

# **Abschnitt D**

## **Anästhesieleistungen**

## Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt D

### Satz 1:

**Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur jeweils die höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.**

### Kommentar

(1) Nach Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D ist bei der Berechnung mehrerer Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig. Diese Voraussetzung ist gegeben, wenn mehrere unterschiedliche Anästhesieverfahren angewendet werden, die sich gegenseitig ergänzen, z.B. neben einer Narkose eine Katheter-Periduralanästhesie zur intraoperativen Schmerzausschaltung oder Nervenblockaden desselben Versorgungsbereiches.

Die höher bewertete Leistung muß nicht immer die Narkose sein, z.B. neben einer Narkose nach Nr. 462 (bis zu 1 Stunde Dauer) ist die Regionalanästhesie nach Nr. 473 die höher bewertete Leistung. In diesem Fall ist die Narkose nicht berechnungsfähig.

Werden jedoch mehrere, auch verschiedene Anästhesieverfahren nacheinander durchgeführt, z. B. wenn die Schmerzausschaltung einer primär angelegten Regionalanästhesie während einer nicht vorhersehbaren langen Operationsdauer nachläßt und durch eine Narkose fortgesetzt werden muß, so können unter Angabe der jeweiligen Zeiten beide Verfahren nacheinander berechnet werden (ebenso *Brück* zu Abschnitt D).

Auch wenn z.B. ein Peridural- oder Plexuskatheter vor einer Narkose gelegt, aber erst nach der Narkose zur postoperativen Schmerzausschaltung benutzt wird, handelt es sich bei Peridural- oder Plexusanästhesie und Narkose um zwei voneinander unabhängige Verfahren, die

ebenfalls gesondert berechnungsfähig sind. Das gleiche gilt, wenn der Periduralkatheter nach der Narkose zur postoperativen Schmerzausschaltung gelegt wird (gleicher Auffassung *Brück* zu Abschnitt D). Es empfiehlt sich in der Rechnung die Angabe der Zeiten.

(2) Werden mehrere Lokalanästhesien an verschiedenen Körperteilen durchgeführt, z.B. eine Armplexusanästhesie und eine Periduralanästhesie, so sind beide nebeneinander berechnungsfähig (so sinngemäß auch *Brück* zu Abschnitt D).

(3) Lokalanästhesien, die als eigenständige ärztliche Leistung für gesondert berechnungsfähige Nebeneingriffe erforderlich werden, wie z.B.

- Nrn. 483, 484, 489 für Laryngo- und/oder Bronchoskopien, Entfernung von Fremdkörpern,
- Nr. 488 für das Anlegen eines Blasen-katheters,
- Nr. 490 für das Anlegen eines venösen oder arteriellen Zuganges oder zur Durchführung einer *Venae sectio*,

sind selbständige, vom eigentlichen Narkose- bzw. Anästhesieverfahren unabhängige Leistungen und können gesondert berechnet werden.

Eine örtliche Betäubung, die das eigentliche Narkose- bzw. Anästhesieverfahren einleitet, z.B. eine Oberflächenanästhesie des Kehlkopfes (Nr. 484) vor der Intubationsnarkose oder eine Infiltrationsanästhesie kleinerer Bezirke (Nr. 490) zur Applikation der Spinal- oder Periduralanästhesie, ist dagegen Teilleistung des eigentlichen Verfahrens und mit der Gebühr für dieses abgegolten (§ 4 Abs. 2a GOÄ).

(4) Nach Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D ist eine Prämedikation Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechenbar. Hierzu gehören z.B. die oralen/rektalen Gaben oder Injektionen von Beruhigungsmitteln, reflexdämpfenden Mitteln und Spasmolytika, nicht dagegen z.B. Antibiotika, Antikoagulantien oder Antihypertensiva (ebenso *Brück* und *Hoffmann* zu Abschnitt D).

## **Satz 2:**

**Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.**

## **Kommentar**

### **1. Narkosedauer**

Die Intubationsnarkose beginnt mit der Applikation des Narkosemittels und endet mit der Extubation bzw. der Ausleitung. Die (noch nicht novellierten) Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D stellen in Satz 2 aber nicht auf die tatsächliche Narkosedauer ab, sondern auf den Operationsbeginn und das Operationsende, mit einem pauschalierten Zeitzuschlag von jeweils 10 Minuten. Die Zeitgebühren der Nrn. 462/463 errechnen sich also aus der Operationsdauer zuzüglich 20 Minuten.

Unter den Begriff der Operationsdauer sind jedoch nicht nur die Schnitt-/Nahtzeit, sondern alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu subsumieren, die mit dem Eingriff in unmittelbarem Zusammenhang stehen und der Schmerz- bzw. Bewußtseinsausschaltung bedürfen. Zu diesen Maßnahmen zählen z.B.

- Lagerung des Patienten, insbesondere Bauchlagerung, Nierenlagerung, Lagerung auf dem Extensionstisch
- Desinfektion des Operationsgebietes
- Anlegen einer Blutleere
- Anlage spezieller Katheter, z.B. ZVK, Pulmonalkatheter
- Kontrollierte Blutdrucksenkung
- Kontrollierte Hypothermie, einschließlich Abkühlungs- und Wiederaufwärmungsphase
- Anlegen und/oder Entfernen von Verbänden oder Gipsverbänden
- Röntgenaufnahmen
- Rücklagerung des Patienten.

(Gleicher Auffassung *Brück* und *Hoffmann* zu den Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt D).

### **2. Dauer der Regional- / Lokalanästhesie**

Die Dauer der örtlichen und regionalen Schmerzausschaltungen ist in der Präambel zu Abschnitt D nicht definiert. Dort wird ausdrücklich nur die Definition der Narkosedauer geregelt. Für den Beginn der Lokalanästhesien ist daher auf die Applikation ("Einleitung...") des Anästhesiemittels abzustellen (gleicher Auffassung *Brück* zu Nr. 470).

Für das gebührenrechtliche Ende der örtlichen Schmerzausschaltung bei Eingriffen kann die Bestimmung über das Narkoseende analog herangezogen werden, d. h., "Ende der Überwachung" ist gleich 10 Minuten nach Operationsende.

Handelt es sich um eine "zeitdefinierte" Anästhesie (Nrn. 470 bis 474, 476 bis 479) zur Schmerzbehandlung, so bemißt sich das Ende der Leistung nach dem Zeitpunkt, zu dem die Vitalfunktionen stabilisiert sind und eine kontinuierliche ärztliche Überwachung des Patienten nicht mehr erforderlich ist. Mitbestimmend sind im Einzelfall ebenso Allgemeinzustand wie Begleiterkrankungen.

Neben dieser, mit dem Zeitfaktor abgegoltenen Überwachungsphase ist eine zusätzliche Berechnung der Verweilgebühr (Nr. 56) nicht möglich.

Bei den Lokalanästhesien ohne Zeitfaktor (Nrn. 469, 484 bis 495) bemißt sich die "Dauer" von der Applikation des Anästhesiemittels bis zum vollständigen Wirkungseintritt. Muß der Arzt danach ununterbrochen beim Patienten bleiben, so kann er eine Verweilgebühr berechnen.

# Vorbemerkungen zu Abschnitt D

## 1. Anästhesieleistung

Die in Abschnitt D beschriebenen Anästhesieleistungen betreffen Methoden zur Bewußtseins- und/oder Schmerzausschaltung. Nach Methode und Wirkung wird unterschieden in Leistungen mit

- zentraler Schmerzausschaltung unter Aufhebung des Bewußtseins (Narkose oder Allgemeinanästhesie) und
- örtlicher oder regionaler Schmerzausschaltung (Lokalanästhesie, Regionalanästhesie).

Neben den eigentlichen Anästhesieleistungen gehört nach den Grundsätzen der Arbeitsteilung am Operationstisch zu den Aufgaben des für die Anästhesie verantwortlichen Arztes auch die Überwachung sowie Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen, wie z.B.

- Kreislaufüberwachung (z.B. Blutdruck- und Pulsmessung)
- Überwachung der Herzaktivität (z.B. EKG-Monitoring)
- Überwachung der Atemaktivität (z.B. Messungen der Atemfrequenz, des Atemzug- und Atemminutenvolumens)
- Behandlung von Komplikationen und Zwischenfällen im Bereich der Vitalfunktionen.

Sofern die Leistungslegende der jeweiligen Nummer aus Abschnitt D nichts anderes bestimmt, können die Leistungen nach den Nrn. 450 bis 479 und 483 bis 495 sowohl im Rahmen operativer, therapeutischer und/oder diagnostischer Eingriffe als auch zu Zwecken der schmerztherapeutischen Behandlung erbracht werden (gleicher Auffassung *Brück* zu Abschnitt D).

Es gibt Verfahren, wie die in Nr. 476 aufgeführte Paravertebralanästhesie, die schon ihrer Natur nach nicht zur Schmerzausschaltung für operative

Eingriffe bestimmt ist. Sie dient der Schmerztherapie und diagnostischen Zwecken.

Die Regionalanästhesien nach Nr. 473 und 474 sowie weitere Anästhesien mittels Katheter (z.B. Plexusanästhesie, Drei-in-eins-Block) werden sowohl zur operativen als auch zur postoperativen Schmerzausschaltung angewandt. Nr. 475 dient ausschließlich der postoperativen Schmerzbehandlung.

Die speziellen Bestimmungen der in anderen Abschnitten der GOÄ aufgeführten Leistungen zur Schmerzbehandlung gehen den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnittes D vor. Dies gilt z.B. für die in Nrn. 267 und 268 aufgeführten Infiltrationsbehandlungen.

## 2. Definition der Anästhesieleistung

Hierzu gehören im engeren Sinne die Applikationen von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien (z.B. Hypnotika, Analgetika, Sedativa, Muskelrelaxantien) und Anästhesieantidoten (z.B. Naloxon). Sie sind mit den Gebühren für die Anästhesieleistung abgegolten. Ferner gehört hierzu die regelhafte Überwachung der vitalen Funktionen, wie

- Kreislaufüberwachung (z.B. Blutdruck- und Pulsmessungen)
- Überwachung der Herzaktivität (z.B. EKG-Monitoring)
- Überwachung der Atemaktivität (z.B. Messungen der Atemfrequenz, des Atemzug- und des Atemminutenvolumens).

## 3. Neben der Anästhesieleistung gesondert berechenbare Leistungen

Nach allgemeiner Auffassung sind alle Maßnahmen, die der Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen oder ihrer Vorbeugung dienen, nicht mit der Anästhesiegebühr abgegolten und damit gesondert berechenbar.

Solche Störungen können durch die Anästhesie, aber auch durch den operativen/diagnostischen

Eingriff, die Grundkrankheit, Begleitkrankheiten oder Verletzungen (Polytraumata) verursacht werden. Behandlungsbedürftig sind insbesondere

- Atemstörungen (z.B. Verlegung der Atemwege durch Fremdkörper oder durch Sekretüberflutung infolge Lungenödem, Aspiration)
- Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Herzstillstand
- Kreislaufstörungen (z.B. Volumenmangel, hyper- oder hypotone Krisen)
- Störungen des Säure-Basen-Haushaltes (z.B. nach Aufhebung länger liegender Blutleere)
- Stoffwechselstörung (z.B. Diabetes mellitus, Thyreotoxikosen)
- Reaktionen auf körperfremde Stoffe (z.B. Pallakos)
- allergische Reaktionen.

Alle Leistungen, die der Vorbeugung und/oder Behandlung solcher Störungen dienen, wie z.B. Injektionen und Infusionen, sind unabhängig vom jeweiligen Anästhesieverfahren berechenbar (ebenso *Brück* zu Abschnitt D sowie sinngemäß *Hoffmann* zu Abschnitt D).

Prä- und postanästhesiologische Beratungen, Visiten und Untersuchungen sind ebenfalls gesondert berechenbar und nicht mit der jeweiligen Anästhesiegebühr abgegolten. In den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D ist lediglich die Prämedikation als Bestandteil der jeweiligen Anästhesieverfahren von der gesonderten Berechnung ausdrücklich ausgeschlossen.

#### **4. Rechnungsstellung**

Die Angabe von Diagnosen in der Rechnung wird in § 12 GOÄ nicht vorgeschrieben. Da sich aber in der letzten Zeit die Rückfragen bei den neben dem Anästhesieverfahren erbrachten Leistungen häufen, empfehlen wir die

- Bezeichnung des Eingriffes, für den die Narkose oder Anästhesie durchgeführt wird, und/oder die Angabe der
- Diagnosen zur Begründung von Sonderleistungen (z.B. zur Behandlung von Begleitkrankungen oder Zwischenfällen).

Unberührt hiervon bleibt als vertragliche Nebenverpflichtung die Auskunftspflicht des Arztes über seine Leistungen auf Anfrage des Patienten.

#### **5. Postanästhesiologische Überwachung**

Der Patient bedarf während der gesamten Narkose und über ihre gebührenrechtliche Beendigung hinaus ("10 Minuten nach Operationsende") der ständigen Überwachung. Diese Überwachung muß bis zum Abklingen der unmittelbaren Wirkungen der Narkose und der Rückverlegung auf die Station gewährleistet werden. Diese Überwachung findet - soweit vorhanden - im Aufwachraum statt, der unter der Verantwortung des Anästhesisten steht (vgl. Kommentar zu Nr. A56).

#### **6. Assistenzgebühr**

Bei den modernen Anästhesieverfahren kann die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit einer Assistenz begründet sein:

- durch den Zustand des Patienten (z.B. Schwere der Grunderkrankung, komplizierende Begleiterkrankungen)
- durch die Schwierigkeit des Anästhesieverfahrens
- durch die notwendigen Nebeneingriffe (z.B. kontrollierte Hypotension oder Hyperthermie, extrakorporale Zirkulation, Bluttransfusionen)
- durch die Schwere des operativen Eingriffes (z.B. Polytrauma, Organtransplantationen, neurochirurgische Eingriffe, Skolioseoperationen).

Aufgrund der Abrechnungsbestimmungen nach Nr. 61 kann die Assistenz nur von liquidationsberechtigten Ärzten berechnet werden. Im stationären Bereich also durch:

- einen anderen liquidationsberechtigten Anästhesisten (z.B. Kollegialsystem) oder einen Kollegen im Belegkrankenhaus
- den liquidationsberechtigten Arzt eines anderen Gebietes, z.B. Internisten beim Auftreten schwerer kardialer Störungen während des

Anästhesieverfahrens, die einer internistischen Assistenz bedürfen.

Im ambulanten Bereich kann Nr. 61 berechnet werden, wenn ein anderer niedergelassener Anästhesist (z.B. einer Praxisgemeinschaft) aufgrund der Schwierigkeit des Narkoseverfahrens zur Assistenz hinzugezogen werden muß.

Der zur Assistenz hinzugezogene liquidationsberechtigte Arzt kann nur die Nr. 61 berechnen. Die Berechenbarkeit anderer Leistungen daneben ist ausgeschlossen (Abrechnungsbestimmungen).

Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Ausgeschlossen wird damit, daß der zur Ausführung der Narkose hinzugezogene Arzt zugleich eine Gebühr für die Hilfeleistung bei der Operation berechnet. Diese Einschränkung ist sachlich gerechtfertigt, weil die modernen Narkoseverfahren die volle Konzentration des für sie verantwortlichen Arztes fordern. Nach ihrem Wortlaut und Sinngehalt gilt diese Einschränkung nicht für die Hilfeleistungen des Arztes, den der Anästhesist - falls medizinisch geboten - zu seiner Unterstützung bei der Narkose zuzieht.

## 7. Überschreitung des Schwellenwertes

Die Durchführung von Anästhesie- bzw. Narkoseleistungen kann durch

- Vor- und Begleiterkrankungen eines Patienten
- spezielle Operationslagerungen
- Komplikationen und Zwischenfälle während eines diagnostischen oder therapeutischen Eingriffes, aber auch während einer schmerztherapeutischen Behandlung

erheblich erschwert werden. Liegen die in § 5 Abs. 2 GOÄ genannten Kriterien, z.B. "Schwierigkeit des Krankheitsfalles", vor, ist die Anwendung eines entsprechenden Multiplikationsfaktors bei der Bewertung dieser Leistungen auch über dem 2,3fachen statthaft.

## 8. Ärztliche Wahlleistungen

Ein großer Teil vorbereitender und begleitender Leistungen fällt unter die Enumeration in § 4 Abs. 2 Satz 3 Nrn. 1 - 3, so die Leistungen nach den Nrn. 1 - 62 GOÄ innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor Entlassung (Nr. 1), die Visite nach den Nrn. 45 - 46 GOÄ während der gesamten Dauer der stationären Behandlung (Nr. 2) sowie Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 GOÄ während der gesamten Dauer der Behandlung. Dies bedeutet, daß diese Leistungen nur dann berechnet werden können, wenn sie durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Der ständige Vertreter muß Facharzt desselben Gebietes sein. (Zu den Grundsatzfragen der persönlichen Leistungspflicht und zur Benennung des ständigen ärztlichen Vertreters vgl. *W. Weißbauer* in "Anästhesiologie und Intensivmedizin", Heft 2 (1996), S. 98).

Die spezifischen Anästhesieleistungen fallen nicht unter diese Beschränkung. Läßt sich der liquidationsberechtigte Arzt insoweit durch einen Arzt vertreten, der dem Patienten nicht als ständiger Vertreter benannt wurde, so begrenzt sich der große Gebührensatz vom 3,5fachen auf das 2,3 fache; der mittlere Gebührenrahmen vom 2,5fachen auf das 1,8 fache (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

Ist der liquidationsberechtigte Arzt verhindert und läßt er sich bei der Anästhesie vertreten, so empfiehlt es sich dringend, dies mit dem Patienten unter Benennung des Vertreters schriftlich zu vereinbaren.

## **GOÄ Nummer 450**

**Rauschnarkose – auch mit Lachgas –**

**76 Punkte      einfach = 4,43 €**

### **Kommentar zu Nr. 450**

Die Rauschnarkose wird unter Anwendung von Lachgas ohne Rückatmung zur Durchführung kurzer Eingriffe (z.B. Abszeßinzision, Reposition von Frakturen) durchgeführt. Dieses Verfahren ist heute weitgehend überholt.

## **GOÄ Nummer 451**

**Intravenöse Kurznarkose**

**12 Punkte      einfach = 7,05 €**

### **Kommentar zu Nr. 451**

Bei der intravenösen Kurznarkose wird eine zentrale Bewußtseins- und Schmerzausschaltung mittels einmalig intravenös verabreichter kurz- bzw. ultrakurz wirkender Narkotika erreicht. Bei einmaliger Applikation dauert die Narkose meist nur wenige Minuten. Dies ist ein vorwiegend bei kurz dauernden, ambulanten Eingriffen (z.B. Abszeßinzision, Reposition von Frakturen oder Schulterluxationen) häufig angewandtes Verfahren.

Die intravenöse Applikation des Narkotikums ist mit der Gebührennummer abgegolten und nicht gesondert nach den Nrn. 253 oder 261 berechenbar.

## GOÄ Nummer 452

**Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)**

**190 Punkte      einfach = 11,07 €**

### **Kommentar zu Nr. 452**

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.

Wird im Rahmen eines Stand-by während eines diagnostischen oder operativen Eingriffes zusätzlich eine intravenöse "Analgesiedierung" (kombinierte Applikation z.B. von Hypnotika, Analgetika, Sedativa) durchgeführt, so empfiehlt die Gebührenkommission des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, die einzelnen Injektionen nach Nr. 261 zu berechnen. Die Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 261 sind hierbei zu berücksichtigen.

## GOÄ Nummer 453

**Vollnarkose**

**210 Punkte      einfach = 12,24 €**

### **Kommentar zu Nr. 453**

Diese Gebührennummer ist schon mit Inkrafttreten der GOÄ '82 durch die Neueinführung der Nr. 460 mit der wesentlich präziser formulierten Leistungslegende überflüssig geworden. Nr. 453 läßt sich aufgrund der allgemein gehaltenen Bezeichnung „Vollnarkose“ praktisch keinem bestimmten Narkoseverfahren mehr zuordnen.

Allenfalls für die intramuskuläre Ketaminnarkose sowie für die rektale Narkose (in der Regel bei Kleinkindern) kann Nr. 453 analog berechnet werden. Beide Verfahren sind im Leistungsverzeichnis der GOÄ nicht aufgeführt (gleicher Auffassung *Brück* zu Nr. 453).

## GOÄ Nummer 460

**Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, bis zu einer Stunde**

**404 Punkte      einfach = 23,55 €**

### **Kommentar zu Nr. 460**

Bei der Kombinationsnarkose werden typischerweise mehrere Medikamente zur Erzielung der zentralen Schmerz- und Bewußtseinsausschaltung kombiniert. Das hierzu verwandte Gerät (Narkosegerät) ermöglicht eine exakte Dosierung der Narkosegase und Steuerung der Narkosetiefe. Häufig werden bei der Kombinationsnarkose zur schnelleren Erzielung einer ausreichenden Narkosetiefe Inhalationsanästhetika mit intravenösen Anästhetika kombiniert; die Kombinationsnarkose kann jedoch auch als totale intravenöse Anästhesie (TIVA) durchgeführt werden. Hierbei ist die intravenöse Injektion in der Anästhesieleistung enthalten und kann nicht gesondert nach Nr. 253 oder 261 berechnet werden.

Eine Beatmung während der Narkose ist fakultativer Bestandteil der Leistung und nicht gesondert berechenbar.

Das Verfahren der Maskennarkose wird häufig bei kurz dauernden Eingriffen angewendet, wie z.B.:

- Inzisionen, Punktionen
- Verbandwechsel
- Repositionen.

Kontraindikationen zur Durchführung einer Maskennarkose sind z.B.:

- nicht nüchterne Patienten
- spezielle Lagerungen (z.B. Bauchlage).

Zur Berechnung der Narkose mit Larynxmaske vgl. Kommentar zu den Nrn. X458 und X459 (Analognummern).

Zur Berechnung der Narkosedauer vgl. Kommentar zu Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D.

## GOÄ Nummer 461

**Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, jede weitere angefangene halbe Stunde**

**202 Punkte      einfach = 11,78 €**

### **Kommentar zu Nr. 461**

Dauert die Kombinationsnarkose länger als eine Stunde, so ist für jede weitere angefangene halbe Stunde Nr. 461 zusätzlich zu Nr. 460 zu berechnen.

Zur Berechnung der Narkosedauer vgl. Kommentar zu Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D.

## GOÄ Nummer 462

### Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde

510 Punkte      einfach = 29,73 €

#### Kommentar zu Nr. 462

Dieses Anästhesieverfahren unterscheidet sich von der Leistung nach Nr. 460 durch die endotracheale Intubation, die oral, nasal oder via Tracheostoma durchgeführt wird; hierunter fällt auch die Jet-Injektor-Methode. Durch die Intubation wird – im Gegensatz zur Maskennarkose – die Freihaltung der Atemwege gewährleistet und eine assistierte oder kontrollierte Beatmung ermöglicht.

Die Leistung nach Nr. 462 wird meist in einer Kombination aus einem Gasgemisch (Insufflation, Maske) und/oder durch intravenös applizierte Medikamente (z.B. Hypnotika, Analgetika, Sedativa, Tranquilizer) durchgeführt. Für die Intubation ist in der Regel zusätzlich die Anwendung von Muskelrelaxantien erforderlich. Die dazu erforderlichen Applikationen von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien sowie Anästhesieantidoten sind nicht gesondert berechenbar, sondern Bestandteil der Leistungen des jeweiligen Anästhesieverfahrens.

Gleiches gilt für die während der Intubationsnarkose durchgeführte assistierte oder kontrollierte Beatmung sowie die Messung der Beatmungsparameter. Gesondert berechnet werden kann Nr. 427 bzw. 428 nur dann, wenn die Beatmung nach Beendigung der Narkose ("10 Minuten nach Operationsende") fortgeführt oder neu begonnen werden muß, z.B. bei Beatmung während des Transports auf die Intensivstation.

Alle übrigen während der Anästhesie erbrachten Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG) zur Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen, von Komplikationen und

Zwischenfällen sind – da in den Allgemeinen Bestimmungen oder den Leistungsbeschreibungen der GOÄ nicht ausgeschlossen – berechenbar (vgl. auch *Brück* zu Abschnitt D).

Nicht gesondert berechenbar sind jedoch die routinemäßigen Überwachungsverfahren, z.B. das Routine-EKG, da sie Bestandteil der jeweiligen Anästhesieleistung sind.

Zur Berechnung der Narkosedauer vgl. Kommentar zu Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D.

## GOÄ Nummer 463

**Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde**

**348 Punkte      einfach = 20,28 €**

### **Kommentar zu Nr. 463**

Dauert die Kombinationsnarkose nach Nr. 462 länger als eine Stunde, so ist Nr. 463 für jede weitere angefangene halbe Stunde zusätzlich berechenbar.

Zur Berechnung der Narkosedauer vgl. Kommentar zu Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D.

## GOÄ Nummer 469

**Kaudalanästhesie**

**250 Punkte      einfach = 14,57 €**

### **Kommentar zu Nr. 469**

Die Leistung nach Nr. 469 umfaßt die regionale Schmerzausschaltung im Sakralbereich mittels Einspritzen von Medikamenten (z.B. Lokalanästhetika, Analgetika, Alkohol) in den Periduralraum durch den Hiatus sacralis oder die Foramina sacralia V (transsakraler Block).

Die Kaudalpunktion wird in der Regel in Seiten- oder Bauchlage durchgeführt. Nach Hautdesinfektion und Lokalanästhesie wird die Kanüle zur Punktion des Periduralraumes meist senkrecht zur Haut eingestochen, bis ein deutlicher Widerstand, das Lig. sacrococcygeale, überwunden ist. Anschließend gleitet die Nadelspitze im Sakralkanal, wobei zur Vermeidung einer Dura-perforation nicht über das dritte Sakralsegment vorgeschoben werden sollte.

Nr. 469 ist auch im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung berechenbar.

Neben der Leistung nach Nr. 469 ist in gleicher Sitzung Nr. 259 nicht gesondert berechenbar.

## **GOÄ Nummer 470**

**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer**

**400 Punkte      einfach = 23,31 €**

### **Kommentar zu Nr. 470**

Die Leistung nach Nr. 470 umfaßt die regionale Schmerzausschaltung durch einmaliges (einzeitiges) Einspritzen von Medikamenten (z.B. Lokalanästhetika, Analgetika) in den

- Subarachnoidalraum, lumbal
- Peridural-(Epidural-)raum, zervikal, thorakal oder lumbal

bis zu einer Stunde Dauer.

Die Zeitdauer reicht von der Applikation des Anästhesiemittels bis 10 Minuten nach Operationsende bzw. bei schmerztherapeutischer Anwendung bis zum Ende der kontinuierlichen Überwachung durch den Arzt (vgl. Kommentar zu Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D).

## **GOÄ Nummer 471**

**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer**

**600 Punkte      einfach = 34,97 €**

## **GOÄ Nummer 472**

**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer**

**800 Punkte      einfach = 46,63 €**

### **Kommentar zu den Nrn. 471 und 472**

Sie unterscheiden sich von Nr. 470 nur durch den Zeitfaktor. Dauern Einleitung und Überwachung einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 länger als eine Stunde, so ist Nr. 471 berechenbar; dauern sie länger als zwei Stunden, so ist Nr. 472 zu berechnen (in der Regel nur bei operativen Eingriffen). Diese Nummern sind keine Zusatznummern zu Nr. 470; es können je nach Zeitdauer entweder Nr. 470 oder 471 oder 472 berechnet werden.

## **GOÄ Nummer 473**

**Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer**

**600 Punkte      einfach = 34,97 €**

## **GOÄ Nummer 474**

**Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer**

**900 Punkte      einfach = 52,46 €**

### **Kommentar zu den Nrn. 473 und 474**

Diese Anästhesieverfahren unterscheiden sich von der Leistung der Nr. 470 durch die mehrmalige oder kontinuierliche Applikation des Anästhetikums mittels Katheter bis zu einer Anästhesiedauer von fünf Stunden (Nr. 473) bzw. von mehr als fünf Stunden Dauer (Nr. 474).

Nr. 473 kann auch am gleichen Tag neben einer Kombinationsnarkose (Nrn. 460 bis 463) abgerechnet werden, wenn sie unabhängig von dieser ausschließlich zur postoperativen Schmerzausschaltung erbracht und der Katheter vor oder nach der Narkose angelegt worden ist. In diesen Fällen empfiehlt sich die Angabe der jeweiligen Zeiten in der Rechnung.

Für das Nachspritzen des Anästhetikums in den liegenden Katheter gibt es in der GOÄ keine Gebührennummer; es besteht insoweit eine Regelungslücke. Auch eine erneute Berechnung der Nrn. 473 bzw. 474 ist nicht statthaft, weil ein wesentliches Leistungselement (das Legen des

Katheters) bereits erbracht und abgegolten ist; ebenso ist die Anwendung der Nr. 257 vom Wortlaut her ausgeschlossen, weil ein Anästhetikum eingebracht wird. Ein Ausgleich ist derzeit nur über einen erhöhten Multiplikationsfaktor der jeweiligen Anästhesiegebühr möglich.

Eine entsprechende Regelung, auch für die in der GOÄ nicht aufgeführte kontinuierliche Plexusanästhesie mittels Katheter, haben wissenschaftliche Gesellschaft (DGAI) und Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) in ihren Vorschlägen zur geplanten GOÄ-Novellierung eingebracht. Empfehlungen der Gebührenkommission des BDA zu entsprechenden Analognummern finden sich im Kapitel „Analoge Bewertungen“.

## GOÄ Nummer 475

**Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 274 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag**

**450 Punkte      einfach = 26,23 €**

### Kommentar zu Nr. 475

Die Nr. 475 ist eine Zusatznummer zu Nr. 474 und für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag (Kalendertag) berechenbar. Sie kann für den zweiten und jeden weiteren Tag auch nach Kombinationsnarkosen (Nrn. 460 bis 463) zur postoperativen Schmerzausschaltung berechnet werden. In der Rechnung empfiehlt sich die Angabe der jeweiligen Zeiten.

Aus der Bewertung der Nr. 475 (25,30 € je Tag) ergibt sich, daß eine ständige Anwesenheit des Arztes nicht zum Leistungsinhalt gehören kann. In welchen Zeitabständen ärztliche Kontrollen und Nachinjektionen durchgeführt werden müssen, bestimmt sich nach den Umständen des Einzelfalles (Allgemeinzustand, Begleiterkrankungen, Schwere und Umfang des Eingriffes).

Nachinjektionen durch den Periduralkatheter sind Bestandteil der Leistung nach Nr. 475 und auch nicht nach Nr. 261 gesondert berechenbar (ebenso *Brück* zu Nr. 475).

Werden am Behandlungstag Visiten oder andere Leistungen erforderlich, die nicht im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 475 stehen, so sind diese Leistungen gesondert berechenbar. In der Rechnung empfiehlt sich die Angabe des jeweiligen Grundes und der Uhrzeit, um Mißverständnisse zu vermeiden.

## GOÄ Nummer 476

**Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer**

**380 Punkte      einfach = 22,15 €**

### Kommentar zu Nr. 476

#### 1. Armplexusanästhesie

Mit der Nr. 476 wird die regionale Schmerzausschaltung der oberen Extremitäten durch Umspritzung des Armplexus mittels eines Lokalanästhetikums im supraklavikulären oder axillären Bereich vergütet. Das Lokalanästhetikum wird einmalig durch eine Kanüle appliziert. Gleichermaßen ist die Einleitung und Überwachung einer interscalenären oder infraklavikulären Plexusanästhesie nach Nr. 476 berechenbar.

Ist für das Anlegen einer Blutleere eine gesonderte Schmerzausschaltung (z.B. "Halbring") erforderlich, so kann hierfür Nr. 491 zusätzlich berechnet werden.

Für den in der GOÄ noch nicht aufgeführten "Drei-in-eins-Block" (simultane Blockierung des N. femoralis, N. obturatorius, N. cutaneus femoralis lateralis) ist Nr. 476 analog berechenbar (vgl. *Schleppers/Weigand* in „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, Heft 10 (1999), S. 744). Diese der Schmerzbehandlung dienende Anästhesieleistung ist hinsichtlich Aufwand und Schwierigkeitsgrad einer Plexusanästhesie vergleichbar.

Die kontinuierliche Plexusanästhesie mittels Katheter ist bisher in der GOÄ ebenfalls nicht berücksichtigt. Bis zu einer Neuregelung ist eine Berechnung der Nr. 476 für den ersten Tag mit einem höheren Multiplikationsfaktor nach § 5 Abs. 2 GOÄ ("... Schwierigkeit und ... Zeitaufwand der einzelnen Leistung ...") gerechtfertigt.

Wird eine kontinuierliche Plexusanästhesie jedoch über mehrere Tage hinweg durchgeführt, so schlägt der Berufsverband Deutscher Anästhesisten Nr. 476 analog für den zweiten und jeden weiteren Tag vor.

Häufig erforderliche Nachinjektion des Lokalanästhetikums oder intensive Verlaufskontrollen können derzeit nur durch einen höheren Multiplikationsfaktor berücksichtigt werden.

## **2. Die Paravertebralanästhesie**

Die Paravertebralanästhesie beschreibt die regionale Schmerzausschaltung im zervikalen, thorakalen oder lumbosakralen Bereich durch gezielte paravertebrale Applikation (Injektion, Infiltration) eines Lokalanästhetikums an die Spinalwurzel, das Spinalganglion und den Ramus communicans des Sympathikus.

Dieses Verfahren wird heute für operative Eingriffe (untere Bauchwand, untere Extremitäten) praktisch nicht mehr angewandt, da es in der Regel hierfür keine ausreichende Schmerzausschaltung bewirkt, so daß oft zusätzliche Blockaden erforderlich sind.

Bei der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände im Bereich des unteren Rückens, der Leistenregion und der unteren Extremitäten (z.B. beim Wurzelkompressionsyndrom, bei degenerativen Veränderungen des Skelett- oder Bandapparates im Bereich der LWS und des Beckens und/oder bei Haltungsanomalien) sowie bei Herpes zoster ist die Paravertebralanästhesie jedoch ein anerkanntes Verfahren.

In der Leistungslegende wird nichts darüber ausgesagt, ob die Paravertebralanästhesie bei der gleichen Arzt-Patienten-Begegnung auch mehrfach berechnet werden kann.

Ist bei einzelnen speziellen Indikationen die Blockade mehrerer Segmente der Wirbelsäule - auch beidseitig - mittels mehrfacher Applikation des Lokalanästhetikums erforderlich, um das Behandlungsziel zu erreichen (z.B. symptomati-

sche und kausale Schmerztherapie beim Herpes zoster), so ist Nr. 476 mehrfach berechenbar. Da die Anästhesie an mehreren Stellen erfolgt und unterschiedliche Versorgungsbereiche ausgeschaltet werden, kommt hier die Präambel zu Abschnitt D nicht zum Tragen.

Die Höhe der Vergütung wird jedoch nicht nur durch die Einleitung (Anlegen) der Anästhesie bestimmt, sondern auch durch den in der Leistungslegende angeführten Zeitfaktor "... bis zu einer Stunde Dauer ...". Bei der Blockade mehrerer Segmente in gleicher Sitzung wird zwar der Leistungsinhalt der mehrfachen Einleitung erfüllt, der Zeitfaktor wird jedoch - auch bei mehrfacher Applikation - in der Regel nur einmal anfallen. Dies sollte bei der Wahl des Multiplikationsfaktors innerhalb des Gebührenrahmens entsprechend berücksichtigt werden, so daß z.B. für die Blockade des zweiten und jeden weiteren Segmentes in der Regel lediglich die Grundgebühr (Einfachsatz) berechnet wird.

Unter Berücksichtigung des zeitlichen und technischen Aufwandes beim Anlegen einer ordnungsgemäßen Paravertebralanästhesie in mehreren Segmenten im Vergleich zu einer rückenmarksnahen Regionalanästhesie halten wir den bis zu fünfmaligen Ansatz der Nr. 467 für berechtigt (1 x Nr. 467 mit den üblichen Steigerungsmöglichkeiten, max. 4 x Nr. 467 mit dem Einfachsatz). Eine Dokumentation nach anästhesiologischen Standards ist notwendig.

Die Zeitdauer "bis zu einer Stunde" rechnet von der Applikation des Anästhesiemittels bis 10 Minuten nach Operationsende bzw. bei der Schmerzbehandlung bis zum Ende der kontinuierlichen Überwachung durch den Arzt.

Wird nur die Spinalwurzel und ggf. das Spinalganglion blockiert, so kann lediglich Nr. 494 berechnet werden. Gleiches gilt für die Anästhesie eines Spinalnerven lateral der Begrenzung des Querfortsatzes. Die ungezielte Infiltration an die Wirbelsäule ("paravertebral") ist nach Nr. 490 bzw. 491 berechnungsfähig.

## GOÄ Nummer 477

**Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralnästhesie, jede weitere angefangene Stunde**

**190 Punkte      einfach = 11,07 €**

### **Kommentar zu Nr. 477**

Dauert die Überwachung einer Regionalanästhesie nach Nr. 476 länger als eine Stunde, so ist für jede weitere angefangene Stunde Nr. 477 zusätzlich zu Nr. 476 berechenbar.

Berechenbar ist Nr. 477 auch für die Überwachung einer interscalenären oder infraclaviculären Armplexusanästhesie.

Nr. 477 wird bei der Schmerzbehandlung ("Paravertebralnästhesie") nicht in Frage kommen, da Einleitung und Überwachung in der Regel nicht länger als eine Stunde die kontinuierliche Anwesenheit des Arztes beim einzelnen Patienten erfordern.

## GOÄ Nummer 478

**Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer**

**230 Punkte      einfach = 13,41 €**

### **Kommentar zu Nr. 478**

Die Schmerzausschaltung durch intravenöse Injektion eines Lokalanästhetikums in eine abgebundene Extremität, bis zu einer Stunde Dauer, wird mit Nr. 478 vergütet.

Gefäßerweiternde Maßnahmen zur Erleichterung der Punktion, wie z.B. eine Hyperämisierung (Wärmebad, Einreibungen) sowie das Abbinden der jeweiligen Extremität (Nr. 2029), sind Bestandteile des Anästhesieverfahrens und nicht gesondert berechenbar.

Erschwerende Punktionsbedingungen (z.B. Kreislaufkollaps, Adipositas) können jedoch das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen (§ 5 Abs. 2 GOÄ).

## GOÄ Nummer 479

**Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde**

**115 Punkte      einfach = 6,70 €**

### **Kommentar zu Nr. 479**

Dauert die Schmerzausschaltung nach Nr. 478 länger als eine Stunde, so ist für jede weitere angefangene Stunde Nr. 479 zusätzlich zu Nr. 478 berechenbar.

## GOÄ Nummer 480

**Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose**

**222 Punkte      einfach = 12,94 €**

### **Kommentar zu Nr. 480**

Mit Nr. 480 wird die gezielte und kontrollierte medikamentös bewirkte Senkung des Blutdruckes während der Narkose einschließlich aller hierzu erforderlichen Injektionen oder Infusionen und aller routinemäßigen Maßnahmen, die zur Überwachung der vitalen Funktionen erforderlich sind, vergütet.

Gesondert berechenbar neben Nr. 480 sind ggf. erforderliche Messungen des zentralen Venen- oder des Arteriendruckes (Nr. 648). Dies geht schon aus der Bewertung beider Leistungen (Nr. 480: 12,94 €; Nr. 648: 35,26 €) hervor.

Nicht berechnet werden kann Nr. 480 im Rahmen einer Blutdrucksenkung mittels kurzfristiger Vertiefung der Narkose. Gleiches gilt für die Behandlung passagerer Hypertonien während einer Narkose durch Injektionen oder Infusionen blutdrucksenkender Medikamente. Diese sind nach Nr. 257 bzw. 261 zu berechnen (ebenso *Brück* zu Nr. 480).

## GOÄ Nummer 481

**Kontrollierte Hypothermie während der Nar-  
kose**

**475 Punkte      einfach = 27,69 €**

### **Kommentar zu Nr. 481**

Nr. 481 vergütet die gezielte und kontrollierte medikamentöse und/oder physikalische Senkung der Körperkerntemperatur einschließlich aller hierfür erforderlichen Maßnahmen, auch zur Wiedererwärmung, sowie der routinemäßigen Überwachung der vitalen Funktionen. Sie dient der Minderung der Stoffwechselfvorgänge und reduziert den Sauerstoffbedarf, z.B. bei kardiochirurgischen Eingriffen.

Nr. 481 kann auch berechnet werden zur Behandlung der malignen Hyperthermie (so auch *Brück* zu Nr. 481).

## GOÄ Nummer 483

**Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte  
– gegebenenfalls einschließlich des Rachens –,  
auch beidseitig**

**46 Punkte      einfach = 2,68 €**

## GOÄ Nummer 484

**Lokalanästhesie des Kehlkopfes**

**46 Punkte      einfach = 2,68 €**

## GOÄ Nummer 489

**Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – ge-  
gebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und  
des Rachens –**

**145 Punkte      einfach = 8,40 €**

### **Kommentar zu den Nrn. 483, 484 und 489**

Die Leistungen nach den Nrn. 483, 484 und 489 umfassen eine örtliche Schmerzausschaltung (Oberflächenanästhesie) durch Betupfen oder Besprühen mit einem Lokalanästhetikum.

Werden diese Lokalanästhesien als selbständige ärztliche Leistungen im Rahmen von Eingriffen oder Nebeneingriffen in den beschriebenen Gebieten erforderlich, z.B. bei

- 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),

so sind sie gesondert berechnungsfähig.

Werden diese Lokalanästhesien dagegen vor einer oralen oder nasalen Intubationsnarkose oder Narkosebronchoskopie durchgeführt, sind die Leistungen nach den Nrn. 483, 484 und 489 nicht gesondert berechenbar. In diesen Fällen ist die Lokalanästhesie Teilleistung des eigentlichen Verfahrens und mit der Gebühr für dieses abgegolten.

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.

## **GOÄ Nummer 485**

**Lokalanästhesie des Trommelfelles und/oder der Paukenhöhle**

**46 Punkte      einfach = 2,68 €**

### **Kommentar zu Nr. 485**

Die örtliche Schmerzausschaltung des Trommelfelles und/oder der Paukenhöhle wird in der Regel vom Hals-Nasen-Ohren-Arzt selbst ausgeführt.

Nr. 485 kann nicht berechnet werden für das Einträufeln anästhesierender Ohrentropfen in den äußeren Gehörgang, da hiermit der Leistungsinhalt nicht erfüllt wird (ebenso *Brück* zu Nr. 485).

## GOÄ Nummer 488

**Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase**

**46 Punkte      einfach = 2,68 €**

### **Kommentar zu Nr. 488**

Die Instillation eines Lokalanästhetikums in die Harnröhre und/oder Harnblase, z.B. zum Einlegen eines Blasenkatheters als eigenständige ärztliche Leistung, wird nach Nr. 488 vergütet.

Wird der Blasenkatheter vor Beginn einer Narkose gelegt, so ist die Instillation eines Lokalanästhetikums in die 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.

Die Anwendung eines anästhesiehaltigen Gleitmittels anstelle einer gesonderten Instillation eines Lokalanästhetikums kann nicht nach Nr. 488 berechnet werden.

## GOÄ Nummer 490

**Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke**

**61 Punkte      einfach = 3,55 €**

### **Kommentar zu Nr. 490**

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 Zuges, 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).

Wird eine Infiltrationsanästhesie z.B. im Rahmen der Anlage eines venösen oder arteriellen Zuges 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).

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.

## GOÄ Nummer 491

**Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie –**

**121 Punkte      einfach = 7,05 €**

### **Kommentar zu Nr. 491**

Die örtliche Schmerzausschaltung durch Infiltration großer Bezirke mit einem Lokalanästhetikum, z.B. zur Operation einer Leistenhernie, aber auch zur Schmerzbehandlung wird nach Nr. 491 vergütet.

Nur einmal kann Nr. 491 berechnet werden, wenn mehrere Injektionen in den gleichen Bezirk erforderlich sind (so auch *Wezel/Liebold* zu Nr. 491) oder wenn wegen nicht ausreichender Schmerzausschaltung weitere Mengen des Lokalanästhetikums nachinjiziert werden müssen (gleicher Auffassung *Brück* zu Nr. 491).

Wenn z.B. multiple Verletzungen unterschiedlicher Lokalisationen operativ versorgt werden müssen, ist eine mehrfache Berechnung - auch nebeneinander - jedoch statthaft.

Die Parazervikalanästhesie dient der Ausschaltung des Dehnungsschmerzes des Gebärmutterhalses und der Schmerzen der uterinen Kontraktionen in der mittleren und späteren Phase der Eröffnungsperiode und wird ebenfalls nach Nr. 491 vergütet.

Eine ausreichende Schmerzausschaltung kann nur durch eine beidseitige Injektion des Anästhetikums erzielt werden, so daß die Gebührenkommission des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für dieses Verfahren den Ansatz von Nr. 491 einmal je Seite für gerechtfertigt hält. Nach Ansicht von *Brück* ist Nr. 491 für dieses Verfahren jedoch nur einmal berechenbar, da es sich um einen großen zusammenhängenden Bezirk handele.

## GOÄ Nummer 493

**Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst –**

**61 Punkte      einfach = 3,55 €**

### **Kommentar zu Nr. 493**

Örtliche Schmerzausschaltung durch Injektion eines Lokalanästhetikums in den perineuralen Bereich (in die Umgebung des Nerven) wird nach Nr. 493 vergütet. Müssen mehrere Nerven verschiedener Versorgungsbereiche ausgeschaltet werden, so kann Nr. 493 entsprechend mehrfach berechnet werden.

Bei der Anästhesie nach Oberst wird das Lokalanästhetikum beiderseits des Grundgliedes eines Fingers oder einer Zehenwurzel injiziert. Hierbei ist Nr. 493 nur einmal je infiltriertem Finger oder Zehe berechenbar.

## GOÄ Nummer 494

Leitungsanästhesie, endoneural – auch Pudendusanästhesie –

121 Punkte      einfach = 7,05 €

### Kommentar zu Nr. 494

Örtliche Schmerzausschaltung durch gezielte Injektion eines Lokalanästhetikums in die Nerven-scheide. Werden mehrere Nerven blockiert, ist Nr. 494 entsprechend auch mehrfach berechenbar. Es empfiehlt sich die Angabe der einzelnen Nerven in der Rechnung.

Die Pudendusnästhesie umfaßt die perineurale Anästhesie durch beiderseitige Blockade des N. pudendus für die Austreibungs- und Preßperiode; auch für kleine operative Eingriffe im Bereich des Dammes und der äußeren Geschlechtsorgane.

Wir halten, wie bei Nr. 491 für die Parazervikal-anästhesie, den Ansatz von Nr. 494 einmal je Seite für statthaft (ebenso *Brück* zu Nr. 494).

## GOÄ Nummer 495

Leitungsanästhesie, retrobulbär

121 Punkte      einfach = 7,05 €

### Kommentar zu Nr. 495

Bei der Leistung nach Nr. 495 handelt es sich um ein augenärztliches Anästhesieverfahren, das auch von vielen Anästhesisten durchgeführt wird. Da es sich um eine Spezialbestimmung handelt, können andere Gebührennummern keine Anwendung finden. Insbesondere kann weder eine perineurale (Nr. 255) oder peridurale Injektion (Nr. 256) noch eine Periduralanästhesie (Nrn. 470 bis 472) berechnet werden. Die Applikation eines Medikamentes bzw. Lokalanästhetikums in das Cavum peridurale ist hier anatomisch unmöglich.

Wird im Rahmen einer augenärztlichen Operation vom Anästhesisten zunächst die retrobulbäre Leitungsanästhesie durchgeführt und der Patient anschließend zur Operation im Rahmen eines Stand-by überwacht, so empfiehlt der Berufsverband Deutscher Anästhesisten folgendes Abrechnungsschema:

1. Berechnung der Leitungsanästhesie nach Nr. 495 (Zeitangabe). Ggf. notwendige Injektionen im Rahmen einer Analgosedierung zur Anlage einer retrobulbären Anästhesie sind nicht gesondert berechenbar.
2. Berechnung der Stand-by-Leistung mit Operationsbeginn (Zeitangabe).
3. Injektionen im Rahmen einer Analgosedierung während der Stand-by-Zeit können gesondert nach Nr. 253 oder Nr. 261 berechnet werden (Berücksichtigung der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 253 und 261).

## GOÄ Nummer 497

### Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika

220 Punkte      einfach = 12,82 €

#### Kommentar zu Nr. 497

Blockaden des sympathischen Teiles des vegetativen Nervensystems sind etablierter Bestandteil der Therapie verschiedener Erkrankungen. Weiter werden sie als diagnostische Methoden zur Verifizierung der Genese bei einer Reihe von Schmerzerkrankungen eingesetzt.

So kann eine Sympathikusblockade u.a. bei der Behandlung von

- Neuropathischen Stumpfschmerzen
- Phantomschmerzen
- CRPS
- Trigeminusneuropathie
- Trigeminusneuralgie
- Herpes zoster
- Postzosterische Neuralgie

indiziert sein.

Wird in einer Sitzung sowohl eine Blockade am lumbalen Grenzstrang als auch am Ganglion stellatum durchgeführt, so kann Nr. 497 zweimal berechnet werden.

Eine gesonderte Lokalanästhesie der Haut kann neben der Nr. 497 nicht zusätzlich nach Nr. 490 berechnet werden.

Medikamentöse Infiltrationsbehandlungen nach den Nrn. 267 und 268 sind nicht zusätzlich neben einer Leistung nach Nr. 497 für eine Grenzstrangblockade berechenbar.

Die Nrn. 497 und 498 sind unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen auch bei Durchführung im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung berechenbar, da die Lei-

stungen nicht nebeneinander, sondern hintereinander erbracht werden. Es empfiehlt sich die Angabe der Zeiten in der Rechnung.

## GOÄ Nummer 498

### Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika

300 Punkte      einfach = 17,49 €

#### Kommentar zu Nr. 498

Blockaden des sympathischen Teiles des vegetativen Nervensystems sind etablierter Bestandteil der Therapie verschiedener Erkrankungen. Weiter werden sie als diagnostische Methoden zur Verifizierung der Genese bei einer Reihe von Schmerzerkrankungen eingesetzt.

So kann eine Sympathikusblockade u.a. bei der Behandlung von

- Neuropathischen Stumpfschmerzen
- Phantomschmerzen
- CRPS
- Trigemini-neuropathie
- Trigemini-neuralgie
- Herpes zoster
- Postzosterische Neuralgie

indiziert sein.

Wird in einer Sitzung sowohl eine Blockade am thorakalen Grenzstrang als auch am Plexus solaris durchgeführt, so kann Nr. 497 zweimal berechnet werden.

Eine gesonderte Lokalanästhesie der Haut kann neben der Nr. 498 nicht zusätzlich nach Nr. 490 berechnet werden.

Medikamentöse Infiltrationsbehandlungen nach den Nrn. 267 und 268 sind nicht zusätzlich neben einer Leistung nach Nr. 498 für eine Grenzstrangblockade berechenbar.

Die Nrn. 497 und 498 sind unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen auch bei Durchführung im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung berechenbar, da die Lei-

stungen nicht nebeneinander, sondern hintereinander erbracht werden. Es empfiehlt sich die Angabe der Zeiten in der Rechnung.