

Abschnitt C

Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Abschnitt C

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Vorbemerkungen zu den Nrn. 250, 250a, und 251

- Blutentnahmen -

1. Leistungsinhalt

Die Bestimmungen für die allgemeine Blutentnahmen aus Vene und Arterie enthalten die Nrn. 250, 250a und 251. Als spezielle Blutentnahmen sind aufgeführt die

- transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n) (Nr. 262),
- therapeutischen Blutentnahmen (Nrn. 284 und 285),
- Eigenblutentnahmen (Nrn. 288 und 289) und
- Blutentnahmen beim Fetus (Nrn. 1012 bis 1014).

Die Blutentnahmen nach den Nrn. 250, 250a, 251 und 262 dienen vorwiegend diagnostischen Zwecken und können neben Untersuchungen (z.B. Laboruntersuchungen) gesondert berechnet werden, soweit nicht die in Anm. 8 erörterten Abrechnungsbeschränkungen gelten.

Für die Berechnung einer Blutentnahme ist es unerheblich, auf welche Weise sie erfolgt, sofern sie mittels der in der Leistungslegende bezeichneten Instrumente (Spritze, Kanüle, Katheter) durchgeführt wird. Eine ggf. erforderliche Punktion einer Vene oder Arterie ist unselbständiger Teil der Blutentnahme und kann nicht neben dieser berechnet werden.

Der Wortlaut der Leistungslegende erfordert für die Berechnung der Blutentnahme keine (neue) Punktion. Die Entnahme ist auch aus liegender Kanüle berechnungsfähig. Der Vergleich mit den Allgemeinen Bestimmungen in C III bestätigt diese Auslegung. Danach gehört zum Inhalt der Punktion die damit in Zusammenhang stehende Entnahme von Blut. Zu C II gibt es keine damit korrespondierende Vorschrift.

Gefäßerweiternde Maßnahmen zur Erleichterung einer Punktion, z.B. eine Hyperämisierung

(Wärmebad, Einreibungen), sind Bestandteil der Blutentnahme und mit der Gebühr für diese abgegolten (§ 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ); gleiches gilt für die übliche Blutstauung an den Extremitäten. So ist weder eine Blutsperrung (Behinderung der arteriellen Blutzufuhr) noch eine Blutleere (Auswickeln einer Extremität und Blutsperrung) nach Nr. 2029 berechenbar.

Eine gegebenenfalls notwendige Venae sectio kann zusätzlich nach Nr. 2800 berechnet werden.

2. Berechnung mehrerer Blutentnahmen

Mehrmals und nebeneinander berechnet werden können am gleichen Kalendertag erforderliche Blutentnahmen. Dies gilt für die mehrmalige Berechnung der gleichen Gebührennummer wie auch verschiedener Nummern (250, 250a, 251) sowohl bei derselben als auch bei verschiedenen Arzt-Patienten-Begegnungen, z.B. wenn Blut sowohl venös als auch arteriell und/oder kapillar entnommen werden muß.

Mehrmalige Blutentnahmen aus gleichem Untersuchungsanlaß, die in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang aus der liegenden Kanüle erfolgen, sind jedoch nur einmal berechenbar.

Ebenfalls mehrmalig berechnet werden können Blutentnahmen am gleichen Kalendertag für Laboruntersuchungen, z.B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen (Allgemeine Bestimmungen Nr. 4 Satz 1 zu Abschnitt M, Laboratoriumsuntersuchungen).

3. Überschreiten des Schwellenwertes

Ungünstige Punktionsbedingungen (z.B. bei einem Säugling, bei schlechten Venenverhältnissen, Kreislaufkollaps, Adipositas) können eine Blutentnahme überdurchschnittlich erschweren, so daß die Überschreitung des Schwellenwertes gerechtfertigt ist (§ 5 Abs. 2 GOÄ, "Schwierigkeit der einzelnen Leistung"). Das Überschreiten ist – auf die einzelne Leistung bezogen – konkret und für den Zahlungspflichtigen verständlich und

nachvollziehbar in der Rechnung zu begründen; auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern (§ 12 Abs. 3 GOÄ).

4. Selbständige ärztliche Leistung

Blutentnahmen sind selbständige ärztliche Leistungen. Sie gehören nicht zu den originären Leistungen des Pflegepersonals. Ihre Durchführung kann jedoch unter bestimmten Voraussetzungen auf nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Sie bleiben eigene Leistungen des Arztes, wenn sie von den nichtärztlichen Mitarbeitern unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ).

Die gelegentlich von Kostenträgern vertretene Auffassung, Blutentnahmen im stationären Bereich seien Aufgaben des Pflegepersonals und mit dem Pflegesatz abgegolten, ist irrig. Dies wird durch den neuen Satz 3 in § 4 Abs. 2 GOÄ für das Gebührenrecht bestätigt. Danach werden nur bestimmte Blutentnahmen (Nrn. 250 und 250a) und diese nur dann von der Berechnung ausgeschlossen, wenn sie nicht vom liquidationsberechtigten Arzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden.

5. Wahlärztliche Leistungen

Blutentnahmen nach den Nrn. 250 und 250a unterliegen der Begrenzung der Liquidationsberechtigung während der gesamten Dauer der stationären Behandlung (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, persönliche Leistungspflicht).

Werden Leistungen, die in § 4 Abs. 2 Satz 3 nicht aufgeführt sind, weder vom Wahlarzt noch von seinem ständigen ärztlichen Vertreter, sondern in Vertretung des Wahlarztes von einem anderen Arzt erbracht (z.B. eine Blutentnahme nach Nr. 251), so ist eine Bemessung der Gebühren nur bis zum

2,3fachen bzw. 1,8fachen des Gebührensatzes statthaft (§ 5 Abs. 5 GOÄ); vgl. dazu und insbesondere zum „ständigen Vertreter“ W. Weißbauer: „Anästhesiologie und Intensivmedizin“, Heft 2 (1996), S. 98.

Keine wahlärztlichen Leistungen sind die stationären Leistungen des Belegarztes und alle ambulanten Leistungen ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Krankenhaussträger als Institutsleistung, von Krankenhausärzten im Rahmen der Nebentätigkeit oder von niedergelassenen Ärzten erbracht werden. Für diese Leistungen gelten die oben angeführten Ausschlüsse nicht.

6. Wundverbände

Nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C I kann ein Wundverband nach Nr. 200 nicht neben einer Punktion berechnet werden. Dies muß sinngemäß auch für eine Punktion gelten, die für eine Blutentnahme durchgeführt wird. Ist nach einer arteriellen Blutentnahme ein Kompressionsverband (Nr. 204) erforderlich, so kann dieser gesondert berechnet werden.

7. Anlage einer Verweilkanüle

Die Nrn. 250 und 251 können auch analog berechnet werden für das prophylaktische Anlegen einer Verweilkanüle in eine periphere Vene oder Arterie. Wird im weiteren Verlauf ein solcher Zugang für eine Blutentnahme oder eine Infusion benutzt, so können diese nicht zusätzlich, sondern nur anstelle des analogen Ansatzes berechnet werden.

8. Abrechnungsbeschränkungen

Nicht gesondert berechenbar sind Blutentnahmen

- im Zusammenhang mit den in Abschnitt C III genannten Punktionen (Allgemeine Bestimmungen zu C III)

- wenn die Blutentnahme und das Einbringen der Testsubstanzen durch die gleiche liegende Kanüle erfolgt. In diesem Fall kann die höherbewertete Einbringung der Testsubstanz anstelle der Blutentnahme berechnet werden (Allgemeine Bestimmungen Nr. 4 Satz 2 zu Abschnitt M, Laboratoriumsuntersuchungen)
- für Laboruntersuchungen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter. (Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt M Nr. 4 Abs. 2)
- im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts O II (Nuklearmedizin), soweit zu den einzelnen Leistungen dort nichts anderes bestimmt ist (Allgemeine Bestimmung Nr. 5 zu Abschnitt O II)
- soweit sie bei anderen, in der Gebührenordnung einzeln aufgeführten Leistungen Bestandteil der jeweiligen Leistungslegende sind (z.B. Nrn. 284, 285, 288, 289, 435, 1012 bis 1014).

Blutentnahmen für forensische Zwecke fallen - mit Ausnahme der Nr. 102 (Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten) - unter das Zeugen- und Sachverständigen-gesetz, das als Bundesgesetz der GOÄ vorgeht (§ 1 Abs. 1 GOÄ).

Wird anlässlich eines Aderlasses (Nr. 285) oder im Rahmen einer präoperativen Entnahme von Eigenblut (Nrn. 288 oder 289) ein Teil des gewonnenen Blutes zu diagnostischen Zwecken verwendet, so kann neben diesen Leistungen Nr. 250 bzw. 251 nicht gesondert berechnet werden (§ 4 Abs. 2a GOÄ).

Für die Nrn. 250 und 250a gilt der mittlere, für Nr. 251 der große Gebührenrahmen.

GOÄ Nummer 250

Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene

40 Punkte einfach = 2,33 €

Kommentar zu Nr. 250

Mit Nr. 250 wird die Blutentnahme aus einer peripheren Vene vergütet, unabhängig von der benötigten Menge.

Sind an einem Kalendertag in zeitlichen Abständen mehrere Blutentnahmen erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bei schwierigen Venenverhältnissen ist es üblich, eine Verweilkanüle zu legen, aus der die erste sowie die nachfolgenden Blutentnahmen gewonnen werden können. Damit lassen sich umständliche und für den Patienten oft schmerzhaftere weitere Punktionen vermeiden. Medizinisch nicht nachvollziehbar ist, daß die Blutentnahmen für Laboruntersuchungen aus einer liegenden Kanüle oder einem liegenden Katheter nach den Allgemeinen Bestimmungen Nr. 4. Satz 3 zu Abschnitt M ausgeschlossen sind.

Nicht berechnet werden kann Nr. 250 neben Leistungen, bei denen eine venöse Entnahme bereits zum Leistungsinhalt gehört.

Überdurchschnittlich schwierige Punktionsbedingungen können ein Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen. Es kann jedoch höchstens das 2,5fache des Gebührensatzes berechnet werden, da Nr. 250 unter den "mittleren" Gebührenrahmen fällt (§ 5 Abs. 3 GOÄ in Verbindung mit Abschnitt A).

Neben Nr. 250 sind damit im Zusammenhang stehende Wundverbände (Nr. 200) nicht berechenbar.

Nr. 250 kann analog bewertet werden für die prophylaktische Anlage eines venösen Zuganges,

wenn keine Injektion oder Infusion über sie durchgeführt wird (ebenso *Brück* zu Nr. 250).

Nr. 250 unterliegt der Begrenzung der wahlärztlichen Liquidationsberechtigung (vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250, 250a und 251, Anm. 5, persönliche Leistungspflicht).

GOÄ Nummer 250a

Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr

40 Punkte **einfach = 2,33 €**

Kommentar zu Nr. 250a

Vergütet werden Blutentnahmen aus den Kapillaren, z.B. mittels Lanzette aus dem Ohrläppchen oder der Fingerbeere.

Nach dem Wortlaut der Leistungslegende "bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr" kann die Kapillarblutentnahme bei Patienten, die 8 Jahre und älter sind, nicht berechnet werden. Eine venöse Blutentnahme kann auch bei Kindern jenseits des vollendeten 8. Lebensjahrs oder bei Erwachsenen in Einzelfällen nicht durchführbar sein, so daß das Blut ersatzweise aus Kapillaren entnommen werden muß.

Nr. 250a unterliegt der Begrenzung der wahlärztlichen Liquidationsberechtigung (vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250, 250a und 251, Anm. 5, persönliche Leistungspflicht).

GOÄ Nummer 251

Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie

60 Punkte **einfach = 3,50 €**

Kommentar zu Nr. 251

Die Leistungslegende zu Nr. 251 stellt in ihrem Wortlaut auf die arterielle Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle ab. Die Punktion ist zwar die Regel, jedoch für die Berechenbarkeit keine zwingende Voraussetzung, da in der Leistungslegende nicht gefordert. Mehrere Blutentnahmen in zeitlichem Zusammenhang für den gleichen Untersuchungsanlaß aus einem liegenden arteriellen Zugang sind nur einmal berechenbar. Sind am gleichen Kalendertag in zeitlichen Abständen z.B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen mehrere Blutentnahmen erforderlich, so können diese mehrmals berechnet werden.

Sind für den gleichen Untersuchungsanlaß eine venöse und eine arterielle und/oder kapilläre Blutentnahme erforderlich, so können die entsprechenden Leistungen (Nrn. 250, 250a und 251) nebeneinander berechnet werden.

Überdurchschnittlich erschwerte Punktionsbedingungen (z.B. Kreislaufkollaps, Adipositas) rechtfertigen ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum 3,5fachen des einfachen Gebührensatzes. Dagegen muß z.B. die Schwierigkeit einer Narkose oder des Krankheitsfalles nicht bedeuten, daß hierdurch auch die Punktion überdurchschnittlich erschwert war.

Neben Nr. 251 sind Wundverbände (Nr. 200) nicht berechenbar.

Nicht berechnet werden kann Nr. 251 neben Leistungen, bei denen eine arterielle Blutentnahme bereits zum Leistungsinhalt gehört.

Für Nr. 251 gilt der große Gebührenrahmen. Wegen der Begrenzung des Gebührenrahmens vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250, 250a und 251, Anm. 5.

Vorbemerkungen zu den Nrn. 252 bis 258 und 261

- Injektionen -

1. Leistungsinhalt

Unter den Begriff der Injektionen nach den Nrn. 252 bis 258 und 261 fällt jede Einspritzung in das Körpergewebe und in das Gefäßsystem unter manuellem oder mechanischem Druck, begrenzt auf die hier angeführten Applikationsarten. Nicht gesondert berechnet werden können Injektionen, die als notwendige Teilleistung in speziellen Leistungslegenden enthalten sind, z.B.

- in Nr. 265 für das Auffüllen eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports sowie den Nrn. 266 bis 268 für die Infiltrationsbehandlungen in Abschnitt C II,
- bei den Impfungen und Testungen in Abschnitt C V, soweit es sich um Injektionen handelt,
- in den Nrn. 469 bis 479, 485, 490 bis 495 sowie 497 und 498 für Injektionen von Lokalanästhetika zur Schmerzausschaltung bei operativen Eingriffen und/oder zur Schmerzbehandlung,
- in Nr. 1320 für Einspritzungen unter die Bindehaut (Abschnitt I),

oder durch Allgemeine Bestimmungen von der Berechnung ausgeschlossen werden, z.B.

- bei den Punktionen durch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C III
- bei den Kontrastmitteleinbringungen durch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C IV
- im Rahmen der Intensivbehandlung durch die Allgemeinen Bestimmungen zu Nr. 435 (in der abschließenden Enumerierung enthalten)
- für die Prämedikation bei Anästhesieleistungen durch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D
- für Injektionen nach Nr. 261 von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieanti-

doten zur Einleitung oder während einer Narkose/Anästhesie

- bei den Leistungen des Abschnittes O II (Nuklearmedizin) für die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen (Allgemeine Bestimmungen Nr. 5) sowie für die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen (Allgemeine Bestimmungen Nr. 6), soweit in Abschnitt O II nichts anderes bestimmt ist.

Abgegolten wird mit den Nrn. 252 bis 258 auch das Einführen der Kanüle, also das Durchstechen der Haut und das Heranführen der Kanüle an den jeweiligen Injektionsort. Das wesentliche Leistungselement liegt im Einbringen des Medikamentes und der damit verbundenen Wirkungs- und Verlaufskontrolle.

Injektionen durch einen parenteralen Katheter sind nach Nr. 261 zu berechnen. Zu den parenteralen Kathetern zählen nicht nur Gefäßkatheter, sondern z.B. auch Peritoneal- oder Pleurakatheter, nicht jedoch Katheter, die in eine natürliche Körperöffnung eingebracht werden (z.B. Blasenkatheter).

Ein Wundverband nach Nr. 200 im Zusammenhang mit der Injektion ist mit der Vergütung für die Injektionsleistung abgegolten. Ein notwendiger Kompressionsverband nach intraarteriellen oder intraartikulären Injektionen kann nach Nr. 204 berechnet werden.

2. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Gesondert berechenbar sind Injektionen, die der Behandlung von Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen und Zwischenfällen vor, während oder nach der Anästhesie/Narkose dienen; sie sind nicht notwendiger Bestandteil der Anästhesie; gleiches gilt für Injektionen zur zentralen postoperativen Schmerzbehandlung.

3. Berechnung mehrerer Injektionen

Injektionen nach den Nrn. 252 bis 258 und Nr. 261 können - auch bei der gleichen Arzt-Patienten-Begegnung - mehrfach und auch nebeneinander berechnet werden, wenn die Einspritzungen eines oder mehrerer Medikamente z.B.:

- aufgrund des Krankheitsfalles (z.B. Notfall) sowohl intravenös als auch intraarteriell oder intrakardial durchgeführt werden müssen,
- aus pharmakologischen Gründen (z.B. nicht kompatible Medikamente) durch gesonderte Zugänge verabreicht werden müssen.

Nicht mehrfach berechnet werden kann eine Injektion nach Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen, wenn anstelle einer Mischung in zeitlichem Zusammenhang mehrere mischbare Medikamente nacheinander durch einen liegenden Zugang injiziert werden. Gleiches gilt, wenn eine Injektion wegen Mißerfolg abgebrochen werden muß und an anderer Stelle wiederholt wird.

4. Überschreitung des Schwellenwertes

Überdurchschnittlich erschwerte Punktionsbedingungen (z.B. bei Säuglingen, bei schlechten Venenverhältnissen, Kreislaufkollaps, Adipositas) können die Durchführung von Injektionen erschweren, so daß das Überschreiten des Schwellenwertes nach den in § 5 Abs. 2 GOÄ genannten Kriterien gerechtfertigt ist.

5. Selbständige ärztliche Leistung

Berechenbar sind Injektionen auch dann, wenn der Arzt sie im Rahmen zulässiger Delegation unter seiner Aufsicht und fachlichen Weisung durch das Pflegepersonal ausführen läßt (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ).

Die Anordnung einer Injektion (Indikationsstellung, Medikament, Dosierung sowie Applikationsort) und die Entscheidung über die Delegation der Durchführung an das Pflegepersonal sind stets dem Arzt vorbehalten. Übertragen darf

der Arzt nur die Durchführung der Injektion. Dabei ist eine Reihe von Kautelen zu beachten, z.B. die Prüfung der fachlichen Qualifikation sowie der Ausschluß von Risikofällen. Der Arzt muß stets erreichbar sein.

Die Begrenzung der wahlärztlichen Liquidationsberechtigung (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, persönliche Leistungspflicht) gilt nur für die Injektion nach Nr. 252 und nicht für die Nrn. 253 bis 258 und Nr. 261.

6. Abrechnungsbeschränkungen

Keine Injektionen im Sinne der Nrn. 252 bis 258 und 261 sind Einspritzungen in natürliche Körperöffnungen, z.B. das Einbringen von Medikamenten in die Blase durch einen in der Harnröhre liegenden Katheter (Abschnitt K, Nrn. 1729, 1731, 1733).

GOÄ Nummer 252

Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär

40 Punkte **einfach = 2,33 €**

Kommentar zu Nr. 252

Berechenbar für alle Injektionen nach den hier angegebenen Applikationsarten: subkutan (unter die Haut); submukös (unter die Schleimhaut); intrakutan (in die Haut); intramuskulär (in die Muskulatur). Zur letzteren Applikationsart zählt auch die Injektion in die Zunge (z.B. im Notfall).

Nicht berechenbar ist Nr. 252 neben Leistungen, in denen die Injektion enthalten ist.

Nr. 252 kann - auch bei der gleichen Arzt-Patienten-Begegnung - mehrfach berechnet werden, wenn ein oder mehrere Medikamente in zeitlichem Zusammenhang an verschiedenen Orten (z.B. subkutan und intramuskulär) injiziert werden müssen. Eine Mehrfachberechnung der Nr. 252 ist ausgeschlossen, wenn anstelle einer Mischung mehrere Medikamente in zeitlichem Zusammenhang bei liegender Kanüle nacheinander verabreicht werden.

Nr. 252 ist auch dann berechenbar, wenn die Durchführung an nichtärztliches Personal delegiert wird (vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 252 ff, Anm. 5).

GOÄ Nummer 253

Injektion, intravenös

70 Punkte **einfach = 4,08 €**

Kommentar zu Nr. 253

Voraussetzung für die Berechenbarkeit der Nr. 253 ist die gesonderte Punktion der Vene. Injektionen durch einen liegenden Venenkatheter sind nach Nr. 261 zu berechnen.

Nicht berechnungsfähig ist Nr. 253 neben Leistungen, in denen sie sinngemäß oder wörtlich enthalten bzw. durch die Allgemeinen Bestimmungen ausgeschlossen ist (vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 252 ff, Anm. 1).

Bei der intravenösen Injektion wird das Medikament in der Regel unter manuellem Druck eingebracht. Es gibt jedoch Ausnahmen in der Technik der Applikation. Bei bestimmten Indikationen müssen hochwirksame Medikamente gesteuert, d.h. in einer Zeiteinheit exakt dosiert, unter mechanischem Druck, z.B. mit einer Injektionspumpe, appliziert werden.

Da die Anwendung einer Injektionspumpe in der Bewertung nicht berücksichtigt ist, ist ein über dem Schwellenwert liegender Multiplikationsfaktor bei der Berechnung der Nr. 253 bzw. 254 gerechtfertigt. Die stichwortartige Begründung "mittels Injektionspumpe" sollte genügen.

Müssen größere Volumina (mehr als 20 ml) hochwirksamer Medikamente mittels Injektionspumpe über einen längeren Zeitraum verabreicht werden, ist die analoge Berechnung einer entsprechenden Infusionsleistung (Nr. 271 bzw. 272) gerechtfertigt (§ 6 Abs. 2 GOÄ). Sie ist als solche in der Rechnung - für den Zahlungspflichtigen verständlich - anzugeben (§ 12 Abs. 4 GOÄ).

Mehrmalige, z.B. über den Tag verteilte Injektionen können jeweils gesondert berechnet wer-

den. Mehrmalige Injektionen können auch während einer Anästhesieleistung notwendig werden, z.B. wenn zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine medikamentöse Behandlung kardialer und/ oder pulmonaler Störungen notwendig wird (Hypertonie und/oder Spastik bei Asthma).

Erschwerte Punktionsbedingungen rechtfertigen ein Überschreiten des Schwellenwertes (vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 252 ff, Anm. 4).

Gefäßerweiternde Maßnahmen, wie z.B. Hyperämisierung (Wärmebad, Einreibungen), sind Bestandteil der Injektion und mit der Gebühr für diese abgegolten. Die übliche Blutstauung an den Extremitäten ist weder eine Blutsperre (Behinderung der arteriellen Blutzufuhr) noch eine Blutleere (Auswickeln einer Extremität und Blutsperre) und somit nicht nach Nr. 2029 berechenbar. Eine ggf. notwendige Venae sectio (Nr. 2800) kann zusätzlich berechnet werden.

GOÄ Nummer 254

Injektion, intraarteriell

80 Punkte einfach = 4,66 €

Kommentar zu Nr. 254

Vergütet wird die Injektion in eine Arterie, soweit diese nicht in anderen Leistungen expressis verbis oder sinngemäß enthalten oder durch Allgemeine Bestimmungen ausgeschlossen ist.

Ist für eine länger andauernde Injektion größerer Volumina (mehr als 20 ml) hochwirksamer Medikamente eine Injektionspumpe erforderlich, so kann anstatt Nr. 254 die entsprechende Infusionsgebühr (Nr. 277 bzw. 278) analog berechnet werden. Die Bestimmungen für die Rechnungslegung (§ 12 Abs. 4 GOÄ) sind zu beachten.

Ein nach einer intraarteriellen Injektion ggf. notwendiger Kompressionsverband ist nach Nr. 204 gesondert berechenbar.

GOÄ Nummer 255

Injektion, intraartikulär oder perineural

95 Punkte einfach = 5,54 €

Kommentar zu Nr. 255

Diese Gebührennummer vergütet alle intraartikulären und perineuralen Injektionen.

Ist die intraartikuläre Injektion alleiniges Behandlungsziel, so können die Punktionen nach den Nrn. 300 und 302 nicht anstelle der Nr. 255 berechnet werden, da das primäre Leistungsziel der Punktionen, nämlich die Entnahme von Gelenkflüssigkeit, nicht erfüllt ist.

Wird jedoch eine Gelenkpunktion zur Entnahme von Gelenkflüssigkeit durchgeführt, und im Anschluß daran eine Injektion durch die gleiche Kanüle, so können lediglich die jeweiligen Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 berechnet werden, nicht jedoch zusätzlich Nr. 255, da im Leistungsinhalt der Punktionen enthalten (Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt C III, Punktionen).

Ist vor einer intraartikulären Injektion eine örtliche Schmerzausschaltung erforderlich, so kann Nr. 490 zusätzlich berechnet werden; gesondert berechnet werden kann ein erforderlicher Kompressionsverband, z.B. nach intraartikulärer Injektion in das Kniegelenk.

Die perineurale Injektion nach Nr. 255 ist nur berechenbar bei Verwendung von Nichtanästhetika. Für die perineurale Leitungsanästhesie ist dagegen lediglich die niedriger bewertete „weil noch nicht novellierte“ Nr. 493 in Abschnitt D berechenbar.

Erschwerte Punktionsbedingungen (z.B. pathologisch-anatomische Veränderungen, Adipositas) können ein Überschreiten des Schwellenwertes

rechtfertigen.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 256

Injektion in den Periduralraum

185 Punkte einfach = 10,78 €

Kommentar zu Nr. 256

Vergütet wird die Injektion von Medikamenten (Nichtanästhetika), z.B. Cortison, in den Periduralraum, der anatomisch definiert wird als der Raum zwischen dem äußeren Durablatt (Ligamentum flavum) und der Dura mater spinalis. Er erstreckt sich vom Foramen magnum bis zum Hiatus sacralis.

Charakteristisches Anzeichen dafür, daß die Injektionsnadel den Periduralraum erreicht hat, ist der Widerstandsverlust (loss of resistance) beim Durchdringen des äußeren Durablattes. Dies kann entweder durch den "Stempeldruck" oder den "hängenden Tropfen" festgestellt werden.

Werden zur Schmerzausschaltung bei Operationen oder Behandlung akuter oder chronischer Schmerzen Lokalanästhetika oder Analgetika (z.B. Opiate) in den Periduralraum injiziert, so handelt es sich um eine peridurale Anästhesie bzw. Analgesie, die nach den Nrn. 469 bis 475 zu berechnen ist. Eine ggf. vor der periduralen Injektion erforderliche örtliche Schmerzausschaltung kann zusätzlich nach Nr. 490 berechnet werden.

Nr. 256 ist nicht neben den Nrn. 435 und 469 bis 475 berechenbar.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 257

Injektion in den Subarachnoidalraum

400 Punkte einfach = 23,31 €

Kommentar zu Nr. 257

Vergütet wird die Injektion von Medikamenten (Nichtanästhetika), z.B. Cortison, in den Liquorraum (Subarachnoidalraum). Dieser ist anatomisch definiert als der Raum zwischen der weichen Hirnhaut (Pia mater) und der Arachnoidea (Spinnwebenhaut).

Die Punktion des Subarachnoidalraumes ist Bestandteil der Leistung nach Nr. 257 und nicht gesondert berechenbar. Ebenfalls nicht berechenbar ist Nr. 257 im Rahmen der Intensivbehandlung (Nr. 435) sowie neben den Anästhesieleistungen in Abschnitt D, Nrn. 469 bis 475.

Werden in den Subarachnoidalraum zum Zwecke der Schmerzausschaltung bei operativen Eingriffen oder im Rahmen der Schmerzbehandlung Lokalanästhetika oder Analgetika injiziert, so sind die entsprechenden Leistungen nach den Nrn. 469 bis 475 (Abschnitt D, Anästhesieleistungen) zu berechnen. Neben diesen Leistungen ist die Berechnung der Nrn. 257 und/oder der Nr. 305 ausgeschlossen.

Ist vor der Injektion in den Subarachnoidalraum eine örtliche Schmerzausschaltung nach Nr. 490 erforderlich, so kann diese neben Nr. 257 bzw. den Anästhesieleistungen gesondert berechnet werden.

Ist die Injektion in den Subarachnoidalraum überdurchschnittlich erschwert (z.B. anatomische Anomalien, extreme Adipositas), so ist ein Überschreiten des Schwellenwertes gerechtfertigt.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter

nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 258

**Injektion, intraaortal oder intrakardial –
ausgenommen bei liegendem Aorten- oder
Herzkatheter –**

180 Punkte einfach = 10,49 €

Kommentar zu Nr. 258

Berechenbar für Injektionen in die Aorta oder in eine Herzhöhle mittels einer gesonderten Punktion.

Injektionen über einen liegenden Katheter sind nach Nr. 261 zu berechnen. Müssen im zeitlichen Zusammenhang mehrere Medikamente durch den selben Katheter appliziert werden, so ist Nr. 261 insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Bei zeitlich getrennten weiteren Injektionen durch denselben Katheter kann Nr. 261 mehrfach berechnet werden.

Ist für die Applikation hochwirksamer Medikamente eine Infusionspumpe erforderlich, so kann Nr. 258 mit einem höheren Multiplikationsfaktor berechnet werden. Müssen größere Volumina hochwirksamer Medikamente über einen längeren Zeitraum verabreicht werden, so kann anstelle von Nr. 258 ggf. Nr. 277 bzw. Nr. 278 analog berechnet werden.

Die Berechnung der Nr. 258 neben den Kontrastmitteleinbringungen nach den Nrn. 355 bis 361 ist ausgeschlossen.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 259

Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –

600 Punkte einfach = 34,97 €

Kommentar zu Nr. 259

Kann nur berechnet werden in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs, welches z.B. der kontinuierlichen periduralen Behandlung von Schmerzzuständen dient, vor allem bei Tumorerkrankungen.

Nr. 259 kann nicht berechnet werden neben den Leistungen nach Nr. 435 sowie den Nrn. 473 bis 475.

Eine kontinuierliche Periduralanästhesie (Einleitung und Überwachung) mittels Katheter unter Anwendung von Lokalanästhetika bei operativen Eingriffen oder zur Schmerzbehandlung ist nach den Nrn. 473 bis 475 in Abschnitt D, Anästhesieleistungen, zu berechnen.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 260

Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –

200 Punkte einfach = 11,66 €

Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummer 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 260

1. Leistungsinhalt

Vergütet werden das Legen eines:

- arteriellen Katheters, unabhängig welche Arterie punktiert wird,
- zentralen Venenkatheters, wobei die Leistungslegende erfüllt ist, wenn die Katheterspitze in der großen Hohlvene vor dem rechten Vorhof des Herzens liegt.

Punktiert werden in der Regel die Vena jugularis interna oder externa, die Vena subklavia, aber auch die Vena brachialis (Armvene) oder die Vena femoralis (Beinvene).

Das Legen eines oder beider Katheter dient vorwiegend den fortlaufenden Messungen des arteriellen und/oder zentralvenösen Druckes. In diesen Fällen ist für jeden Katheter Nr. 648 anstelle von Nr. 260 zu berechnen.

Bei Narkosen kann es notwendig sein, die Messungen über beide Katheter zur Gesamtbeurteilung des Zustandes des Patienten durchzuführen; das heißt, daß beide Leistungen - also zweimal Nr. 648 - im Rahmen einer Narkose berechnet werden können.

Nr. 260 kann auch berechnet werden für das prophylaktische Anlegen eines Katheters zur Gewährleistung eines zentralen Gefäßzuganges oder für eine geplante Infusion, um z.B. bei plötzlich

auftretenden Massenblutungen ad hoc Infusionen oder Transfusionen zur Volumensubstitution durchführen zu können. Diese sind neben Nr. 260 gesondert berechenbar. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß die Mehrfachberechnung von Infusionen durch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II aus medizinisch nicht nachvollziehbaren Gründen erheblich eingeschränkt ist.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250ff, Anm. 5.

2. Katheterwechsel

Ein Wechsel des arteriellen oder des zentralen Venenkatheters ist in der Regel nach mehreren Tagen erforderlich, er kann aber auch bereits nach Stunden notwendig werden, wenn es z.B. zu einer Fehllage oder Verstopfung (Thrombosierung) des Katheters gekommen ist. Muß ein Katheter aus diesen Gründen entfernt werden, so kann hierfür die Nr. 2009 analog berechnet werden (§ 6 Abs. 2 GOÄ). Nach der Entfernung des Katheters, kann ein Verband nach Nr. 200 nicht berechnet werden, jedoch nach der Entfernung eines arteriellen Katheters ggf. ein Kompressionsverband nach Nr. 204.

Muß danach ein neuer Katheter gelegt werden, so kann Nr. 260 erneut berechnet werden.

3. Abrechnungsbeschränkungen

Nicht berechenbar ist Nr. 260 neben Leistungen, die das Legen eines arteriellen oder zentralvenösen Katheters bereits beinhalten (Nrn. 355 bis 361, 626 bis 632 und 648) oder die Berechnung ausschließen (Nr. 435). "Neben" meint in diesem Zusammenhang, daß im Rahmen einer Leistung nach den Nrn. 626 bis 632 und 648 die Anlage des Katheters nicht gesondert nach Nr. 260 berechnet werden kann.

Ist aus medizinischer Indikation, z.B. Infusionstherapie, die Anlage eines zweiten zentralvenösen Zuganges erforderlich, so kann in diesen Fällen Nr. 260 für den zweiten zentralvenösen Katheter auch neben den Nrn. 626 bis 632 und 648 berechnet werden. Es empfiehlt sich, die Begründung für die Anlage eines zweiten Katheters in der Rechnung kenntlich zu machen.

GOÄ Nummer 261

Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter

30 Punkte einfach = 1,75 €

Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.

Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Kommentar zu Nr. 261

1. Leistungsinhalt

Zu den parenteralen Kathetern zählen sowohl Gefäßkatheter (z.B. flexible Venenverweilkanülen, Zentralvenenkatheter) als auch beispielsweise Peridural-, Peritoneal- oder Pleurakatheter, nicht jedoch Katheter, die in natürliche Körperöffnungen eingebracht werden (z.B. Harnblasenkatheter).

Typischer Anwendungsfall im Rahmen der anästhesiologischen Behandlung ist die Verabreichung eines oder mehrerer Medikamente durch einen parenteralen Katheter z.B. wegen drohender oder bereits eingetretener Komplikationen.

Nr. 261 kann auch dann berechnet werden, wenn das Medikament unmittelbar in einen Infusionsschlauch eingespritzt wird. Dies gilt jedoch nicht für die Beigabe eines Medikamentes in das Infusionsbehältnis.

Nr. 261 kann nur einmal berechnet werden:

- wenn der Arzt zur Beobachtung der Wirkung eines Medikamentes dieses in unmittelbar aufeinanderfolgenden Teilinjektionen einbringt

- wenn mehrere Injektionen nacheinander anstelle einer möglichen Mischinjektion durchgeführt werden (z.B. zur Analgosedierung: Pentazocin/Triflupromazin, Pethidin/Promethazin u.a.); aufgrund der Allgemeinen Bestimmungen kann hier nur eine Injektion berechnet werden. Eine Mischinjektion kann jedoch kontraindiziert sein, aber auch deshalb ausscheiden, weil die Medikamente aus medizinischen Gründen (z.B. unterschiedliche Indikationen) in zeitlichem Abstand eingebracht werden müssen, wenn Injektionen durch einen liegenden Aorten- oder Herzkatheter vorgenommen werden (Leistungslegende zu Nr. 258).

Nr. 261 ist auch postoperativ, z.B. im Aufwachraum, berechenbar für alle Injektionen zur Behandlung von Komplikationen und/oder zur schmerztherapeutischen Behandlung.

2. Berechnung mehrerer Injektionen

Mehrfache, nicht in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang stehende, z.B. über den Tag verteilte Einbringungen können jeweils gesondert berechnet werden. Mehrfache, daß heißt nicht in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang stehende Einbringungen können auch während einer Anästhesieleistung notwendig werden, z.B. wenn zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine medikamentöse Behandlung kardialer und/oder pulmonaler Störungen notwendig wird (Hypertonie und/oder Spastik bei Asthma). Die einzelnen Einbringungen sind hierbei unter Nennung des Medikamentes anzugeben.

3. Abrechnungsbeschränkungen

Nr. 261 ist nicht berechenbar für die Injektionen von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten zur Einleitung oder während einer Narkose bzw. Anästhesie (1. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 261). Werden im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose zur Behandlung von Komplikationen oder im Rahmen einer kontrollierten Hypotension andere

Medikamente eingebracht, so sind diese in der Rechnung anzugeben (2. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 261).

Ausgeschlossen ist die Berechnung von Nr. 261 neben Leistungen, bei denen die Einbringung von Medikamenten in einen parenteralen Katheter bereits zum Inhalt gehören.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 265

Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung

60 Punkte einfach = 3,50 €

Kommentar zu Nr. 265

Das Auffüllen eines subkutanen Medikamentenreservoirs und die Spülung eines Ports sind zwei eigenständige Leistungen, die auch in gleicher Sitzung nebeneinander berechnet werden können.

Das subkutane Medikamentenreservoir ist ein unter die Haut implantiertes Behältnis mit einem künstlich angelegten Zugang zu einem Blutgefäß, in das Medikamente eingebracht werden (z.B. Anästhetika, Analgetika, Hormone) mit dem Ziel, daß diese Medikamente über einen längeren Zeitraum wiederholt oder kontinuierlich an das Körpergewebe weitergegeben werden.

Nr. 265 ist eine Spezialbestimmung. Sie ist vorrangig vor anderen Injektionsleistungen, z.B. Nr. 252, die das Auffüllen des Medikamentenreservoirs je Sitzung vergütet. Nr. 265 kann nur einmal berechnet werden, auch wenn das Auffüllen in mehreren Schritten erfolgt. Die Implantation eines Medikamentenreservoirs ist nach Nr. 2421 berechenbar.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 266

Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung

60 Punkte einfach = 3,50 €

Kommentar zu Nr. 266

Diese Leistung ist berechenbar für intrakutane Applikationen von Injektionslösungen. Hierunter ist die Quaddelbehandlung als intradermale Form der Infiltrationsbehandlung zu verstehen.

Nr. 266 ist je Sitzung nur einmal berechenbar, unabhängig von der Anzahl der erforderlichen Injektionen bzw. Quaddeln, der Menge der verabreichten Lösungen sowie der Anzahl der behandelten Körperregionen.

Für die Sitzung ist kein Zeitfaktor angegeben. Bei einer sehr umfangreichen und über das gewöhnliche Maß hinausgehenden zeitaufwendigen Behandlung besteht die Möglichkeit, einen entsprechenden Multiplikationsfaktor anzuwenden.

Liegt dieser über dem Schwellenwert (2,3fach), so ist als Begründung u.a. der Zeitaufwand anzugeben (§ 12 Abs. 3 GOÄ).

Intrakutantests (Abschnitt C V, Impfungen und Testungen) sind je Test nach den Nrn. 390 bzw. 391 zu berechnen.

Nr. 266 ist auch dann zu berechnen, wenn für eine Quaddelbehandlung Lokalanästhetika zur Schmerzbehandlung angewandt werden, da in dem bisher noch nicht novellierten Abschnitt D, Anästhesieleistungen, keine entsprechenden Leistungen aufgeführt sind.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 267

Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung

80 Punkte einfach = 4,66 €

Kommentar zu Nr. 267

Vergütet werden medikamentöse Infiltrationsbehandlungen im Bereich einer Körperregion mit verschiedenen Zielsetzungen. In der Leistungslegende aufgeführt sind auch paravertebrale, perineurale, perikapsuläre oder retrobulbäre Injektionen und/oder Infiltrationen, die nach dieser Gebührennummer berechnet werden können.

Die Beschränkung der Berechenbarkeit auf "einmal je Sitzung" bedeutet, daß die Anzahl der durchgeführten Injektionen und/oder Infiltrationen in derselben Körperregion sowie die Art und Menge der dabei eingebrachten Arzneimittel unerheblich ist. Gleiches gilt, wenn in derselben Körperregion bei der gleichen Sitzung die in der Leistungslegende aufgeführten Varianten (z.B. "auch" paravertebrale "oder" perineurale Injektion und/oder Infiltration) zur Anwendung kommen.

Während die perikapsulären, perineuralen oder retrobulbären Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlungen eine eindeutige Zielsetzung beinhalten, wird die Bezeichnung "paravertebral" nicht selten fehlinterpretiert. "Paravertebral" meint eine meist tiefe Injektion und/oder Infiltration des Medikamentes, z.B. in die paravertebrale Muskulatur, zervikal, thorakal oder lumbal, in unterschiedlicher Entfernung von der Wirbelsäule.

Hiervon zu unterscheiden ist die gezielte perineurale Injektion bzw. Infiltration (z.B. um einen Spinalnerven) nach Nr. 255 oder die Injektion in

den Periduralraum nach Nr. 256. Letztere kann nur dann berechnet werden, wenn die Injektion in den Raum zwischen dem Ligamentum flavum und der Dura mater spinalis erfolgt. Charakteristische Anzeichen dafür, daß die Injektionsnadel im Periduralraum liegt, ist der Widerstandsverlust (Unterdruck) beim Durchdringen des Ligamentum flavum. Dies kann entweder durch den Stempeldruck oder den "hängenden Tropfen" festgestellt werden.

Für die Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung mit Lokalanästhetika sind die entsprechenden, in Abschnitt D aufgeführten Leistungen anstelle, jedoch nicht neben den Leistungen nach Nr. 267 bis 268 berechenbar; gleiches gilt für eine Mischung von Medikamenten mit Lokalanästhetika, sofern eine sensible oder eine sympathische Blockade indiziert und die beabsichtigte Wirkung eingetreten ist.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztliche Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 268

Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung

130 Punkte einfach = 7,58 €

Kommentar zu Nr. 268

Diese Leistung kann immer dann berechnet werden, wenn die medikamentöse Infiltrationsbehandlung in mehreren Körperregionen zur Anwendung kommt. Von mehreren Körperregionen kann immer dann ausgegangen werden, wenn diese soweit voneinander getrennt liegen, daß nicht von einem einheitlichen Infiltrationsgebiet gesprochen werden kann.

Der Zusatz in der Leistungslegende "auch eine Körperregion beidseitig" meint, daß Nr. 268 auch dann berechnet werden kann, wenn die Behandlung in einem einheitlichen anatomisch funktionalen Gebiet, jedoch Körperhälften übergreifend - also sowohl rechts als auch links - durchgeführt wird (z.B. beidseitige Infiltrationen im paravertebralen HWS-Bereich bei Kopfschmerzen vom Spannungstyp).

Kommen bei diesen Behandlungen Lokalanästhetika zur Anwendung, z.B. im Rahmen der Schmerztherapie, so sind die entsprechenden Leistungen aus Abschnitt D anstelle, jedoch nicht neben Nr. 268 zu berechnen.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 269

Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung

200 Punkte einfach = 11,66 €

Kommentar zu Nr. 269

1. Leistung

Die Akupunktur (Nadelstich-Technik) nach den Nrn. 269 und 269a wurde mit der 4. Änderungsverordnung als neue Leistung in die GOÄ aufgenommen.

Nach Nr. 269 nicht berechenbar sind die Laserakupunktur, die Elektroakupunktur nach Voll sowie die alleinige Anwendung von Wärmereizen an den Akupunkturpunkten (Moxibustion).

2. Anwendung

Die Akupunktur ist eine aus der chinesischen Medizin stammende Methode zur Behandlung von Schmerzerkrankungen und funktioneller Störungen. Als besonders wirksam hat sich das Einstechen von Nadeln an bestimmten Punkten (Akupunkturpunkte) bei Schmerzzuständen funktioneller Genese erwiesen.

Wie aus der Leistungslegende hervorgeht, kann Nr. 269 vorrangig für die Behandlung akuter (z.B. Migräne-Anfall) und chronischer (z.B. Trigeminalneuralgie) Schmerzen berechnet werden. Anerkannte Indikationen sind jedoch inzwischen auch die Behandlung allergischer Erkrankungen, z.B. allergische Rhinitis oder Asthma bronchiale. In diesen Fällen kann die Akupunktur analog Nr. 269 berechnet werden.

3. Berechnung

Berechnet werden kann Nr. 269 nur bei Anwendung der Nadeltechnik (vgl. Leistungslegende). Werden hierbei zusätzlich manuelle oder elektrische Stimulation oder Wärmereize an den

Akupunkturpunkten durchgeführt, so sind diese Bestandteil der Nadelstichtechnik und nicht gesondert berechenbar (§ 4 Abs. 2a 1. Satz GOÄ).

Nr. 269 ist je Sitzung nur einmal berechenbar, unabhängig von der Art der verwendeten Nadeln (z.B. Gold, Stahl), der Anzahl der Nadelapplikationen sowie der behandelten Körperregion.

Nr. 269 und 269a sind nicht nebeneinander, d.h. beim selben Arzt-Patienten-Kontakt, berechenbar.

4. Voraussetzungen

Die Durchführung der Akupunktur setzt eine entsprechende Qualifikation des Arztes voraus. Offizielle, allgemeinverbindliche Richtlinien für eine solche Qualifikation gibt es bisher nicht.

5. Persönliche Leistung

Das Einbringen der Nadeln ist eine höchstpersönliche ärztliche Leistung; gleiches gilt für eine ggf. durchgeführte Stimulation. Darüber hinaus ist eine Überprüfung der Akupunkturwirkung sowie des Befindens des Patienten während der Sitzung erforderlich. Eine kontinuierliche Anwesenheit des Arztes während der gesamten Sitzung ist jedoch nicht notwendig. Die Entfernung der Nadeln kann unter fachlicher Aufsicht des Arztes an entsprechend ausgebildetes nichtärztliches Personal delegiert werden.

6. Auslagen

Nach dem Wortlaut des § 10 GOÄ (Ersatz von Auslagen) können die Kosten für Akupunktur-nadeln dann gesondert berechnet werden, wenn es sich um "Einmalakupunktur-nadeln" handelt, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind (Satz 1 Nr. 1). Sie sind in dem abschließenden Katalog der nicht berechenbaren Einmalartikel (Satz 2 Nr. 5) nicht aufgeführt.

Nicht berechnet werden können Auslagen, die mit dem Pflegesatz abgegolten sind.

7. Begrenzung des Gebührenrahmens

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 269a

Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung

350 Punkte einfach = 20,40 €

Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 269a

Diese Leistung unterscheidet sich von Nr. 269 nur durch die Anforderung an die Mindestdauer von 20 Minuten. Die Zeit der Sitzung bemißt sich vom Anlegen bis zur Entfernung der Akupunktur-nadeln.

Die Überwachung während der erforderlichen Ruhezeit von 10 bis 15 Minuten nach Entfernung der Akupunktur-nadeln ist mit den Leistungen nach den Nrn. 269 und 269a abgegolten.

In der Rechnung ist die in der Leistungslegende der Nr. 269a genannte Mindestzeit (mindestens 20 Minuten) anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ).

Allgemeine Bestimmungen

- Infusionen, Transfusionen -

Für die Berechnung der Infusionen und Transfusionen gelten die Absätze 2 bis 4 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II:

Abs. 2: Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Kommentar

Der Begriff des "Behandlungstages" stellt auf den Kalendertag ab. Inhaltlich ist er identisch mit der Formulierung "je Tag", den die GOÄ sonst für die tagesbezogene Begrenzung der Abrechnung verwendet (z.B. in Nr. 428). Bei beiden Formulierungen geht es um Leistungen, die an demselben Kalendertag zwischen 0 und 24 Uhr erbracht werden.

Beispiel:

Die erste Infusion nach Nr. 270 erfolgt am 05.06., 23 Uhr, die zweite am 06.06., 0.30 Uhr. Berechenbar sind beide Infusionen, da sie an verschiedenen Kalendertagen erbracht wurden.

Im Gegensatz dazu stellt die Formulierung "bis zu 24 Stunden Dauer" (z.B. Nr. 435) nicht auf den Kalendertag ab, sondern erstreckt sich regelmäßig über zwei Kalendertage. Die Frist endet am folgenden Kalendertag zum gleichen Zeitpunkt, an dem sie am Vortag begonnen hat.

Die Formulierung in Satz 1 "können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden" macht deutlich, daß jede der in Satz 1 enumerierten Infusionen und Transfusionen als eigenständige Leistung zu gelten hat, jedoch je Behandlungstag jeweils nur einmal berechnet werden kann.

Eine maximal zweimalige Berechnung je Behandlungstag läßt Satz 2 für die Infusionen nach den Nrn. 271 oder 272 zu. Jedoch setzt Satz 3 für die zweimalige Berechnung getrennte Gefäßzugänge voraus.

Abs. 3: Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Kommentar

Die Formulierung "gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen" weist darauf hin, daß diese nach den Vorstellungen des Ordnungsgebers kein notwendiger Bestandteil der Infusions-/Transfusionsleistung sind. Auch die Infusionen in den liegenden Katheter (z.B. Verweilkatheter, ZVK) sind berechnungsfähig. Sind Punktionen nötig, so sind sie mit den Nrn. 270 bis 287 abgegolten.

Abs. 4: Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Kommentar

Die Infusionen nach den Nrn. 273 bis 276 können, wie in Absatz 2 der Allgemeinen Bestimmungen ausgeführt, an demselben Behandlungstag jeweils nur einmal, die nach den Nrn. 271 und 272 bei getrennten Gefäßzugängen darüber hinaus auch zweimal berechnet werden. Zusätzlich schließt jedoch Absatz 4 die Berechnung der Infusionen nach den Nrn. 271 bis 276 aus, wenn sie nebeneinander, also zeitgleich erbracht werden.

Eindeutig zulässig ist danach die jeweils zweimalige Berechnung der Nrn. 271 und 272, wenn alle vier Infusionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten (über getrennte Zugänge) durchgeführt wurden.

Nach *Brück* (Anm. 8 zu Nr. 271) berechtigen auch zwei zeitgleich über verschiedene Gefäßzugänge einlaufende Infusionen zur zweimaligen Abrechnung der Nrn. 271 und/oder 272. Bei einer sinngemäßen Auslegung der Absätze 2 und 4 der Abrechnungsbestimmungen liegt der essentielle Unterschied gegenüber anderen, zeitgleichen Infusionen in den in Abs. 2 Satz 3 als Voraussetzung geforderten getrennten Zugängen für die zweimalige Berechnung der Nrn. 271 und/oder 272.

Auch von der Sache her, nämlich bei Bewertung des Arbeitsaufwandes und der Verantwortung des Arztes für die gleichzeitige Infusion bei getrennten Zugängen, erscheint die Auslegung von *Brück* gerechtfertigt.

Dazu folgende *Beispiele* für typische Situationen, in denen die zweimalige Berechnung in Frage kommt:

Patient, Leberruptur

1. Operation, Datum: 14.10.99

10.00 bis 14.00 Uhr Volumensubstitution bei starker abdomineller Blutung

Infusion über zwei getrennte Gefäßzugänge

Infusion 1 HAES 10% Nr. 272

Infusion 2 Ringer-Lactat Nr. 272.

Patient, Leberruptur - Revision bei Nachblutung

2. Operation, Datum: 14.10.99

16.00 bis 16.30 Uhr Volumensubstitution bei starker abdomineller Blutung

Infusion über zwei getrennte Gefäßzugänge

Infusion 1 HAES 10% Nr. 271

Infusion 2 Ringer-Lactat Nr. 271.

Patient, Milzexstirpation - Gefäßverletzung mit plötzlichem Volumenverlust

14.00 bis 16.30 Uhr

Infusion 1 Ringer-Lactat Nr. 272

15.00 bis 15.30 Uhr

Infusion 2 HAES 10% Nr. 271

Volumensubstitution bei Gefäßverletzung

Infusion über zwei getrennte Gefäßzugänge.

Die praktische Bedeutung der Streitfrage relativiert sich dadurch, daß bei einem hohen Infusionsbedarf neben zeitgleichen auch mehrere zeitversetzte Infusionen benötigt werden. Andererseits kann die gleichzeitige Durchführung von Infusionen, falls sie wegen Abs. 4 der Allgemeinen Bestimmungen nicht nebeneinander berechnet werden können, wegen der Schwierigkeit der Leistung oder des erhöhten Zeitaufwandes die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen.

Wahlärztliche Leistung

Zu beachten ist weiter, daß bei der wahlärztlichen Behandlung Nrn. 271 und 272 während der gesamten Dauer der stationären Behandlung nur dann berechnet werden können, wenn sie vom Wahlarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muß Facharzt desselben Gebiets sein (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 GOÄ).

Vorbemerkungen zu den Nrn. 270 bis 274, 277 und 278

- Infusionen -

1. Leistungsinhalt der Infusion

Unter den Begriffen der Infusion und der Transfusion wird, im Gegensatz zur Injektion, die Einbringung von Flüssigkeiten in das Körpergewebe, die Körperhöhlen oder das Gefäßsystem auf Grund der eigenen Schwerkraft verstanden. Ein fließender Übergang ergibt sich jedoch bei der Anwendung von Injektions- und Infusionspumpen. In diesen Fällen ist das Unterscheidungskriterium im verabreichten Volumen zu sehen. Werden mehr als 20 ml eingebracht, so ist eine Infusion zu berechnen (gleicher Auffassung *Brück* zu Nr. 271).

Mit der unterschiedlichen Bewertung der einzelnen Infusionsarten hat der Ordnungsgeber sowohl den unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden der Applikationsarten als auch der unterschiedlichen Infusionsdauer Rechnung getragen.

Für die Infusionen nach den Nrn. 271 bis 274 ist in der Regel ein intravenöser Zugang notwendig. Dieser kann nach Beendigung der Infusion entfernt werden, oder als Verweilkanüle oder Katheter nach Beendigung der Infusion im Gefäß verbleiben. Das Anlegen einer neuen Infusion über eine Verweilkanüle oder einen belassenen Katheter erfüllt trotz Wegfalles der erneuten Punktionsleistung die Leistungsanforderung nach den Nrn. 271 bis 274.

Gefäßerweiternde Maßnahmen zur Erleichterung einer Punktion, z.B. Wärmebad und/oder Einreibungen, sind Bestandteil der Leistung und mit der Gebühr für diese abgegolten. Die übliche Blutstauung an der Extremität ist weder eine Blutsperrung noch eine Blutleere. Ist für eine Infusionsbehandlung die Freilegung eines

Gefäßes erforderlich, so kann hierfür Nr. 2800, 2801 oder 2803 berechnet werden.

Die Entfernung einer Kanüle oder eines Katheters nach Abschluß der Infusionsbehandlung ist Bestandteil der jeweiligen Leistung und mit der Gebühr für diese abgegolten. Sie kann nicht gesondert nach Nr. 2009 berechnet werden. Gleiches gilt für die Wundverbände nach den Nrn. 200 bis 204. Bei der Entfernung eines arteriellen Zuganges kann ein ggf. notwendiger Kompressionsverband gesondert nach Nr. 203 berechnet werden.

Sichernde Maßnahmen, z.B. Lagerung des Armes auf einer Schiene, insbesondere bei unruhigen Patienten oder länger dauernden Infusionen sind Bestandteil der Leistung. Sie können nicht gesondert berechnet werden.

2. Berechnung von Infusionen neben Anästhesieleistungen

Nicht berechnungsfähig nach den Nrn. 271 bis 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie Infusionen von Anästhetika (z.B. Hypnotika, Analgetika), Anästhesieadjuvantien (z.B. Sedativa, Muskelrelaxantien) und Anästhesieantidot (z.B. Naloxon, Prostagmin) sowie auf Grund der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel D auch Infusionen zur Prämedikation.

Gesondert, d.h. neben und im Zusammenhang mit Anästhesieleistungen, berechenbar sind dagegen alle Infusionen, die der Behandlung von Begleiterkrankungen, Komplikationen oder Zwischenfällen dienen. Solche Infusionen können – auch vom Anästhesieverfahren völlig unabhängig – prä-, intra- und/oder postoperativ zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Homöostase erforderlich werden. In Betracht kommen Infusionen insbesondere zum Ausgleich von Flüssigkeitsverlusten, die z.B. durch präoperative Nahrungskarenz, durch intraoperativen Blutverlust, Flüssigkeitsverschiebungen sowie postoperativ durch Verluste via Magensonde, Drainagen, Erbrechen und/oder Fieber verursacht werden.

Werden diese Infusionen im Zusammenhang mit einer Narkose/Anästhesie erbracht, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Ist für die intravenöse oder intraarterielle Anlage einer (meist großlumigen) Kanüle für eine Infusionsbehandlung eine örtliche Schmerzausschaltung erforderlich (in der Regel bei Kindern und schmerzempfindlichen Patienten), so kann hierfür eine Lokalanästhesie nach Ziffer 490 berechnet werden. Da nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel D die Nr. 490 nicht neben anderen Leistungen des Kapitels D berechnet werden darf, empfiehlt es sich, in der Rechnung die entsprechenden Zeiten anzugeben, um deutlich zu machen, daß die Leistung nach Nr. 490 vor Beginn der eigentlichen Anästhesiezeit durchgeführt wurde. Die Anästhesiezeit beginnt 10 Minuten vor Beginn der Operation.

3. Überschreiten des Schwellenwertes

Ungünstige Punktionsbedingungen (z.B. schlechte Venenverhältnisse, Kreislaufkollaps, Adipositas) können das Anlegen einer Infusion so erschweren, daß die Überschreitung des Schwellenwertes gerechtfertigt ist (§ 5 Abs. 2 GOÄ).

4. Prophylaktische Anlage einer Verweilkanüle

Das prophylaktische Anlegen einer Verweilkanüle kann, entsprechend einer Abrechnungsempfehlung der BÄK, analog Nr. 250 berechnet werden. Diese Berechnung entfällt jedoch, wenn im Verlauf eine Infusion über eine vorangehend prophylaktisch angelegte Verweilkanüle notwendig wird, da diese dann Bestandteil der berechenbaren Infusionsleistung ist.

5. Abrechnungsbeschränkungen

Infusionen sind nach den Nrn. 270 bis 274 sowie 277 und 278 unter Berücksichtigung des jeweiligen Applikationsortes und der Applikationszeit zu berechnen. Nicht nach den Nrn. 270 bis 274 sowie 277 und 278 berechenbar sind:

- besondere Applikationen nach den Nrn. 275, 276, 279 und 283
- die Transfusionen nach den Nrn. 280 bis 282 sowie 286, 286a und 287
- Infusionen im Rahmen der Intensivtherapie neben der Nr. 435.

Die Begrenzung der Berechnungsfähigkeit der Nrn. 271 und 272 im Rahmen wahlärztlicher Leistungen auf die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter erbrachten Leistungen gilt nicht für stationäre Leistungen des Belegarztes oder für ambulante Leistungen des Krankenhausarztes.

GOÄ Nr. 270

Infusion, subkutan

80 Punkte einfach = 4,66 €

Kommentar zu Nr. 270

Die Berechenbarkeit der Nr. 270 ist auf die speziellen Fälle beschränkt, in denen eine intravenöse oder intraarterielle Infusion nicht indiziert ist oder nicht durchgeführt werden kann. Sie ist nur für gezielte subkutane Infusionen berechenbar. Ist die subkutane Infusion Bestandteil einer anderen Leistung, z.B. der Nr. 265, ist Nr. 270 nicht berechenbar.

GOÄ Nr. 271

Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten

120 Punkte einfach = 6,99 €

Kommentar zu Nr. 271

Nr. 271 ist berechenbar für alle intravenösen Infusionen mit einer Dauer von weniger als 30 Minuten. Die Infusionsleistung beginnt mit dem Anlegen des Gefäßzuganges oder der Anlage der Infusion an einen bestehenden Zugang und endet mit der Erbringung der Infusion oder dem Abkoppeln des Infusionssystems.

Bei Infusionsleistungen, z.B. im Rahmen erheblicher Volumenverluste, sind die Nrn. 271 oder 272 bei getrennten Gefäßzugängen maximal zweimal je Behandlungstag berechenbar. Wegen der Berechnung dieser Infusionen "nebeneinander" vgl. die Kommentierung zu Abs. 4 der Allgemeinen Bestimmungen in den Vorbemerkungen.

GOÄ Nr. 272

Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten

180 Punkte einfach = 10,49 €

Kommentar zu Nr. 272

Nr. 272 ist berechenbar für alle intravenösen Infusionen von mehr als 30 Minuten Dauer. Bei Infusionsleistungen, z.B. im Rahmen erheblicher Volumenverluste, sind die Nrn. 272 und 271 bei getrennten Gefäßzugängen maximal zweimal je Behandlungstag berechenbar. Läuft eine Infusion über das Ende eines Behandlungstages hinaus, kann für den neuen Behandlungstag eine Infusionsleistung, je nach Dauer Nr. 271, 272 oder 274, erneut berechnet werden.

Beispiel:

Beginn der Infusion am 05.06. um 17.20 Uhr,

Ende der Infusion am 06.06. um 0.40 Uhr

Berechnung der Nr. 274 am 05.06

Berechnung der Nr. 272 am 06.06.

Wegen der Berechnung dieser Infusionen "nebeneinander" vgl. die Kommentierung zu Abs. 4 der Allgemeinen Bestimmungen in den Vorbemerkungen.

GOÄ Nr. 273

Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene – bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

180 Punkte einfach = 10,49 €

Die Leistungen nach den Nummer 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.

Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Kommentar zu Nr. 273

Nr. 273 ist berechenbar für die intravenöse Infusion bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr. Durch die Formulierung "gegebenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene" werden diese beiden Infusionswege nicht vorgeschrieben, sondern lediglich als mögliche Applikationsarten genannt. Da diese beiden Infusionswege zum Leistungsumfang der Nr. 273 gehören, ist ein erhöhter Steigerungsfaktor durch diese Applikationen nicht begründbar.

Die Berechnung der Nr. 273 ist unabhängig von der Infusionsdauer und nur einmal je Behandlungstag berechenbar. Werden andere Infusionen zeitlich versetzt durchgeführt, können diese nach den Nrn. 271 und/oder 272 berechnet werden.

Ist eine operative Freilegung der Nabelvene erforderlich, kann diese nach Nr. 2800 neben der Nr. 273 berechnet werden.

GOÄ Nr. 274

Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung

320 Punkte einfach = 18,65 €

Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 274

Bei der über mehr als 6 Stunden durchgeführten Dauertropfinfusion sind ein gesondert erstellter Infusionsplan und eine durchgeführte Bilanzierung fakultative Bestandteile der Leistung und nicht gesondert berechenbar. Nr. 274 ist insgesamt nur einmal je Behandlungstag berechenbar. Infusionen nach den Nrn. 271 bis 273, 275 und 276 sind neben der Leistung nach Nr. 274 nicht berechenbar.

Werden zeitversetzt an einem Behandlungstag, also nicht neben, sondern vor oder nach der Leistung nach Nr. 274 weitere Infusionsleistungen erbracht, können diese nach den entsprechenden Nummern berechnet werden. Es empfiehlt sich in diesen Fällen die Angabe der jeweiligen Infusionszeiten in der Rechnung.

Läuft eine Infusion über das Ende eines Behandlungstages hinaus, kann für den neuen Behandlungstag eine Infusionsleistung – je nach Dauer – nach den Nrn. 271, 272 oder 274 erneut berechnet werden.

Beispiel:

Beginn der Infusion am 05.06. um 17.20 Uhr,
Ende der Infusion am 06.06. um 0.40 Uhr
Berechnung der Nr. 274 am 05.06
Berechnung der Nr. 272 am 06.06.

GOÄ Nr. 277

Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer

180 Punkte einfach = 10,49 €

Kommentar zu Nr. 277

Die Infusion nach Nr. 277 entspricht nach Struktur und Leistungslegende den Leistungen der intravenösen Infusion. Der erhöhten Schwierigkeit arterieller Infusionsleistungen wird durch eine im Vergleich zu den Nrn. 271 und 272 höhere Bewertung Rechnung getragen.

Infusionen nach den Nrn. 277 und 278 sind neben zeitgleichen Infusionsleistungen nach den Nrn. 271 bis 276 berechenbar. Je Behandlungstag ist Nr. 277 nur einmal berechenbar. Neben Nr. 277 kann das Legen eines arteriellen Katheters nach Nr. 260 gesondert berechnet werden.

GOÄ Nr. 278

Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer

240 Punkte einfach = 13,99 €

Kommentar zu Nr. 278

Die arterielle Infusion über mehr als 30 Minuten ist nach Nr. 278 berechenbar. Neben Nr. 278 kann das Legen eines arteriellen Katheters nach Nr. 260 gesondert berechnet werden (vgl. auch Kommentar zu Nr. 277).

GOÄ Nr. 279

Infusion in das Knochenmark

180 Punkte einfach = 10,49 €

Kommentar zu Nr. 279

Nr. 279 ist auf die speziellen Fälle beschränkt, in denen eine intravenöse oder intraarterielle Infusion in Ermangelung anderer Gefäßzugänge, z.B. Polytrauma, nicht durchgeführt werden kann. Sie ist nur für gezielte Infusionen in das Knochenmark berechenbar.

Vorbemerkungen zu den Nrn. 280 bis 287

- Transfusionen -

1. Leistungsinhalt der Transfusion

Unter Transfusion versteht die GOÄ die intravenöse Gabe von Fremdblutkonserven, von Blutbestandteilpräparaten und von Frischblutkonserven.

Die Transfusion von Präparaten aus Blutbestandteilen ist nach Art und Umfang einer Vollbluttransfusion vergleichbar. Zu den Präparaten aus Blutbestandteilen gehören sowohl Präparate aus zellulären Blutbestandteilen (z.B. Thrombozytenkonzentrate, Leukozytenkonzentrate) als auch Präparate aus bestimmten Serumbestandteilen (FFP, Konzentrate aus Gerinnungsfaktoren).

Die Gabe von Eigenblutkonserven bezeichnet man im Gegensatz zu der Transfusion als "Reinfusion". Diese ist nach den Nrn. 286 und 286a zu berechnen.

2. Bedside-Test

Der Bedside-Test, auch „ABO-Identitätstest“ genannt, dient der Bestätigung der zuvor bestimmten Blutgruppenmerkmale des Empfängers. Der Bedside-Test wird unmittelbar vor der Transfusion der ersten Blutkonserve, meist mit Hilfe von Testkarten, durchgeführt. Er ist Bestandteil der Leistung nach den Nrn. 280 ff und nicht gesondert berechenbar. Bei Eigenbluttransfusionen ist auch die Testung der Konserve in der Gebühr nach den Nrn. 286 und 286a enthalten und nicht gesondert berechenbar.

3. Berechnung der Erst- und Folgetransfusionen

Wird an einem weiteren Behandlungstag erneut eine Transfusion notwendig, so kann die Transfusion der ersten Konserve wiederum nach Nr. 280 berechnet werden. Für jede weitere Trans-

fusion am selben Kalendertag muß Nr. 282 berechnet werden.

4. Berechnung weiterer Leistungen neben den Transfusionsleistungen

Die Kreuzprobe kann je Blutkonserve als serologische Verträglichkeitsprobe nach den Nrn. 4000 ff neben den Nrn. 280 ff und neben Nr. 437 berechnet werden.

Neben den Transfusionsleistungen durchgeführte Infusionen nach den Nrn. 270 bis 279 können gesondert berechnet werden.

5. Abrechnungsbeschränkungen

Die Leistungen der Nrn. 280 bis 286a sowie 288 und 289 sind neben der Nr. 435 nicht berechenbar.

Die Infusion von Albumin oder Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, kann nur nach den Nrn. 271 bis 274 berechnet werden.

Die in der alten GOÄ aufgeführten Oehleckerische Vorprobe, d.h. die Gabe einer geringen Menge des zu transfundierenden Konservenblutes zur Erkennung transfusionsbedingter Nebenwirkungen, wird heute nicht mehr durchgeführt.

GOÄ Nr. 280

Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven – bzw. Chargen-Nummer –

330 Punkte einfach = 19,23 €

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 280

Die Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats kann je Behandlungstag nur einmal berechnet werden. Eine Identitätssicherung im ABO-System (Bedside-Test) und die Dokumentation der Konserven – bzw. Chargen-Nummer ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert berechenbar.

GOÄ Nr. 281

Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –

450 Punkte einfach = 26,23 €

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 281

Die im Vergleich zur Nr. 280 höher bewertete Leistung der Nr. 281 berücksichtigt den erhöhten Aufwand bei der Transfusion über einen Nabelvenenkatheter.

Eine operative Freilegung der Nabelvene zur Durchführung des Nabelvenenkatheterismus kann gesondert nach Nr. 2800 berechnet werden.

GOÄ Nr. 282

Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistung nach Nr. 280 oder 281 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bed-side-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –

150 Punkte einfach = 8,74 €

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 282

Dem geringeren Aufwand bei der Durchführung der Folgetransfusionen trägt die Bewertung der Leistung nach Nr. 282 mit weniger als der Hälfte der Punktzahl der Nr. 280 Rechnung.

Nr. 282 ist für jede weitere Transfusion einer Blutkonserve oder eines weiteren Blutbestandteilpräparates im Anschluß an die Leistung nach Nr. 280 im Rahmen eines Behandlungstages berechenbar.

Wird im Rahmen eines neuen Behandlungstages eine erneute Transfusion notwendig, so kann die Transfusion der ersten Konserve wiederum nach Nr. 280 berechnet werden. Für jede weitere Transfusion am selben Behandlungstag kann Nr. 282 berechnet werden.

GOÄ Nr. 285

Aderlaß aus einer Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –

110 Punkte einfach = 6,41 €

Kommentar zu Nr. 285

Aderlässe mit einer Entnahme von weniger als 200 ml Blut sind mit der Nr. 250 berechenbar.

Eine umfangreiche Blutabnahme, z.B. zu diagnostischen Zwecken im Rahmen von Funktionsuntersuchungen mit mehr als 200 ml Blut, ist nicht als Aderlaß zu bezeichnen.

Nach § 10 Abs. 1 GOÄ können Auslagen für die benötigten Einmalgeräte gesondert berechnet werden.

Ist im Rahmen eines Aderlasses die Anlage eines Kompressionsverbandes notwendig, so kann dieser gesondert nach Nr. 204 berechnet werden.

Ein Aderlaß im Rahmen einer Blutspende ist nach Nr. 285 berechenbar.

GOÄ Nr. 286

Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –

220 Punkte, einfach = 12,82 €

Kommentar zu Nr. 286

Bedingt durch die Diskussion über die Sicherheit von Fremdblutkonserven im Hinblick auf Infektionsgefahren, hat die Verwendung von Eigenblut bei geplanten Operationen an Bedeutung gewonnen. Die Reinfusion der ersten Einheit Eigenblut oder Eigenplasma ist nach Nr. 286 zu berechnen. Um den Leistungsinhalt der Nr. 286 zu erfüllen, müssen mindestens 200 ml refundiert werden. Eine Identitätssicherung im ABO-System (Bedside-Test) sowohl des Spenders als auch des Empfängers ist Bestandteil der Leistung und nicht gesondert berechenbar. Da die Überwachungsleistung bei der Reinfusion von Eigenblutkonserven in Vergleich zu Fremdbluttransfusionen geringer eingeschätzt wird, ist diese Leistung im Vergleich zu Nr. 280 niedriger bewertet.

Nr. 286 kann je Behandlungstag nur einmal berechnet werden.

GOÄ Nr. 286a

Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –

100 Punkte, einfach = 5,83 €

Kommentar zu Nr. 286a

Nr. 286a ist für jede weitere Reinfusion einer Einheit Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach Nr. 286 zu berechnen.

GOÄ Nr. 287

Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwersten Intoxikationen)

800 Punkte einfach = 46,63 €

Kommentar zu Nr. 287

Die Blutaustauschtransfusion meint den vollständigen Ersatz des gesamten errechneten Blutvolumens durch Spenderblut. Die Leistung nach Nr. 287 ist im zeitlichen Zusammenhang nur einmal berechenbar. Die Transfusion des Spenderblutes ist Bestandteil der Leistung nach Nr. 287 und nicht gesondert nach den Nrn. 280 ff berechenbar.

GOÄ Nr. A792

Blutautotransfusion analog Nr. 792 GOÄ

440 Punkte einfach = 25,65 €

Kommentar zu Nr. A792

Für diese Leistung (ehemals Nr. 289) ist im Leistungsverzeichnis der neuen GOÄ - aus nicht mehr feststellbaren Gründen - keine Gebührenposition mehr enthalten. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten schlägt daher vor, für die Berechnung dieser Leistung Nr. 792 analog anzusetzen, ebenso die BÄK (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 1999, 96, Heft 40, A - 71). Die analoge Bewertung ist nach § 12 Abs. 4 GOÄ in der Rechnung als solche zu kennzeichnen.

Die Blutautotransfusion kann immer dann berechnet werden, wenn intra- und/oder postoperativ Eigenblut gewonnen und innerhalb von 6 Stunden retransfundiert wird. Unabhängig von der Menge des aufbereiteten und retransfundierten Blutes kann Nr. A792 für eine in sich abgeschlossene Autotransfusion (z.B. intra- und/oder postoperativ) nur einmal berechnet werden. Wird das gewonnene Blut - gleich aus welchen Gründen - nicht retransfundiert, so ist der Leistungsinhalt der "Blutautotransfusion" nicht erfüllt und eine Berechnung analog Nr. 792 nicht möglich.

Die Kosten für eine eventuelle Aufbereitung (z.B. mittels Cellsaver) sind mit dem Pflegesatz abgegolten ("Herstellung eines Arzneimittels").