schleppers

Referat für Gebührenfragen
im Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
Roritzer Str. 27
90419 Nürnberg

und der

Versicherungskammer Bayern
Warngauer Str. 30
81539 München

Allgemeine GOÄ-Nummern in der Anästhesie

| Nr. | Leistung | Erläuterung |
|----------------|--|--|
| 1 | Beratung - auch mittels Fernsprecher - | <p>Im Rahmen des präanästhesiologischen Aufklärungsgespräches und / oder der Entlassungsgespräches aus dem Aufwachraum berechenbar.</p> <p><u>Präoperativ:</u> Einmal berechenbar. Öfters nur bei entsprechender Indikation!</p> <p><u>Postoperativ:</u> Im ambulanten Bereich ist die postoperative Überwachung über 2 Std. mit den Nummern 448/449 abgegolten. Im stationären Bereich können im Aufwachraum alle Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Injektion etc.) die nach Narkoseende anfallen, berechnet werden.</p> <p>Empfohlen wird jedoch die zweimalige Berechnung der Nummer 56analog, wenn der Patient länger als 30 Minuten im Aufwachraum liegt. Öfter als zweimalige Berechnung ist nicht möglich. Mit dem Ansatz der 56 sind dann alle "Regelleistungen" wie Beratung, Untersuchung, Injektionen etc. abgegolten. Nur bei Komplikationen, z.B. cardiale / pulmonale Komplikationen, Blutungen etc. können zusätzliche Maßnahmen (z.B. EKG, Gasanalyse) entsprechend der bestehenden Indikation berechnet werden.</p> <p>In diesen Fällen ist zu empfehlen, die jeweiligen Indikationen bereits in der Rechnung nachvollziehbar zu dokumentieren.</p> |
| 5 und / oder 7 | Symptombezogene Untersuchung | <p>Im Rahmen der präanästhesiologischen Untersuchung und / oder des Entlassungsgespräches aus dem Aufwachraum berechenbar.</p> <p><u>Präoperativ:</u> Einmal berechenbar. Öfters nur bei entsprechender Indikation!</p> <p><u>Postoperativ:</u> Im ambulanten Bereich ist die postoperative Überwachung über 2 Std. mit den Nummern 448/449 abgegolten. Im stationären Bereich können im Aufwachraum alle Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Injektion etc.) die nach Narkoseende anfallen, berechnet werden.</p> <p>Empfohlen wird jedoch die zweimalige Berechnung der Nummer 56analog, wenn der Patient länger als 30 Minuten im Aufwachraum liegt. Öfter als zweimalige Berechnung ist nicht möglich. Mit dem Ansatz der 56 sind dann alle "Regelleistungen" wie Beratung, Untersuchung, Injektionen etc. abgegolten. Nur bei Komplikationen, z.B. cardiale / pulmonale Komplikationen, Blutungen etc. können zusätzliche Maßnahmen (z.B. EKG, Gasanalyse) entsprechend der bestehenden Indikation berechnet werden.</p> <p>In diesen Fällen ist zu empfehlen, die jeweiligen Indikationen bereits in der Rechnung nachvollziehbar zu dokumentieren.</p> |

| | | |
|-----|--|---|
| 34 | Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen - | Der Ansatz der 34 durch den Anästhesisten ist nur in Ausnahmefällen möglich und muss entsprechend dokumentiert werden. Indikationen sind z.B. multimorbide Patienten, geplante komplexe Interventionen / Intensivbehandlungen oder umfassende schmerztherapeutische Behandlungen. |
| 55 | Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung - gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme - | Der Ansatz der 55 für Verlegungen innerhalb des Krankenhauses ist nicht möglich. Falls der Patient bei Verlegung auf eine Intensivstation z.B. beatmet werden muss, kann dafür die GOÄ Nr. 427 abgerechnet werden. Eine entsprechend nachvollziehbare Dokumentation ist erforderlich. |
| A56 | Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase bei stationärer Narkose | <p>Im ambulanten Bereich ist die postoperative Überwachung über 2 Std. mit den Nummern 448/449 abgegolten. Im stationären Bereich können im Aufwachraum alle Einzelleistungen (Beratung, Untersuchung, Injektion etc.) die nach Narkose anfallen, berechnet werden.</p> <p>Empfohlen wird jedoch die zweimalige Berechnung der Nummer 56 analog, wenn der Patient länger als 30 Minuten im Aufwachraum liegt. Öfter als zweimalige Berechnung ist nicht möglich. Mit dem Ansatz der 56 sind dann alle "Regelleistungen" wie Beratung, Untersuchung, Injektionen etc. abgegolten. Nur bei Komplikationen, z.B. cardiale / pulmonale Komplikationen, Blutungen etc. können zusätzliche Maßnahmen (z.B. EKG, Gasanalyse) entsprechend der bestehenden Indikation berechnet werden.</p> <p>In diesen Fällen ist zu empfehlen, die jeweiligen Indikationen bereits in der Rechnung nachvollziehbar zu dokumentieren.</p> |
| 60 | Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt | <p>Nicht berechnungsfähig für Routinebesprechung bei zwischen Anästhesist und Operateur. Berechenbar bei entsprechender Vorerkrankungen z.B. internistische Erkrankung (z.B.: Lungen- und Herzerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, neurologische -psychische Erkrankungen).</p> <p>In diesen Fällen ist zu empfehlen, die jeweiligen Indikationen bereits in der Rechnung nachvollziehbar zu dokumentieren.</p> |
| A62 | Anästhesiologischer Stand-by | Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes ohne Narkose einschließlich Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen, je angefangene 30 Minuten. Injektionen zur Analgosedierung (z.B.: Propofol, Ultiva, Dormicum) können zusätzlich bis zu 4-6x / Stunde / Medikament berechnet werden. Neben dieser Leistung können weitere Ziffern aus Abschnitt D nicht berechnet werden. |
| 70 | Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung | Nicht berechenbar für die Dokumentation im Narkoseprotokoll |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 75 | Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie | Nicht berechenbar für die Dokumentation im Narkoseprotokoll |
| 200 | Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher | Nur in Ausnahmefällen für den Anästhesisten berechenbar (z. B. Druckverband nach Arterienpunktion (Nr. 203A)), nicht berechenbar für Augenpflaster (z.B. Salbe / Pflaster). |
| 250 | Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene | Gemäß GOÄ (§ 4 Abs. 3 Pkt. 3) kann die Blutentnahme nur berechnet werden, wenn Sie vom Chefarzt oder seinem(n) ständigen Vertreter(n) erbracht wurde. |
| 261 | Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter | Nur berechenbar, wenn es sich um anästhesieunabhängige Arzneimittel handelt. <u>Während der Anästhesie:</u> Abrechenbar bei Verabreichung anästhesieunabhängiger Medikamente (z.B. Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.). Auch berechenbar für Anästhesiemedikamente (z.B. Ultiva, Disoprivan) während eines Stand-by. <u>Im Aufwachraum:</u> Abrechenbar bei Verabreichung aller Medikamente (z. B. Schmerzmedikamente (Novalgin, Dipidolor, Dolantin etc.), Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.) Das Medikament ist in der Rechnung anzugeben. Bei einer Berechnung des Aufwachraums nach Nr. A56 ist Nr. 261 im Aufwachraum nicht zusätzlich berechenbar. |
| 271 272 274 | Infusion bis 30 Minuten Infusion über 30 Minuten Infusion über 6 Stunden | Je nach Dauer und Art der Infusion können die Leistungen nach den Nummern 270 - 278 berechnet werden. (Davon ausgehend, dass Narkosenabhängige Medikamente eingebracht werden.) Medikament ist in der Rechnung anzugeben. |
| 427 | Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer | Die Sauerstoffapplikation im Rahmen einer Intubationsnarkose ist nach Nr. 427 nicht abrechnungsfähig sondern mit der Zielleistung abgegolten. Nr. 427 ist für die Beatmung während einer Anästhesieleistung aus Abschnitt D nicht berechenbar. Muss ein Patient 10 Minuten nach Beendigung aller operativen Leistungen weiter beatmet werden und wird. z.B. beatmet auf eine Intensivstation verlegt, so kann im Anschluss an die Leistung aus Abschnitt D, die Nr. 427 für die Transportbeatmung berechnet werden. Eine entsprechend nachvollziehbare Dokumentation ist erforderlich. |
| 431 | Elektrokardioskopie im Notfall | Diese Leistung ist nicht berechenbar für das Routinemonitoring während einer Anästhesieleistung. Berechenbar, wenn eine medizinische Indikation vorliegt, oder wenn auf Grund des Gesamtbildes mit einer Komplikation gerechnet werden muss (Rhythmusstörungen prä-, intra und postoperativ). Eine entsprechende Dokumentation der med. Indikation ist erforderlich. Ebenfalls sollten die med. Indikationen in der Rechnung angegeben werden. |
| 452 | Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums) | Werden Narkosemittel mehrmals hintereinander intravenös appliziert, z. B. wenn der geplante Kurzeingriff länger dauert als vorgesehen, beim Verbandwechsel von schmerzenden Wunden (Verbrennungen) oder im pädiatrischen Bereich sowie bei Kontraindikationen gegen Inhalationsnarkotika, so kann Nr. 452 berechnet werden. |

| | | |
|------|--|--|
| A461 | Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur (vorgeschlagen vom Berufsverband der Anästhesisten) | <p>Die Bundesärztekammer hat im Deutschen Ärzteblatt, Heft 36 vom 10.09.1999 veröffentlicht: "Die Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur bei einer Narkose ist nicht als eigenständige Leistung (auch nicht analog) berechenbar.</p> <p>Die besondere Schwierigkeit bei der Durchführung der Narkose und der erhöhte Zeitaufwand ist durch die Anwendung eines Steigerungsfaktors erfassbar."</p> |
| 462 | Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde | <p>Steigerungsfaktor bis 3,5fach ist o.k. sofern eine nach der GOÄ relevante medizinische Begründung vorliegt.</p> <p>Eine entsprechende Dokumentation der z.B. med. Indikation ist erforderlich</p> |
| 463 | Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde | <p>Steigerungsfaktor bis 3,5fach ist o.k. sofern eine nach der GOÄ relevante medizinische Begründung vorliegt.</p> <p>Eine entsprechende Dokumentation der z.B. med. Indikation ist erforderlich</p> |
| 475 | Überwachung u. Inspektion einer kontinuierlichen mehrtägigen Regionalanästhesie mittels Katheter einschl. Visite u. Beratung, ab dem zweiten Tag | <p>Überwachung und Inspektion einer rückenmarksnahen Anästhesie, einschließlich Kontrolle und Nachinjektionen, ggf. mit Ganganalyse für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag analog nach Nr. 476 zu berechnen.</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen (Injektionen, Visiten, Untersuchungen etc.) die im unmittelbaren Zusammenhang mit der rückenmarksnahen Anästhesieleistung stehen abgegolten und nicht gesondert berechenbar.</p> <p>Werden derartige Leistungen aus anderen Gründen erforderlich, können diese Leistungen auch neben Nr. 475 berechnet werden. Die med. Indikationen sollten in der Rechnung angegeben werden.</p> |
| 476 | Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer | <p>Die Leistung nach Nr. 476 ist auch berechenbar für andere Plexusanästhesien der oberen Extremität, sowie für Plexusanästhesien der unteren Extremität.</p> <p>Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden.</p> |
| A476 | Überwachung einer kontinuierlichen Plexusanästhesie der oberen oder unteren Extremität oder Paravertebralanästhesie, ab dem ersten postop. Tag | <p>Überwachung und Inspektion einer Plexusanästhesie der oberen oder unteren Extremität oder Paravertebralanästhesie, einschließlich Kontrolle und Nachinjektionen, ggf. mit Ganganalyse, im Anschluss an die Leistung nach Nr. 476 / 477 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag analog nach Nr. 476 zu berechnen.</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen (Injektionen, Visiten, Untersuchungen etc.) die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Plexusanästhesie stehen abgegolten und nicht gesondert berechenbar.</p> <p>Werden derartige Leistungen aus anderen Gründen erforderlich, können diese Leistungen auch neben Nr. A476 berechnet werden. Die med. Indikationen sollten in der Rechnung angegeben werden.</p> |
| A477 | externe Medikamentenpumpe zur Schmerztherapie | <p>Überwachung und Inspektion einer externen Medikamentenpumpe einschließlich Kontrolle der Pumpenfunktion, ggf. mit Ganganalyse und Umprogrammierung im Anschluss an die Leistung nach Nr. 784 (Erstanlage 1. Tag) für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag analog nach Nr. 477 zu berechnen.</p> <p>Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen (Injektionen, Visiten, Untersuchungen etc.) die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Medikamentenpumpe stehen abgegolten und nicht gesondert berechenbar.</p> <p>Werden derartige Leistungen aus anderen Gründen erforderlich, können diese Leistungen auch neben Nr. A477 berechnet werden. Die med. Indikationen sollten in der Rechnung angegeben werden.</p> |

| | | |
|------|--|--|
| 480 | Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose | <p>Kann nur in begründeten Ausnahmefällen berechnet werden (z.B. bei Operationen im Bereich HNO, oftmals auch in den Bereichen, Orthopädie (Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriff), Kardio- und Neurochirurgie).</p> <p>Nur bei gezielter Blutdrucksenkung durch z. B. Applikation spezieller Medikamente und intensivem Druckmonitoring (invasive Druckmessung oder im Einzelfall auch kontinuierliche nicht invasive Druckmessung).</p> |
| A482 | Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung) | <p>Bezüglich der Relaxometrie erfolgte im Deutschen Ärzteblatt vom 14.07.97 eine Veröffentlichung der Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer weist expresse verbiis im Verzeichnis der Analogen Bewertungen darauf hin, dass die Relaxometrie nur dann abrechnungsfähig ist, wenn der Patient eine die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verlängernde Erkrankung (z.B. Acetylcholinesterase-Überschuss oder Acetylcholinesterase-Hemmer-Mangel, neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen) hat oder wenn ein gravierender pathophysiologischer Zustand (z.B. Unterkühlung, Massivtransfusion) vorliegt.</p> |
| 483 | Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich des Rachens -, auch beidseitig | <p>Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander kann nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. (Im Zusammenhang mit der Intubationsnarkose ist die Lokalanästhesie der Nase/Rachen keine abrechnungsfähige Leistung, da die Anästhesie der Nase bzw. des Rachens bei Intubationsnarkosen Bestandteil der Narkoseleistung ist.) In Einzelfällen dann berechenbar, wenn z.B. der Patient in wachem Zustand intubiert wird.</p> |
| 484 | Lokalanästhesie des Kehlkopfes | <p>Die Leistungen nach der Nr. 484 umfasst eine örtliche Schmerzausschaltung (Oberflächenanästhesie) durch Betupfen oder Besprühen mit einem Lokalanästhetikum.</p> <p>Werden diese Lokalanästhesien als selbständige ärztliche Leistungen im Rahmen von Eingriffen oder Nebeneingriffen in den beschriebenen Gebieten erforderlich, z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronchoskopien (Nrn. 677, 678), • Entfernung von Fremdkörpern (Nrn. 1508, 1528), • Intubationen (Nr. 1529), • Laryngoskopien (Nr. 1530), • endobronchialer Behandlung mit weichem Rohr, z. B. Absaugen bei Sekretüberflutung oder Aspiration (Nr. 1532), <p>so sind sie gesondert berechnungsfähig.</p> <p>Werden diese Lokalanästhesien dagegen vor einer oralen oder nasalen Intubationsnarkose oder Narkosebronchoskopie durchgeführt, sind die Leistungen nach der Nr. 484 nicht gesondert berechenbar. In diesen Fällen ist die Lokalanästhesie Teilleistung des eigentlichen Verfahrens und mit der Gebühr für dieses abgegolten.</p> <p>Nicht berechenbar sind nach den o.g. Nummern die Schmerzausschaltungen der Hautoberfläche (z. B. durch Vereisung) sowie der Binde- und Hornhaut des Auges durch Auftropfen eines Lokalanästhetikums.</p> |

| | | |
|------|--|--|
| 488 | Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase | <p>Die Instillation eines Lokalanästhetikums in die Harnröhre und/oder Harnblase, z.B. zum Einlegen eines Blasenkatheters als eingeständige ärztliche Leistung wird nach Nr. 488 vergütet.</p> <p>Wird der Blasenkatheter vor Beginn einer Narkose gelegt, so ist die Instillation eines Lokalanästhetikums in der Harnröhre als selbständige und vom eigentlichen Narkoseverfahren unabhängige Leistung gesondert berechenbar. Gleiches gilt, wenn die Lokalanästhesie für das Legen eines Blasenkatheters vor oder während einer örtlichen oder regionalen Schmerzausschaltung (Lokalanästhesie) erforderlich wird.</p> <p>Eine entsprechende Dokumentation – und Angabe des Anästhesiemittels – sollte bereits in der Rechnung erfolgen.</p> <p>Die Anwendung eines anästhesiehaltigen Gleitmittels anstelle einer gesonderten Instillation eines Lokalanästhetikums kann nicht nach Nr. 488 berechnet werden.</p> <p>Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden.</p> |
| A488 | Chloräthyl-Anästhesie (Vereisung) | <p>Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. (Diese Leistung ist als Leistungsinhalt seit Generationen bekannt und wurde bei keiner Novellierung in die GOÄ aufgenommen. Eine analoge Abrechnung über die Nr. 488A ist nicht möglich.)</p> |
| 489 | Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens - | <p>Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. (Im Zusammenhang mit der Intubationsnarkose ist die Lokalanästhesie des Kehlkopfes/Rachens keine abrechnungsfähige Leistung, da die Anästhesie des Kehlkopfes bzw. des Rachens bei Intubationsnarkosen Bestandteil der Narkoseleistung ist). In Einzelfällen berechenbar, z.B. Intubation des wachen Patienten.</p> <p>Siehe auch Kommentar zu Nr. 488.</p> |
| 490 | Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke | <p>Berechenbar für die Anlage von Gefäßzugängen (peripher und zentral) besonders bei wachen und/oder schmerzempfindlichen Patienten. Anlage muss mind. 10 Minuten vor Operationsbeginn, bzw. mind. 10 Minuten nach Operationsende durchgeführt werden.</p> <p>Unter der Leistung nach Nr. 490 versteht man die örtliche Schmerzausschaltung durch Infiltration kleiner Bezirke mit einem Lokalanästhetikum für gesondert berechnungsfähige Eingriffe, auch Nebeneingriffe, z.B.: Anlegen eines venösen oder arteriellen Zugangs, z.B. für die Applikation anästhesieunabhängiger Infusionen, Durchführung einer Venae sectio, Punktieren der Brust- oder Bauchhöhle, Anlegen einer suprapubischen Fistel, aber auch zur Schmerzbehandlung; sinngemäß gleicher Auffassung Brück zu Nr. 490.</p> <p>Wird eine Infiltrationsanästhesie z.B. im Rahmen der Anlage eines venösen oder arteriellen Zugangs vor einer Anästhesieleistung durchgeführt, so empfiehlt sich in der Rechnung die Angabe der Uhrzeit. Hiermit wird verdeutlicht, dass die Leistungen nicht nebeneinander (Ausschluss in Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen), sondern nacheinander durchgeführt wurden. Ist es erforderlich, mehrere kleine Bezirke (z.B. bei verschiedenen Hautverletzungen) zu betäuben, so kann Nr. 490 entsprechend mehrmals berechnet werden (so sinngemäß auch Brück und Wezel/Liebold zu Nr. 490).</p> <p>Diese Leistung ist nicht berechenbar, wenn sie unmittelbar der Einleitung eines höher bewerteten Anästhesieverfahrens dient, z.B. der Applikation einer Spinal- oder Periduralanästhesie oder der intravenösen Anästhesie einer Extremität.</p> |

| | | |
|-----|--|---|
| 491 | Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch - Parazervikal-anästhesie - | Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. |
| 493 | Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst - | Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. (Eine Anästhesie zur Schmerzausschaltung kann zusätzlich abgerechnet werden, wenn die Anästhesie die postoperative Schmerzempfindung reduzieren soll (also nach Beendigung der eigentlichen Narkose). Dies sollte aus der Rechnung hervorgehen, damit die Berechtigung der Nebeneinanderberechnung festgestellt werden kann.) |
| 495 | Leitungsanästhesie, retrobulbär | Laut GOÄ (allg. Bestimmungen Kap. D) darf bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete Leistung berechnet werden. |
| 500 | Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - | Die Gabe von Sauerstoff ist Bestandteil einer Narkoseleistung und keine eigenständig abrechnungsfähige Leistung. Ebenfalls ist die Gabe von Sauerstoff im Aufwachraum nicht, auch nicht analog berechenbar. |
| 536 | Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine) | Regulierung der Körperwärme ist Bestandteil der Narkose und kann nicht gesondert berechnet werden. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass diese Leistung (gemäß § 4 Abs. 2 GOÄ) im stationären Rahmen nur von Wahlärzten bzw. ständigen ärztlichen Vertretern mit der Zusatzbezeichnung "Physikalische Therapie" oder "Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" berechnet werden dürfen. Siehe auch Kommentar zu Nr. A461 |
| 602 | Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung - | 1x berechenbar im Rahmen der Operation (intraoperativ). Postoperativ kann Leistung ebenfalls einmal im Aufwachraum bei entsprechender Indikation berechnet werden (insbesondere bei Kindern, alten Patienten, intubierten Patienten, Patienten mit kardiopulmonalen Vorerkrankungen (Herzinsuff., Asthma, COLD Anämie, Bronchitis etc.). 602 ist nicht neben 614 berechenbar. Bei Berechnung der Aufwachraumleistung nach der Pauschale 56A (siehe dort) ist Nr. 602 im Rahmen des Aufwachraums nicht neben Nr. A56 berechenbar. |
| 603 | Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung - | Im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose ist die Feststellung der narkose-abhängigen Parameter (Beatmungsmenge, Atemwiderstand, Lungendehnbarkeit, Druckmessungen analog) Bestandteil der eigentlichen Intubationsnarkose, weil ohne zumindest oberflächliche Kenntnis dieser Parameter die Intubationsnarkose in der Regel nicht sachgemäß durchgeführt werden könnte. Auf welche Weise sich der Anästhesist die Kenntnis über die erforderlichen Parameter verschafft, ist abrechnungstechnisch nicht relevant. Die Nr. 603 kann daher neben einer Intubationsnarkose nicht zusätzlich abgerechnet werden. |
| 605 | Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden | Im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose ist die Feststellung der narkose-abhängigen Parameter (Beatmungsmenge, Atemwiderstand, Lungendehnbarkeit) Bestandteil der eigentlichen Intubationsnarkose, weil ohne zumindest oberflächliche Kenntnis dieser Parameter die Intubationsnarkose in der Regel nicht sachgemäß durchgeführt werden könnte. Auf welche Weise sich der Anästhesist die Kenntnis über die erforderlichen Parameter verschafft, ist abrechnungstechnisch nicht relevant. Die Nr. 605 kann daher neben einer Intubationsnarkose nicht zusätzlich abgerechnet werden. |
| 614 | Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks | Siehe Ausführungen zu Nr. 602 Nr. 602 nicht neben Nr. 614 berechenbar |

| | | |
|-----|--|---|
| 617 | Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase | Berechenbar bei Vorliegen von pulmonalen, kardialen, allergischen Begleiterkrankungen, schwierigen Intubationen, besonderen Operationsverfahren und Lagerungen (Laparoskopien, Bauchlagen, extreme Steinschnittlage, etc.). Nicht berechenbar für das Routinemonitoring. Die med. Indikationen sollten in der Rechnung angegeben werden. |
| 623 | Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen | Die Überwachung der Körpertemperatur ist keine gesondert abrechnungsfähige Leistung während einer Narkose. Siehe Ausführungen zu Nr. 623 |
| 638 | Punktueller Arterien- und/oder Venenpulsschreibung | Nicht gesondert berechnungsfähig, da Routinemessungen. |
| 643 | Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung | Nicht berechenbar für die routinemäßige Blutdruckmessung. In seltenen Ausnahmefällen möglich, z.B. kein invasives Monitoring möglich, erhebliche cardiale Erkrankungen etc.. |
| 648 | Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung - einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle - | Bei entsprechender Indikation max. 2x je Sitzung berechenbar. Ausführungen zu Ziffer 260 sind zu beachten!! |
| 650 | Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - gegebenenfalls als Notfall-EKG - | Eine Monitorüberwachung während einer Anästhesie stellt keine gesondert abrechnungsfähige Leistung dar. Wenn allerdings im Rahmen der Monitorüberwachung auf Grund einer medizinischen Indikation (z.B. Rhythmusstörung) ein EKG-Ausschrieb erstellt wird, so stellt dies eine elektrokardiographische Untersuchung im Sinne der Nr. 650 dar, auch wenn der Ausdruck überwiegend dem Zweck der Dokumentation dient. Bei gegebenen medizinischen Indikationen, kann die Leistung nach Nr. 650 einmal intraoperativ und einmal postoperativ berechnet werden. Wird das pauschale Abrechnungsverfahren für den Aufwachraum nach Nr. 56 gewählt, kann Nr. 650 nicht zusätzlich für den Aufwachraum berechnet werden. Siehe auch Kommentar zu A56. |
| 653 | Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege | untypisch im Rahmen einer Anästhesieleistung |
| 654 | Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer - einschließlich Aufzeichnung und Auswertung - | untypisch im Rahmen einer Anästhesieleistung |
| 670 | Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung | Berechenbar bei medizinischen Indikationen: z.B. nicht nüchterner Patienten, bewusstseinseingeschränkter Patient, Patienten mit Baucheingriffen, bestimmte Lagerungen (u.a. Seitenlagen, Bauchlage), postop. Nahrungskarenz. |
| 677 | Bronchoskopie oder Thorakoskopie | Die Notwendigkeit einer Bronchoskopie ist nur in Ausnahmefällen gegeben (z.B. bei Lungenoperationen). Berechenbar dann, wenn eine anästhesieunabhängige Indikation vorliegt. |
| 827 | Elektroenzephalographische Untersuchung - auch mit Standardprovokationen - | Nur in ganz seltenen Ausnahmefällen möglich, z.B. wenn Patient bei früheren Eingriffen Wachheitszustände berichtet und diese nachvollziehbar dokumentiert wurden. Evtl. auch möglich bei Kardio- und Neurochirurgischen Eingriffen bis max. Faktor 1,8fach. |

| | | |
|------|---|---|
| A831 | Vegetative Funktionsdiagnostik - auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen - | Die Analogberechnung zur Regulierung der Körperwärme ist Bestandteil der Narkose und kann nicht gesondert berechnet werden. Siehe auch Kommentar zu A461 |
| 1732 | Einlegung eines Verweilkatheters - gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 - | Wird häufig durch den Anästhesisten im Auftrag des Operateurs erbracht. Kann dann natürlich nicht mehr durch den Operateur berechnet werden. |
| | | |