Berlin, 23.01.2026

Änderungserfordernisse zum Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Kompromiss zwischen Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig Stand: 30.04.2025

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Stolaczyk
Leiter Referat Gesundheitspolitik
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V.
Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Tel.: 030 – 398 40 710
Mail: mstolaczyk@bda-ev.de

Vorbemerkung und Zielsetzung

Der vorliegende GOÄ-Kompromissentwurf bildet die tatsächlichen Kosten anästhesiologischer Leistungen nicht sachgerecht ab. Aus den Rückmeldungen unserer Mitglieder, die sich eingehend mit dem Entwurf befasst haben, sowie auf Grundlage der uns vorliegenden Daten kann nicht abgeleitet werden, dass die Bewertung der anästhesiologischen Leistungen und die von der Bundesärztekammer angedeuteten Honoraranhebungen im Bereich der Anästhesiologie einer kritischen Überprüfung standhalten.

Zum einen sind die anästhesiologischen Leistungen im Entwurf in hohem Maße pauschalisiert worden – dies ausdrücklich auf Wunsch des PKV-Verbandes im Rahmen der bisherigen Abstimmungen. Diese Pauschalierung geht mit einem weitgehenden Wegfall differenzierender Abbildungsinstrumente einher, insbesondere durch den Wegfall der Steigerungssystematik und die Inklusion zahlreicher vormals eigenständig berechnungsfähiger Begleitleistungen.

Darüber hinaus beruhen die der ursprünglichen betriebswirtschaftlichen Kalkulation zugrunde liegenden Daten auf Erhebungen, die im Jahr 2017 aufbereitet wurden und bereits zu diesem Zeitpunkt auf noch älteren Kostendaten basierten. Unabhängig davon, ob einzelne Kostenentwicklungen im Detail benannt werden, ist evident, dass sich in dem seither vergangenen Zeitraum erhebliche Veränderungen sowohl bei Personal- als auch bei Betriebs- und Gemeinkosten ergeben haben, die im aktuellen Entwurf keine angemessene Berücksichtigung finden.

Demgegenüber wurde die Anästhesieminute in einer repräsentativen Kostenerhebung auf Basis realer Versorgungsdaten ermittelt. Bereits diese Untersuchung kommt – bezogen auf das Jahr 2007 und veröffentlicht im Jahr 2009 – auf einen deutlich höheren Minutenwert, als er sich aus dem GOÄ-Kompromissentwurf ergibt. Die konkreten Berechnungen werden im Folgenden dargestellt. Vor diesem Hintergrund erscheint die im Entwurf vorgesehene Bewertung der Anästhesiezeit nicht belastbar.

Im Zusammenspiel mit dem Wegfall der Steigerungsmöglichkeiten und der nahezu vollständigen Inklusion anästhesiologischer Begleitleistungen – wie z. B. Infusionsleistungen, relaxometrische Überwachung, Katheterisierungen oder erweiterter Steuerungs- und Überwachungsmaßnahmen – kommt es zu einer systematischen Unterbewertung insbesondere aufwendiger Anästhesieverfahren. Die im Entwurf vorgesehene Anhebung des ambulanten Zuschlags ist nicht geeignet, diese strukturelle Unterdeckung zu kompensieren. Gleichlautend hatte sich der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) bereits in den vorangegangenen Sitzungen geäußert.

Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass das Leistungsmengengerüst, das zur Hochrechnung der Effekte einer neuen GOÄ herangezogen wurde, diese Aspekte nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Insbesondere der Umfang und die tatsächliche Inanspruchnahme berechnungsfähiger anästhesiologischer Begleitleistungen sind in diesem Mengengerüst aus unserer Sicht unterrepräsentiert. Dies führt in der Konsequenz zu einer Überbewertung möglicher Kostensteigerungen auf Seiten der PKV und zu einer überschätzten Honoraranhebung im Bereich der Anästhesiologie.

Es ist daher aus Sicht von DGAI und BDA zwingend erforderlich, das anästhesiologische Leistungsverzeichnis vor dem Hintergrund dieser Analysen nochmals kritisch zu überprüfen. Die nachfolgenden Änderungsforderungen folgen dieser systematischen Bewertung und zielen darauf ab, eine sachgerechte, differenzierte und kostendeckende Abbildung anästhesiologischer Leistungen sicherzustellen.

Selbstverständlich gehen wir davon aus, dass weder die Bundesärztekammer noch der PKV-Verband ein Interesse daran haben, anästhesiologische Leistungen dauerhaft unterhalb ihrer realen Kosten abzubilden.

1 Prämedikation

1.1 Beratungsleistungen (Nr. 1 / Nr. 2)

Die Gesprächsleistungen nach Nr. 1 und Nr. 2 des Entwurfs der Bundesärztekammer und des PKV-Verbandes sehen gegenüber der ärzteeigenen GOÄ sowie gegenüber früheren Entwurfsfassungen einen gegenseitigen Ausschluss vor. Diese Regelung führt insbesondere im Bereich der präanästhesiologischen Risikoevaluation im Rahmen von Prämedikations- und Aufklärungsgesprächen zu strukturellen Unwuchten und zu einer nicht sachgerechten Abbildung aufwendiger Prämedikationen.

Präanästhesiologische Aufklärungsgespräche sind keine standardisierten Leistungen, sondern erfolgen in hohem Maße patienten- und risikoadaptiert. Eine Übersichtsarbeit zur Dauer präanästhesiologischer Aufklärungsgespräche zeigt, dass etwa 50 % dieser Gespräche zwischen 13 und 20 Minuten dauern; die durchschnittliche Gesprächsdauer liegt bei etwa 14 Minuten[1]. Gerade dieses Zeitfenster ist typisch für Prämedikationsgespräche bei älteren, multimorbiden oder anästhesiologisch vorerkrankten Patientinnen und Patienten. Verschärft wird diese Situation durch den faktischen Wegfall der Berechnungsfähigkeit oximetrischer Einzelmessungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten. Bei pulmonal vorerkrankten Patientinnen und Patienten ist die Bestimmung der Sauerstoffsättigung ein regelhafter und medizinisch notwendiger Bestandteil der präanästhesiologischen Risikoevaluation (siehe Punkt 1.2).

Nach aktuell gültiger GOÄ können präanästhesiologische Gespräche mit einer Dauer von über zehn Minuten nach Nr. 3 abgerechnet und bei entsprechendem Mehraufwand bis zum 3,5-fachen Steigerungssatz vergütet werden (max. 30,60 €). Die Abrechnungslogik des GOÄ-Kompromissentwurfs führt demgegenüber dazu, dass für Gesprächsdauern zwischen 10 und unter 20 Minuten lediglich eine starre Zeiteinheit nach Nr. 2 abrechnungsfähig ist (21,21 €), unabhängig davon, ob das Gespräch 11 oder 19 Minuten dauert. Damit entfällt gerade bei komplexen Prämedikationsgesprächen jede Möglichkeit, erhöhten zeitlichen und inhaltlichen Aufwand sachgerecht abzubilden.

Hinzu kommt, dass der Paragrafenteil des Entwurfs die ärztlichen Aufklärungs- und Dokumentationspflichten gegenüber der bislang geltenden GOÄ weiter konkretisiert und verschärft, insbesondere im Hinblick auf wirtschaftliche Aufklärungspflichten. Der damit verbundene Anstieg des rechtlichen und dokumentarischen Aufwands steht in einem systematischen Widerspruch zu der im Ziffernteil vorgesehenen eingeschränkten Honorierungsfähigkeit gerade dieser arztintensiven Gesprächsleistungen.

1.2 Untersuchungs- und Zusatzleistungen im Rahmen der Prämedikation

Oximetrische Untersuchungen wurden in der ersten Entwurfsfassung der neuen GOÄ gegenüber der ärzteeigenen GOÄ zunächst vollständig gestrichen und im weiteren Verlauf als Leistung für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr wieder aufgenommen.

Nach § 1 des GOÄ-Entwurfs richten sich die Vergütungen für ärztliche Leistungen nach der GOÄ; berechnungsfähig sind ausschließlich Leistungen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind und nach der Berufsordnung der Landesärztekammern erbracht werden.

---

[1] https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2019/06-2019/2019_6_290-300_Untersuchung%20der%20Einflussfaktoren%20auf%20die%20Dauer%20%20der%20perioperativen%20Risikoevaluation%20.pdf

Die oximetrische Messung erfüllt diese Voraussetzungen - Der Ausschluss der Berechnungsfähigkeit oximetrischer Messungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten führt dazu, dass eine ärztlich erbrachte, medizinisch notwendige Leistung in der Gebührenordnung keine Abbildung mehr findet. Dies widerspricht dem systematischen Anspruch der GOÄ, sämtliche ärztlich erbringbaren und medizinisch erforderlichen Leistungen sachgerecht zu erfassen.

Im Rahmen der Anästhesieleistungen des Kapitels D I sind oximetrische Untersuchungen als Bestandteil des Standardmonitorings bereits inkludiert und neben diesen Leistungen des Abschnitt D-I in keinem Fall gesondert berechnungsfähig. Hiervon klar zu unterscheiden sind jedoch präanästhesiologische oximetrische Messungen, die außerhalb der eigentlichen Anästhesieleistung erfolgen und der medizinischen Risikoabschätzung dienen.

Insbesondere im Rahmen der präanästhesiologischen Risikoevaluation ist die Leistung ein medizinisch notwendiger Bestandteil der Einschätzung des Ausgangszustands, der Risikoabschätzung sowie der anästhesiologischen Entscheidungsfindung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit pulmonalen Vorerkrankungen, kardiopulmonalen Begleiterkrankungen oder eingeschränkter Belastbarkeit. Ihre Durchführung erfolgt auf ärztliche Indikation und dient unmittelbar der Festlegung des anästhesiologischen Vorgehens.
Darüber hinaus wirkt sich der Wegfall der Berechnungsfähigkeit oximetrischer Messungen auch auf den postanästhesiologischen Bereich aus. In Verbindung mit den Einschränkungen der postanästhesiologischen Betreuung unterhalb von 60 Minuten sowie der Ausgestaltung der Nr. 1743 als reine Abschlussleistung entsteht auch hier eine Abbildungslücke ärztlich notwendiger Überwachungsleistungen. Auf diese Problematik wird unter Punkt 5 (Postanästhesiologische Betreuung) näher eingegangen.

1.3 Änderungsvorschläge

Vor dem Hintergrund der o. g. Sachverhalte schlagen DGAI und BDA folgende Änderungen am Entwurf vor:

1.3.1 Aufnahme neuer Leistungen im Kapitel D I:

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1748	**Anästhesiologische Aufklärung und Beratung** einschließlich - Überprüfung der Narkosefähigkeit, - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation, ggf. einschließlich Beantwortung patientenbezogener Fragen Dauer unter 10 Minuten *Die Leistung nach Nummer 1748 ist nicht neben den Leistungen nach Nr. 1 und 2 berechnungsfähig.*	**14,11 €**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1749	**Anästhesiologische Aufklärung und Beratung** einschließlich - Überprüfung der Narkosefähigkeit, - Aufklärungsgespräch mit Dokumentation, ggf. einschließlich Beantwortung patientenbezogener Fragen je vollendete 10 Minuten *Die Leistung ist bis zu fünfmal je Kalendertag berechnungsfähig.* *Die Leistung nach Nummer 1749 ist nicht neben den Leistungen nach Nr. 1 und 2 berechnungsfähig.* *Die genaue Dauer der Leistung(en) ist in der Rechnung anzugeben.*	**21,21 €**

1.3.2 Änderung der Leistung nach der Nr. 3501

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
3501	**Oxymetrische Messung(en)** ~~**bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr**~~**,** auch Messung nach Belastung, bis zu zweimal je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 3501 ist neben de~~rn~~ Leistung*en *nach Nummer 1500, 1501, 1508, 1509, 1700, 1701,1704,1714,1715,1716,1720, 1730, 1732, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740,1741, 1742, 1743, 3507 oder 3522 nicht berechnungsfähig.*	**8,88 €**

2 Sedierungen

2.1 Definition und Abgrenzung

In der anästhesiologischen Praxis bestehen zahlreiche Situationen, in denen Sedierungen als alleinige anästhesiologische Maßnahmen medizinisch indiziert ist, ohne dass Analgetikagaben erforderlich oder sinnvoll sind. Dies betrifft insbesondere Sedierungen im Rahmen chirurgischer Eingriffe mit geringer oder fehlender nozizeptiver Belastung, etwa in der Augenheilkunde, sowie Sedierungen bei endoskopischen und diagnostischen Verfahren. Der Aufwand bezüglich der Aufklärung, Durchführung und Nachbetreuung von Sedierungen und Analgosedierungen ist vergleichbar.

2.2 Fehlende Abbildung im Entwurf einer neuen GOÄ

Reine Sedierungsleistungen sind im aktuellen GOÄ-Entwurf nicht sachgerecht abgebildet. Einerseits existiert mit der Nr. 1700 eine Leistung zur reinen anästhesiologischen Überwachung im Sinne eines ärztlichen Stand-by, die jedoch keine aktive pharmakologische Steuerung umfasst. Andererseits setzt die Nr. 1701 als „Analgosedierung“ begrifflich die obligate Gabe eines Analgetikums voraus.

Damit besteht zwischen der Überwachung nach Nr. 1700 und der Analgosedierung nach Nr. 1701 eine Regelungslücke für medizinisch indizierte Sedierungen ohne Analgetikagabe, obwohl diese in der anästhesiologischen Praxis regelhaft erbracht werden und eine eigenständige ärztliche Verantwortung erfordern.

Diese Regelungslücke wird durch die Systematik der Abrechnungsausschlüsse im Entwurf zusätzlich verdeutlicht. Sedierungsleistungen sind gegenüber der postanästhesiologischen Betreuung nach den Nrn. 1742 und 1743 ausgeschlossen. Aus diesem Ausschluss ist systematisch abzuleiten, dass Sedierungen vom Regelungswillen des Entwurfs grundsätzlich erfasst und einer eigenständigen Abbildung zugeführt werden sollten. Andernfalls wäre ein solcher Abrechnungsausschluss nicht erforderlich.

Unabhängig davon ist festzustellen, dass auch der Abrechnungsausschluss selbst in seiner derzeitigen Ausgestaltung nicht sachgerecht ist und im Widerspruch zur klinischen Realität steht. Insbesondere ältere, multimorbide oder kardiopulmonal vorerkrankte Patientinnen und Patienten benötigen auch nach reinen Sedativgaben regelmäßig eine postanästhesiologische Überwachung und Betreuung im Aufwachraum.

Die dargestellte Systematik führt zu einem sachlich nicht gerechtfertigten Fehlanreiz zur Gabe von Analgetika, auch wenn hierfür keine medizinische Indikation besteht. Eine solche Steuerungswirkung der Gebührenordnung widerspricht den Grundsätzen der ärztlichen Therapiefreiheit, der indikationsgerechten Arzneimittelanwendung sowie den Regeln der ärztlichen Kunst.

2.3 Änderungsvorschläge

2.3.1 Änderung des Titels nach der Leistung nach der Nr. 1701

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1701	**Sedierung und/oder Analgosedierung als alleinige anästhesiologische Maßnahme, ohne Intubation**	**66,18 €**

2.3.2 Änderung der Leistung nach der Nr. 1742 und 1743

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1742	**Postanästhesiologische Betreuung in speziell ausgestatteten Einheiten (Aufwachraum) unter ärztlicher Koordination,** einschließlich - Abschlussuntersuchung vor Verlegung aus dem Aufwachraum - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - Pulsoxymetrie und ggf. EKG-Monitoring, ggf. einschließlich - Medikamentengabe(n) einschließlich Infusionstherapie - Temperaturmessungen - Sauerstoffgabe - postoperativer Analgesie - Nachinjektionen in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Katheter, je vollendete 60 Minuten *Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren ~~und ausschließlicher Sedativa-Gabe~~ berechnungsfähig.*	**33,34 €**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1743	**Postanästhesiologische Betreuung in speziell ausgestatteten Einheiten (Aufwachraum) unter ärztlicher Koordination,** einschließlich - Abschlussuntersuchung vor Verlegung aus dem Aufwachraum - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - Pulsoxymetrie und ggf. EKG-Monitoring, ggf. einschließlich - Medikamentengabe(n) einschließlich Infusionstherapie - Temperaturmessungen - Sauerstoffgabe - postoperativer Analgesie - Nachinjektionen in einen zur postoperativen Analgesie gelegten Katheter, je angefangene 60 Minuten	**~~16,04 €~~ 19,51 €**

Die Leistung nach Nummer 1743 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.
Postanästhesiologische Leistungen sind nicht nach Standby-Verfahren
~~***und ausschließlicher Sedativa-Gabe***~~ *berechnungsfähig.*

3 Allgemeinanästhesie

3.1 Zeitbezug und zeitgetriggerte Zuschläge

Der GOÄ-Kompromissentwurf führt im Bereich der Anästhesieleistungen zu einer strukturellen Benachteiligung aufwendiger, insbesondere multimorbider und anästhesiologisch vorerkrankter Patientinnen und Patienten. Während in der aktuell gültigen GOÄ der erhöhte ärztliche Aufwand bei komplexen Fällen sowohl über das Steigerungssystem als auch über die gesonderte Berechnungsfähigkeit zusätzlicher Begleitleistungen sachgerecht abgebildet werden konnte, entfällt diese Differenzierungsmöglichkeit im Entwurf weitgehend.
Der Wegfall der Steigerungssystematik wird zusätzlich durch die weitgehende Inklusion vormals eigenständig berechnungsfähiger Leistungen verschärft. Leistungen wie Infusionstherapien, relaxometrische Messungen sowie zusätzliche Steuerungs-, Überwachungs- und Entscheidungsleistungen sind im Entwurf pauschal Bestandteil der Anästhesieleistungen, unabhängig davon, ob sie im Einzelfall regelhaft oder ausschließlich bei anästhesiologisch komplexen Patientinnen und Patienten erforderlich sind.
In der Konsequenz führt diese Systematik dazu, dass der bei kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten regelmäßig deutlich erhöhte ärztliche Aufwand nicht mehr differenziert abgebildet werden kann. Damit gehen zentrale Instrumente zur Abbildung nichtlinear verteilter ärztlicher Mehrleistungen verloren. Gleichzeitig werden einfache Standardanästhesien und hochkomplexe Anästhesien honorartechnisch weitgehend gleichbehandelt, obwohl sich ihr medizinischer, organisatorischer und rechtlicher Aufwand erheblich unterscheidet.
Diese strukturelle Nivellierung widerspricht dem Anspruch einer leistungs- und aufwandsbezogenen Gebührenordnung und gefährdet eine sachgerechte Abbildung moderner, risikoadaptierter Anästhesieversorgung.

3.2 Bewertung der Anästhesiezeit

Die Bewertung der anästhesiologischen Leistungen im GOÄ-Kompromissentwurf lässt sich nicht nur inhaltlich, sondern auch betriebswirtschaftlich anhand des Minutenwerts überprüfen. Eine repräsentative Analyse der IST-Kosten der Anästhesie in deutschen Krankenhäusern (Bezugsjahr 2007; veröffentlicht 2009) weist für die „Reine Anästhesiezeit“ im Regeldienst Minutenkosten getrennt nach Personal- und Gemeinkosten aus. In Tabelle 2 werden hierfür Medianwerte nach Krankenhausgrößenklassen berichtet.
Wird – entsprechend der Systemlogik der GOÄ – der Minutenwert ohne Sachkosten betrachtet, ergibt sich aus den in der Studie ausgewiesenen Medianwerten ein gewichteter Referenzwert von 7,09 € pro Minute (Personalkosten II = ärztlicher Dienst + Pflege/Funktionsdienst plus Gemeinkosten I), basierend auf der Verteilung der in die Untersuchung einbezogenen Krankenhäuser nach Größenklassen[2].

[2] https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2009/12-2009/2009_12_745_Analyse%20der%20IST-Kosten%20Anaesthesie%20in%20deutschen%20Kranken-haeusern.pdf

Demgegenüber ergibt sich aus dem GOÄ-Kompromissentwurf für eine 60-minütige Allgemeinanästhesie (1704 bis 15 Minuten: 119,34 €; 1705 je vollendete 30 Minuten: 88,62 €; 1706 je angefangene 30 Minuten: 45,21 €) eine Gesamtvergütung von 253,17 €. Daraus resultiert ein impliziter Minutenwert von 4,22 € pro Minute (253,17 €/60 Minuten). Damit liegt die Minutenvergütung des GOÄ-Kompromissentwurfs bei einer 60-minütigen Allgemeinanästhesie bereits deutlich unter einem historischen, auf realen Versorgungsdaten basierenden Minutenkostensatz – und zwar ohne Berücksichtigung der Sachkosten sowie ohne Berücksichtigung der seitdem eingetretenen Kostenentwicklungen bei Personal, Infrastruktur und Vorhaltung.
Diese Unterdeckung verschärft sich strukturell durch den Wegfall der Steigerungssystematik und die weitgehende Inklusion vormals eigenständig berechnungsfähiger Begleitleistungen. Gerade bei multimorbiden und anästhesiologisch vorerkrankten Patientinnen und Patienten entsteht der erhöhte Aufwand regelmäßig nicht primär durch längere Dauer, sondern durch zusätzliche Maßnahmen (z. B. Infusionstherapien, relaxometrische Überwachung, Katheterisierungen sowie erweiterte Steuerungs- und Überwachungsentscheidungen), die im Entwurf pauschal in der Grundleistung „aufgehen“. Dies führt dazu, dass aufwendige Anästhesien mit hohem Begleitleistungsanteil gegenüber Standardanästhesien zunehmend unterbewertet werden.
Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass das im Kompromissprozess zugrunde gelegte Leistungsmengengerüst die reale Inanspruchnahme anästhesiologischer Begleitleistungen – insbesondere in komplexen Fällen – nicht ausreichend abbildet. Der Minutenvergleich macht damit sichtbar, dass die aktuelle Bewertungssystematik im Entwurf bei längeren und/oder komplexeren Anästhesien nicht kostenkongruent ist und eine sachgerechte Abbildung des tatsächlichen Leistungsaufwands gefährdet.

3.3 Änderungsvorschläge

3.3.1 Einführung risikobasierter Zuschläge

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1750	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 1701, 1704, 1716 und 1720 für den erhöhten anästhesiologischen Aufwand bei einem Patienten mit einer oder mehreren der folgenden schweren systemischen Erkrankungen:** – **relevante kardiovaskuläre Erkrankungen** (z. B. koronare Herzkrankheit, Kardiomyopathien, chronische Herzinsuffizienz; ICD-10 z. B. I20–I25, I42–I50, Z95.-), – **chronische pulmonale Erkrankungen** (z. B. COPD, instabiles Asthma bronchiale, obstruktives Schlafapnoesyndrom; ICD-10 z. B. J44–J45, G47.3), – **Diabetes mellitus** mit relevanter Stoffwechselinstabilität (ICD-10 z. B. E10–E14 mit Komplikationen), – **chronische Niereninsuffizienz ab Stadium 2** (ICD-10 z. B. N18.3–N18.5), – **chronische Lebererkrankungen oder Leberzirrhose** (ICD-10 z. B. K70–K74), – **neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen** mit funktioneller Einschränkung (ICD-10 z. B. I63, I69, G40, G71). Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.	**30 €**

1751	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 1701, 1704, 1716 und 1720 für den erhöhten anästhesiologischen Aufwand bei einem Patienten mit einer oder mehreren der folgenden schweren systemischen Erkrankungen:** **– akuter Myokardinfarkt oder dekompensierte Herzinsuffizienz** (ICD-10 z. B. I21–I22, I50.-), **– respiratorische Insuffizienz oder ARDS** (ICD-10 z. B. J96.-, J80), **– akutes Nierenversagen oder chronische Niereninsuffizienz mit Dialysepflicht** (ICD-10 z. B. N17.-, N18.5 in Verbindung mit Z99.2), **– Sepsis oder septischer Schock** (ICD-10 z. B. A40–A41, R65.1), **– fortgeschrittene maligne Erkrankungen mit relevanter Organbeeinträchtigung** (ICD-10 z. B. C00–C97). Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.	**60 €**

3.3.2 Änderung der inkludierten Leistungen

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1704	**Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, Maske oder Jet,** einschließlich medikamentöser Prämedikation und Legen eines oder mehrerer peripher venöser Zugänge, ggf. einschließlich - Lokalanästhesie für die Anlage - Anlegen ~~**von bis zu zwei**~~ **der ersten** Infusion~~**en**~~ - Cuffdruckmessung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung - Temperaturmessungen - Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens sowie der Compliance - kontinuierlicher Kapnometrie und Narkosegasmessung (auch Sauerstoff) - inspiratorisch und exspiratorisch - routinemäßiger Messung/Überprüfung der Narkosetiefe - Legen einer Magensonde - Legen eines Blasenkatheters ~~**- Relaxometrie,**~~ Dauer bis zu 15 Minuten	**119,34 €**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1710	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für EEG- und/oder Bispectral Index (BIS)-Messungen und/oder nahinfrarotspektroskopische (NIRS)-Messungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender zerebraler Ischämie (z.B. Karotis-Thrombendarteriektomie, risikobehaftete Kopflagerungen, extrakorporale Zirkulation) und/oder Relaxometrie und/oder bei Kombination von Allgemein und rückenmarksnaher Anästhesie**	**35,51 €**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1716	**Regionalanästhesie (rückenmarksnahe Leitungsanästhesie: Spinal-/Peridural-, Epiduralanästhesie)** einschließlich - kontinuierlicher Anwesenheit von Anästhesiefachpersonal - medikamentöser Prämedikation - Legen eines peripher-venösen Zugangs und/oder Anlegen ~~von bis zu zwei~~ **der ersten** Infusion~~en~~,ggf. einschließlich - Lokalanästhesie - intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung - Überwachung der Atmung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Kapnometrie (CO2-Messung) - Legen eines Blasenkatheters, Dauer bis zu 15 Minuten	**98,04€**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1720	**Blockade eines Nervengeflechtes (z.B. Plexus brachialis oder lumbosacralis), auch mittels Katheter und/oder des N. ischiadicus und/oder des N. femoralis und/oder Drei-in-eins- und/oder Knie- und/oder Fußblock,** einschließlich Einleitung und Überwachung ggf. einschließlich - medikamentöser Prämedikation - Legen eines peripher-venösen Zugangs und/oder Anlegen ~~von bis zu zwei~~ **der ersten** Infusion~~en~~ - Lokalanästhesie - kontinuierlicher Blutdruck- und Frequenzmessung - kontinuierlichem EKG-Monitoring - Überwachung der Atmung - kontinuierlicher Pulsoxymetrie - Kapnometrie (CO2-Messung) - Legen eines Blasenkatheters, *Dauer bis zu 60 Minuten*	**86,94 €**

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1728	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704, 1716 oder 1720 für Infusionstherapie ab der ~~dritten~~ zweiten Infusion** *Die Leistung nach Nummer 1728 ist je Sitzung ~~nur einmal~~ zweimal berechnungsfähig.*	**21,67 €**

3.4 Zuschlag nach der Nr. 1708

Der Zuschlag nach Nr. 1708 („Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die fiberoptische Intubation“) ist in seiner derzeitigen Fassung nicht mehr zeitgemäß. Die Beschränkung auf die fiberoptische Intubation bildet den medizinisch-technischen Fortschritt nicht ab. Dies ist Ausdruck eines seit der Erstellung im Jahre 2017 nicht mehr angepassten Leistungsverzeichnisses des Entwurfes.

In der klinischen Praxis werden zur Sicherung der Atemwege zunehmend videobasierte optische Führungshilfen, insbesondere Videolaryngoskope, eingesetzt. Diese Verfahren dienen – ebenso wie die klassische fiberoptische Intubation – der verbesserten Visualisierung anatomischer Strukturen, der Erhöhung der Patientensicherheit und der Reduktion von Komplikationen, insbesondere bei schwierigen Atemwegen. Der ärztliche Aufwand, die technische Vorhaltung sowie die Indikationsstellung sind mit der fiberoptischen Intubation vergleichbar.

Die derzeitige Fassung der Nr. 1708 führt dazu, dass medizinisch gleichwertige und leitliniengerechte Verfahren gebührenrechtlich unterschiedlich behandelt werden. Dies widerspricht dem Anspruch der GOÄ, ärztlich erbringbare Leistungen unabhängig vom konkret eingesetzten technischen Hilfsmittel sachgerecht abzubilden.

3.4.1 Änderungsvorschlag: Änderung des Titels der Leistung nach der Nr. 1708

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1708	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die ~~fiberoptische~~ Intubation unter optischer Führungshilfe (z. B. Fiberoptik, Videolaryngoskopie)** *Der Zuschlag nach Nummer 1708 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1709 nicht berechnungsfähig.*	**45,69 €**

4 Regionalanästhesie

4.1 Zuschlag Nr. 1727 (Ultraschall zum Auffinden nervaler Strukturen)

Der GOÄ-Kompromissentwurf sieht mit der Nr. 1727 einen Zuschlag zu den Leistungen nach Nr. 1716 oder Nr. 1720 für den Einsatz von Ultraschall zum Auffinden nervaler Strukturen vor. Die Bewertung dieses Zuschlags mit 16,91 € ist jedoch nicht sachgerecht und bildet den tatsächlichen technischen, zeitlichen und fachlichen Aufwand nicht adäquat ab. Der ultraschallgestützte Einsatz in der Regionalanästhesie stellt heute den medizinischen Standard dar. Er dient der präzisen

Identifikation nervaler und angrenzender anatomischer Strukturen, der Reduktion von Komplikationen sowie der Verbesserung der Erfolgsrate regionalanästhesiologischer Verfahren. Die Anwendung erfordert eine eigenständige ärztliche Qualifikation, apparative Vorhaltung sowie zusätzlichen zeitlichen Aufwand.
In der aktuell noch gültigen GOÄ wird der Einsatz von Ultraschall zur Darstellung anatomischer Strukturen regelmäßig über die Nr. 410 (sonographische Untersuchung) und Nr. 420 abgerechnet. Diese Leistungen sind – abhängig vom Steigerungssatz – deutlich höher bewertet als der im Entwurf vorgesehene Zuschlag nach Nr. 1727. Damit besteht ein erheblicher Bewertungsbruch zwischen der bisherigen Abbildung des Ultraschalleinsatzes und der im Kompromissentwurf vorgesehenen Bewertung. Auch in diesem Punkt scheint das Mengengerüst zur Abschätzung der Preiseffekte unkorrekt zu sein.
Ein Abgleich mit den sonographischen Leistungen des Kapitels VI zeigt, dass der Zuschlag nach Nr. 1727 mit 16,91 € deutlich unterhalb vergleichbarer sonographischer Anwendungen liegt, obwohl es sich technisch um denselben Ultraschalleinsatz (B-Mode-Darstellung anatomischer Strukturen) handelt. Die rein additive Ausgestaltung des Zuschlags berücksichtigt weder die apparativen Kosten noch den zeitlichen Mehraufwand bei schwierigen anatomischen Verhältnissen, adipösen Patientinnen und Patienten oder vorerkrankten Patientengruppen.

4.2 Änderungsvorschlag: Anhebung der Bewertung des Zuschlages nach der Nr. 1727 analog zur Nr. 1200

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1720	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1716 oder 1720 für Ultraschall zum Auffinden nervaler Strukturen**	~~16,91 €~~ **21,00 €**

5 Postanästhesiologische Betreuung

5.1 Zeitlogik der Nr. 1742 / 1743

Die im GOÄ-Kompromissentwurf vorgesehene Ausgestaltung der postanästhesiologischen Betreuung wird der klinischen Realität nicht gerecht. Insbesondere die Beschränkung der Abrechnungsfähigkeit auf vollendete Zeitintervalle sowie die Einordnung der Leistung nach Nr. 1743 als reine Abschlussleistung führen dazu, dass medizinisch notwendige postanästhesiologische Betreuungsleistungen unterhalb von 60 Minuten nicht sachgerecht abgebildet werden können. Diese Abbildungslücke wird zusätzlich dadurch verschärft, dass im postanästhesiologischen Zeitraum relevante Einzelleistungen nicht mehr berechnungsfähig sind. Hierzu zählt insbesondere der Wegfall der Berechnungsfähigkeit oximetrischer Einzelmessungen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten (vgl. Nr. 3501). In der Konsequenz bestehen bei postanästhesiologischen Betreuungszeiten unter 60 Minuten faktisch keinerlei abrechnungsfähige Leistungen mehr, obwohl in dieser Phase regelmäßig ärztliche Überwachung, Entscheidungsfindung und Steuerung erforderlich sind.

5.2 Aufwachraum und postoperative Überwachung

Darüber hinaus ist die Bewertung der Nr. 1743 im Entwurf zu niedrig angesetzt. Aus Sicht von DGAI und BDA ist es sachgerecht, die Bewertung der postanästhesiologischen Betreuung mindestens auf das Niveau der ärzteeigenen GOÄ zurückzuführen. Diese sah für die Leistung nach der Nr. 1743 einen Wert von 19,51 € vor und bildete damit den ärztlichen Aufwand in dieser sensiblen Versorgungsphase angemessener ab.

Die dargestellten Defizite betreffen insbesondere Patientinnen und Patienten nach Sedierungen, Analgosedierungen sowie nach kurzen Allgemein- oder Regionalanästhesien. Gerade bei älteren, multimorbiden oder kardiopulmonal vorerkrankten Patientinnen und Patienten ist auch nach kurzen Anästhesieverfahren regelmäßig eine strukturierte postanästhesiologische Betreuung erforderlich. Die derzeitige Systematik führt hier zu einer faktischen Unterbewertung ärztlicher Leistungen und steht im Widerspruch zu den Anforderungen an eine sichere und qualitätsorientierte Patientenversorgung.

Vor diesem Hintergrund ist eine Anpassung der Abrechnungslogik der postanästhesiologischen Betreuung und Bewertung zwingend erforderlich. Ziel muss es sein, auch kurze, medizinisch notwendige Betreuungsintervalle sachgerecht abzubilden und die Bewertung der Nr. 1743 auf ein realitätsnahes, aufwandsbezogenes Niveau anzuheben.

5.3 Änderungsvorschläge

Siehe Punkt 2.3.2