

Abschnitt C

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

GOÄ Nummer 427

Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer

150 Punkte einfach = 8,74 €

GOÄ Nummer 428

Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag

220 Punkte einfach = 12,82 €

Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu den Nrn.: 427 und 428

1. Leistungsinhalt

Bei den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 handelt es sich um eine apparative Beatmung, bei der die Eigenatmung des Patienten unterstützt (assistierte Beatmung) oder völlig übernommen wird (kontrollierte Beatmung).

Die apparative Beatmung wird - insbesondere wenn sie sich über einen längeren Zeitraum erstreckt (Dauerbeatmung) - in der Regel mit einem Respirator durchgeführt.

Apparativ ist die Beatmung aber auch bei Verwendung einfacher Geräte, z.B. bei manueller Beatmung mit dem Atembeutel; es muß sich nicht um ein automatisches Beatmungsgerät handeln. Die Mund-zu-Mund-Beatmung fällt nicht unter diese Leistung, sie ist nach Nr. 429 zu berechnen.

Die Bezeichnung "Saug-Druck-Verfahren" ist insoweit überholt, als die Saugphase in der modernen Beatmung in der Regel nicht mehr angewandt wird.

2. Indikation

Eine vitale Indikation ist stets gegeben, wenn die Beatmung erforderlich ist, um einen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen ausreichenden Gasaustausch zu gewährleisten oder wieder herzustellen. Dieser kann bereits präoperativ durch Vorerkrankungen gestört sein, oder eine Störung kann unmittelbar bevorstehen infolge von Erkrankungen oder Verletzungen oder intra- oder postoperativ infolge ärztlicher Interventionen sowie im Rahmen einer schmerztherapeutischen Behandlung auftreten.

Die apparative Beatmung kann auch nach einer erfolgreichen Wiederbelebung notwendig werden. In solchen Fällen ist sie im Anschluß an (nicht neben) Nr. 429 gesondert berechenbar. Eine Zeitangabe für die verschiedenen Behandlungsabläufe empfiehlt sich.

Für die Beatmung eines bewußtlosen Patienten, z.B. nach einem Unfall, ist eine Intubation zum Freihalten der Atemwege erforderlich. In diesem Fall kann Nr. 1529 als selbständige Leistung gesondert neben der Beatmung berechnet werden.

Wird nach einer Intubationsnarkose ein Patient intubiert und beatmet unter ärztlicher Aufsicht auf eine Intensivstation verlegt, oder wird der Patient von der Intensivstation intubiert und beatmet in den Operationssaal transportiert, so kann für die Beatmung während des Transportes Nr. 427 berechnet werden.

3. Zeitdefinition

Für die Berechnung der Nr. 427 ist eine Mindestdauer nicht vorgeschrieben. Bei einer Beatmungsdauer von mehr als 12 Stunden ist anstelle von Nr. 427 die Nr. 428 je Kalendertag zu berechnen.

Beispiel:

Beatmung von montags 13.00 Uhr bis dienstags 16.00 Uhr: berechenbar Nr. 427 (montags) und Nr. 428 (dienstags).

Eine Dauerbeatmung über solche Zeiträume wird heute jedoch in aller Regel auf einer Intensivstation durchgeführt und ist dann mit der Gebühr nach Nr. 435 abgegolten.

4. Delegation und Verweilen

Die assistierte bzw. kontrollierte Beatmung ist ihrer Natur nach eine ärztliche Leistung. Die Überwachung während bestimmter Phasen kann an entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal delegiert werden. Erforderlich ist für die Berechnung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ, daß die Leistung unter ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wird.

Muß der Arzt nach Ende der Beatmung zur weiteren Beobachtung beim Patienten verweilen, so kann er die Verweilgebühr (Nr. 56) unter den dort genannten Voraussetzungen berechnen.

3. Abrechnungsbeschränkungen

Ausgeschlossen ist die gesonderte Berechenbarkeit der Beatmung bei Intubationsnarkosen (Nrn. 462/463, vgl. Abrechnungsbestimmungen nach 428).

Wird jedoch nach Beendigung einer Intubationsnarkose, z.B. im Aufwachraum, eine Beatmung erforderlich, so kann diese gesondert berechnet werden. Obwohl in der GOÄ nicht gefordert, sollte durch Zeitangaben in der Rechnung verdeutlicht werden, daß die Beatmung nicht neben, sondern nach der Intubationsnarkose durchgeführt wurde.

Bei Anästhesieverfahren nach den Nrn. 450 bis 461, 469 bis 479 und 483 bis 498 ist eine apparative Beatmung nach den Nrn. 427 bzw. 428 gesondert berechenbar, sofern eine vitale Indikation vorliegt (Umkehrschluß aus der Abrechnungsbestimmung nach Nr. 428).

Nicht berechnungsfähig ist die apparative Beatmung im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung, da mit der Gebühr für Nr. 435 abgegolten.

Nicht berechnet werden kann neben der Beatmung die Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung nach Nr. 501 (vgl. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 428). Die Inhalationstherapie nach Nr. 500 ist keine Beatmung.

GOÄ Nummer 429

Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation –

400 Punkte einfach = 23,31 €

Kommentar zu Nr. 429

1. Leistungsinhalt

Ein Wiederbelebungsversuch ist die Notfallbehandlung zur Wiederherstellung der Vitalfunktionen (Atmung, Kreislauf, Herzaktion). Auf die Genese der Störung kommt es dabei nicht an. Es kann sich z. B. um eine Erkrankung (Herzinfarkt, Lungenembolie), einen Unfall (Elektrounfall, Ertrinken, Vergiftung) oder um einen Behandlungszwischenfall während oder nach einer Anästhesie handeln.

Nr. 429 kann gesondert neben der Gebühr für das jeweilige Anästhesieverfahren berechnet werden. Ob die ärztlichen Maßnahmen Erfolg haben, ist für die Berechenbarkeit der Gebühr für den Wiederbelebungsversuch nicht entscheidend.

Zum Wiederbelebungsversuch gehören, soweit in individuellen Fällen angezeigt, insbesondere:

- das Freimachen der Atemwege (z.B. Mund- und Bronchialtoilette)
- das Freihalten der Atemwege (z.B. Guedeltubus, Wendeltubus), gegebenenfalls einschließlich Intubation
- die Beatmung (z.B. Mund-zu-Mund, Atembeutel, apparative Beatmung) sowie
- die extrathorakale indirekte Herzmassage.

Nicht zum Leistungsinhalt gehören und gesondert berechenbar sind:

- Injektionen und Infusionen
- die extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens
- Maßnahmen zur Überprüfung des Erfolges (z.B. EKG, EEG, körperliche Untersuchungen).

2. Verweilen im Anschluß an die Wiederbelebung

Muß der Arzt nach einer erfolgreichen Wiederbelebung wegen der Erkrankung/Verletzung mindestens eine halbe Stunde beim Patienten verweilen, so kann Nr. 56 berechnet werden. Muß der Patient nach einer erfolgreichen Wiederbelebung kontrolliert beatmet werden, so sind die Nrn. 427 bzw. 428 berechenbar.

Diese Leistungen dürfen jedoch nicht für den gleichen Zeitraum berechnet werden, der für den Wiederbelebungsversuch benötigt wurde. Zeitangaben für die verschiedenen Behandlungsabläufe sind in der GOÄ nicht gefordert, aber empfehlenswert.

3. Überschreiten des Schwellenwertes

Das Fehlen einer gesicherten Diagnose sowie äußere Umstände (z.B. Behandlung am Unfallort) können einen Wiederbelebungsversuch erheblich erschweren. Unter Voraussetzung der in § 5 Abs. 2 GOÄ genannten Kriterien ist ein Überschreiten des Schwellenwertes gerechtfertigt. Nach § 12 Abs. 3 GOÄ sind die Erschwernisse der einzelnen Leistungen konkret und für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar anschaulich zu begründen. Eine Kurzbegründung genügt; auf Verlangen ist diese näher zu erläutern.

4. Abrechnungsbeschränkungen

Der Wiederbelebungsversuch eines asphyktischen Neugeborenen ist nicht nach Nr. 429, sondern nach Nr. 1040 zu berechnen.

Ein Wiederbelebungsversuch im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung (Nr. 435) ist nicht gesondert berechenbar, da in der abschließenden Enumerierung dieser Leistung enthalten und mit der Gebühr für diese abgegolten.

GOÄ Nummer 430

Nr. 435 enthalten und mit der Gebühr für diese Leistung abgegolten.

Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens

400 Punkte einfach = 23,31 €

Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichem Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 430

Der Leistungsinhalt beschreibt zwei verschiedene Verfahren:

Die extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation zur Behebung des Kammerflimmerns und die elektrische Stimulation zur Wiederherstellung bzw. Normalisierung der Herzaktivität (z.B. im Stadium der Asystolie) durch Schrittmacher.

Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichem Zusammenhang nur einmal berechenbar.

Nr. 430 kann auch dann nur einmal berechnet werden, wenn sowohl die Defibrillation als auch die Stimulation durchgeführt wird (...und/oder...).

Der enge zeitliche Zusammenhang ist nicht mehr gegeben, wenn nach vorübergehender Stabilisierung der Herzaktivität erneut eine Defibrillation durchgeführt werden muß.

Muß der Arzt im Anschluß an diese Leistung beim Patienten verweilen, so kann er Nr. 56 unter den dort genannten Voraussetzungen berechnen. Eine Zeitangabe ist empfehlenswert.

Nr. 430 kann nicht neben Nr. 435 gesondert berechnet werden, da in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbestimmung zu

GOÄ Nummer 431

Elektrokardioskopie im Notfall

100 Punkte einfach = 5,83 €

Kommentar zu Nr. 431

Die Elektrokardioskopie im Notfall setzt im Gegensatz zur elektrokardiographischen Untersuchung nach Nr. 650 keine Registrierung voraus.

Erfolgt im Rahmen einer Elektrokardioskopie über dieselben Elektroden eine graphische Registrierung des Monitorbildes, so kann anstelle der Nr. 431 die höher bewertete elektrokardiographische Untersuchung nach Nr. 650 berechnet werden.

Nr. 430 kann nicht neben Nr. 435 gesondert berechnet werden, da in der abschließenden Enumerierung der Abrechnungsbestimmung der Nr. 435 enthalten.

GOÄ Nummer 433

Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums –

140 Punkte einfach = 8,16 €

Kommentar zu Nr. 433

Die Ausspülung des Magens und/oder des Duodenums erfordert das Einbringen und das Entleeren von Spülflüssigkeit. Mehrere Spülvorgänge in zeitlichem Zusammenhang gelten als eine Spülung. Mehrere zeitlich voneinander getrennte Spülungen - auch am gleichen Tag - sind jeweils gesondert berechenbar.

Es genügt die Spülung des Magens. Wird auch das Duodenum in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang gespült, so ist Nr. 433 nur einmal berechenbar (...und/oder...).

Mit abgegolten ist die Sondierung der Speiseröhre und des Magens zur Einführung der Sonde, nicht dagegen das Bougieren (Nr. 781) oder die Entfernung von Fremdkörpern (Nr. 681).

Die Magenspülung kann notwendig werden z. B.:

- bei Vergiftungen
- präoperativ (z.B. beim nicht nüchternen Patienten bei operativen Eingriffen, die eine Magenentleerung erfordern)
- postoperativ (z.B. blutgefüllter Magen bei Nachblutungen nach Adenotomie/Tonsillektomie).

Nr. 433 kann nicht berechnet werden neben Nr. 435, da in der Enumerierung der Abrechnungsbestimmung aufgeführt und mit der Gebühr für diese Leistung abgegolten.

GOÄ Nummer 435

Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer

900 Punkte einfach = 52,46 €

Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 62 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig.

Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.

Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistungen nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.

Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrunde liegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.

Kommentar zu Nr. 435

1. Leistungsinhalt

Die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung ist ihrer Natur nach eine überbrückende Behandlung. Sie ist solange durchzuführen, bis die von den Folgen des Grundleidens und/oder des operativen Eingriffes ausgelösten Störungen der Vitalfunktionen überwunden oder abgeklungen sind.

Nr. 435 kann nur bei Patienten berechnet werden, die sich zur stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung befinden. Diese formale Voraussetzung ist zwingend.

Nicht zwingend ist die Bezeichnung als "Intensiveinheit" oder "Intensivstation". Auch eine beispielsweise als "Wachstation" bezeichnete Betteneinheit, die über intensivmedizinisch qualifizierte Ärzte und über spezielles Pflegepersonal sowie über die erforderliche Ausstattung, Räume und Geräte verfügt, kann den Anforderungen der Leistungslegende genügen.

Wird dagegen der Patient etwa wegen Überbelegung der Intensiveinheit auf einer normalen Bettenstation intensivmedizinisch überwacht und behandelt, so sind die einzelnen Leistungen zu berechnen und nicht Nr. 435.

2. Abgeltungsbereich der Komplexgebühr

Nr. 435 ist eine Komplexgebühr. Ihre Reichweite erstreckt sich auf alle im Rahmen der Intensivüberwachung und Intensivbehandlung erbrachten Einzelleistungen, die in der 1. Abrechnungsbestimmung aufgeführt sind. Dabei handelt es sich um eine abschließende Enumeration der Einzelleistungen, die durch die Nr. 435 abgegolten sind und weder neben noch anstelle der Komplexgebühr berechnet werden können.

Die in der Enumerierung aufgeführten Leistungen sind auch dann mit der Vergütung der Nr. 435 abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden, z. B. wenn eine elektrokardiographische Untersuchung durch den Internisten oder sonographische Leistungen durch den Operateur, die übrigen Leistungen jedoch vom Anästhesisten durchgeführt werden.

Der 4. Absatz der Abrechnungsbestimmungen zur Nr. 435 dient der Interpretation der Leistungslegende. Sie stellt – im Hinblick auf den Meinungsstreit, den es um die Reichweite der intensivmedizinischen Komplexgebühr vor ihrer Novellierung gab – eindeutig klar, daß sie sich auf alle in der 1. Abrechnungsbestimmung enumerierten Einzelleistungen auch dann erstreckt, wenn diese der Intensivüberwachung und/oder der Behandlung des Grundleidens oder sonstiger Erkrankungen dienen.

Aus der abschließenden Bestimmung des Abgeltungsbereichs der Komplexgebühr durch die Enumeration der von einer Gesamtvergütung ausgeschlossenen Einzelleistungen in der 1. Abrechnungsbestimmung ergibt sich im Umkehrschluß: Alle hier nicht aufgeführten Leistungen können neben Nr. 435 gesondert berechnet werden, soweit sich nicht spezielle Ausschlüsse aus den für sie geltenden Leistungslegenden und Abrechnungsbestimmungen ergeben. Gesondert berechenbar sind danach u.a. alle Narkosen und Leitungsanästhesien sowie alle operativen Leistungen.

3. Berechnung des Konsiliums

Nach der 3. Abrechnungsbestimmung kann Nr. 60 nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nr. 435 nicht berechnet.

Gleiches gilt für Ärzte, die Mitglieder derselben Krankenhausabteilung, derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung sind, z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt (vgl. 3. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 60).

Dagegen kann jeder andere zu einem Konsilium hinzugezogene liquidationsberechtigte Arzt Nr. 60 berechnen, wenn er sich zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat (konsiliarische Untersuchung). Nr. 60 ist auch dann berechenbar, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter und dem ständigen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt (vgl. Abs. 1 und 2 der Abrechnungsbestimmung nach Nr. 60).

4. Berechnung der postoperativen Überwachung

Häufig findet die unmittelbare postoperative Überwachung eines Patienten in einem Aufwachraum statt. Obwohl diese Überwachung sich nicht selten nur unwesentlich von der einer Intensivstation unterscheidet, fällt sie nicht unter den Begriff der nach Nr. 435 vergüteten intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung.

Die im Aufwachraum medizinisch erforderlichen Leistungen sind einzeln zu berechnen.

Erst wenn der Patient nicht auf die Station zurückverlegt werden kann, sondern zur weiteren Behandlung auf die Intensivstation verlegt wird, kann Nr. 435 ab diesem Zeitpunkt berechnet werden.

Um Mißverständnissen bei der Beurteilung der Rechnungslegung vorzubeugen, ist es ratsam, die Behandlung im Aufwachraum sowie die Verlegung auf die Intensivstation durch Zeitangaben zu kennzeichnen.

5. Berechnung der 24-Stunden-Dauer

Der in der Leistungslegende angegebene Zeitfaktor "bis zu 24 Stunden Dauer" bedeutet nicht "je Kalendertag". Der Patient, der z.B. am Dienstag um 15.00 Uhr auf die Intensivstation aufgenommen und am Mittwoch um 13.00 Uhr

auf eine Allgemeinstation zurückverlegt wird, befindet sich zwar an zwei Kalendertagen auf der Intensivstation, aber nicht länger als 24 Stunden. Nr. 435 kann in diesem Fall nur einmal berechnet werden. Wird er dagegen am Mittwoch erst um 18.00 Uhr verlegt, also nach einer Behandlung von mehr als 24 Stunden, so kann Nr. 435 zweimal berechnet werden. Zeitangaben für Beginn und Ende der intensivmedizinischen Betreuung sind deshalb empfehlenswert.

6. Berechnung von weiteren Leistungen neben Nr. 435

Werden während der intensivmedizinischen Behandlung operative oder invasive diagnostische Maßnahmen erforderlich, so wird mit dem Transport des Patienten in den Operationssaal die Intensivbehandlung unterbrochen. Wird der Patient auf die Intensivstation zurückverlegt, wird die Intensivbehandlung fortgesetzt. Der für den Eingriff anfallende Zeitaufwand ist von der Zeit für die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung in Abzug zu bringen.

Die während der Unterbrechung der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen sind auch dann gesondert berechenbar, wenn sie unter die Enumerierung der Nr. 435 fallen; gleiches gilt für die während der Unterbrechung angeordneten Laborleistungen (vgl. Kommentar zu Nr. 437).

7. Überschreiten des Schwellenwertes

Auch bei Nr. 435 hat der Arzt den Gebührenrahmen entsprechend den in § 5 Abs. 2 GOÄ genannten Kriterien nach billigem Ermessen anzuwenden. Das bedeutet, daß bei einer intensivmedizinischen Überwachung/Behandlung geringeren Schwierigkeitsgrades der Multiplikationsfaktor durchaus unterhalb des Schwellenwertes liegen kann, während hohe und höchste Schwierigkeitsgrade das Überschreiten des Schwellenwertes gegebenenfalls bis zum 3,5fachen rechtfertigen. Dies gilt z.B. für die apparative Dauerbetreuung eines Patienten. Das Überschreiten des Schwellenwertes ist nach § 12

Abs. 3 GOÄ zu begründen. Eine stichwortartige Begründung genügt; sie ist auf Verlangen näher zu erläutern.

8. Splitting der Gebühr

Wenn auch das Liquidationsrecht für Nr. 435 dem Leiter der Intensivstation zusteht, so liegt doch in der neuen GOÄ eine besondere Erschwerung der Honorarberechnung nach wie vor darin, daß die in der abschließenden Enumerierung der Nr. 435 genannten Leistungen wegen der interdisziplinären Natur der Intensivüberwachung/Behandlung oft von Ärzten verschiedener Fachgebiete erbracht werden müssen. Die GOÄ enthält keine Bestimmung über die Aufteilung der Komplexgebühr zwischen den an der intensivmedizinischen Behandlung beteiligten Ärzten. Diese bleibt nach wie vor einer innerärztlichen einvernehmlichen Regelung überlassen.

Können sich die an der Behandlung Beteiligten, insbesondere der Anästhesist und der für die Behandlung des Grundleidens oder sonstiger Erkrankungen zuständige Fachvertreter nicht über eine Pauschalaufteilung einigen, so bietet sich die Aufteilung nach einem Schlüssel an, der sich aus dem Verhältnis der Gebühren der einzelnen Leistungen zueinander ergibt, die ohne Pauschalierung angefallen wären. Aufgrund der Erfahrungen, die nach einem Referenz-Zeitraum mit diesem Schlüssel gemacht worden sind, kann ein fester Aufteilungsschlüssel zwischen den beteiligten Ärzten vereinbart werden. Andere Teilungsmodalitäten sind unter der Berücksichtigung besonderer örtlicher Gegebenheiten denkbar, so z.B. die Liquidation der Nr. 435 durch den Leiter der Intensivstation und die Liquidation der Nr. 437 durch den an der Behandlung beteiligten Arzt. Diese Aufteilungsprobleme ergeben sich jedoch nur insoweit, als Nr. 435 die Berechnung von Einzelleistungen der an der intensivmedizinischen Behandlung beteiligten Ärzte ausschließt.

9. Kritik an der Komplexgebühr

Schon bei den Anhörungen zum Referentenentwurf haben wissenschaftliche Gesellschaft und Berufsverband dargelegt und eingehend begründet, daß die Gebühr für Nr. 435 auch nach der Erhöhung von 800 auf 900 Punkte nicht als angemessene Vergütung für die außerordentlich arbeitsintensive intensivmedizinische Betreuung eines Patienten während 24 Stunden angesehen werden kann. Dies wird besonders deutlich beim Vergleich mit der "Erhebung der homöopathischen Erstanamnese" (Nr. 30), die ebenfalls mit 900 Punkten bewertet wird.

Ebensowenig wurden bei den Anhörungen die Vorschläge des Fachgebietes berücksichtigt, für die weit aufwendigere und erschwerte intensivmedizinische Behandlung eines Patienten mit Dauerbeatmung eine gesonderte Gebührennummer mit einer entsprechend höheren Bewertung einzurichten.

GOÄ Nr. 437

Laboratoriumsleistungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer

500 Punkte einfach = 29,14 €

Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.

Kommentar zu Nr. 437

1. Leistungsinhalt

Mit der Vergütung nach Nr. 437 werden die Laboruntersuchungen des Abschnittes M, mit Ausnahme von M III 13 und M IV, im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung durch eine Pauschalgebühr abgegolten. Diese Pauschale fällt auch dann an, wenn nur eine einzige Laborleistung während jeweils 24 Stunden Intensivbehandlung zu erbringen ist.

Im Gegensatz zur 2. Abrechnungsbestimmung zu Nr. 435 fehlt bei Nr. 437 die Aussage, daß die in der Abrechnungsbestimmung bezeichneten Laborleistungen auch nicht anstelle der Pauschale berechnet werden dürfen. Bei sinngemäßer Auslegung läßt sich diese Konsequenz aber aus dem Ziel des Verordnungsgebers herleiten, die Vergütung der Laborleistung zu pauschalisieren.

2. Voraussetzungen

Die Modalitäten, unter denen ein Arzt Laborleistungen berechnen kann, wurden in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOÄ neu bestimmt. Danach gelten als eigene Leistungen nur noch die vom Arzt berechneten Laborleistungen des Abschnitt M II (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene

Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Mit dieser Änderung wurde die Delegationsmöglichkeit auf die Leistungen des Basislabors M II beschränkt. Eine Delegation der Leistungen des Speziallabors M III und M IV ist generell nicht mehr möglich.

Um die Laborleistungen nach M III und M IV berechnen zu können, muß der auftraggebende Arzt über ein entsprechendes Fachwissen verfügen. Er muß in der Lage sein, die Durchführung der Laborleistungen zu beaufsichtigen.

Für die Berechnung von Laborleistungen der Abschnitte M III und M IV hat der Vorstand der Bundesärztekammer am 09.02.1996 folgende Voraussetzungen festgeschrieben:

"Zur Wahrnehmung der „Aufsicht“ sind mindestens folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Sicherstellung ordnungsgemäßer Probenvorbereitung
- die regelmäßige - stichprobenartige - Überprüfung der ordnungsgemäßen Laborgerätekundung und der Bedienungsabläufe durch das Laborpersonal einschließlich der Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen
- die persönliche und nicht nur telefonische Erreichbarkeit innerhalb kurzer Zeit zur Aufklärung von Problemfällen
- die persönliche Überprüfung der Plausibilität der aus einem Untersuchungsmaterial erhobenen Parameter im Labor nach Abschluß des Untersuchungsganges, um bei auftretenden Zweifeln aus derselben Probe eine weitere Analyse zeitgerecht durchführen zu können
- die unmittelbare Weisungsberechtigung gegenüber dem Laborpersonal
- die Dokumentation der Wahrnehmung der Verantwortung."

Aufgrund der Inhalte der Weiterbildungsordnung für das Fachgebiet Anästhesiologie sind diese Voraussetzungen gegeben für die Leistungen in M III 4 für die Bestimmung der Blutgasanalyse (Nr. 3710) und des Bicarbonats (Nr. 3715) sowie

in M III 13 für die Bestimmung der Blutgruppenmerkmale (Nrn. 3980, 3981, 3982 und 3983) sowie die Kreuzproben (Nrn. 4000, 4001 und 4002).

3. Anästhesierelevante Anwendungsbereiche

Die Blutgasanalyse sowie die Bestimmung des Bicarbonats dienen nicht nur intra- und postoperativ (z.B. Aufwachraum), sondern auch im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung der Feststellung metabolisch oder respiratorisch bedingter Störungen des Stoffwechsels. Wegen der Dringlichkeit dieser Bestimmungen stehen die entsprechenden Geräte in den meisten Krankenhäusern in unmittelbarer Nähe des Operationssaales, im Aufwachraum oder auf der Intensivstation. Die Bestimmungen werden fast ausnahmslos vom Anästhesisten selbst oder von hierzu speziell ausgebildeten Fachschwestern für Anästhesie unter unmittelbarer Aufsicht des Anästhesisten durchgeführt. Beide Gebühren (Nrn. 3710 und 3715) sind mit der Pauschale abgegolten und können nicht gesondert berechnet werden.

Der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für diese Leistungen ist Bestandteil der Inhalte der Weiterbildungsordnung für das Fachgebiet Anästhesiologie.

Gleiches gilt für die in M III 13 aufgeführten Bestimmungen der Blutgruppenmerkmale nach den Nummern 3980 bis 3983 sowie die Kreuzproben nach den Nrn. 4000 bis 4002. Bereits in einem Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer (vom 27.06.1989) wurde festgestellt: Die Blutgruppenbestimmung, die Bestimmung der Blutgruppenmerkmale sowie die Kreuzprobe "können als während der Weiterbildung zum Gebietsarzt (Anästhesiologie) als erlernt angesehen werden".

Ebenso gehört nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung unter anderem zum Inhalt und Ziel der Weiterbildung für das Fachgebiet Anästhesiologie der "Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dem Bluttransfusions-

wesen". Die Nrn. 3980 bis 3983 und 4000 bis 4002 sind neben Nr. 437 berechnungsfähig.

Diese eingehenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind im Rahmen der anästhesiologischen Behandlung unverzichtbar.

Besitzen Anästhesisten über die im aufgeführten Weiterbildungsinhalt hinausgehende Kenntnisse und Erfahrungen, so können sie entsprechende Leistungen nach M III und M IV, sofern sie diese selbst durchführen (z.B. auf der Intensivstation) oder an ein Zentrallabor delegieren und dort die fachliche Aufsicht führen, im Rahmen der Pauschale nach Nr. 437 bzw. neben der Pauschale (M III 13 und M IV) berechnen.

4. Berechnung von Laborleistungen während Unterbrechung der intensivmedizinischen Behandlung

Laborleistungen, die während einer Unterbrechung der intensivmedizinischen Behandlung z.B. für operative Eingriffe und die hierbei durchgeführten Anästhesien/Narkosen erforderlich sind, können gesondert berechnet werden. In diesen Fällen ist es zweckmäßig, durch Zeitangaben zu verdeutlichen, daß diese Leistungen außerhalb und nicht neben der intensivmedizinischen Überwachung/Behandlung durchgeführt worden sind.

5. Berechnung der 24-Stunden-Dauer

Der in der Legende angegebene Zeitfaktor "bis zu 24 Stunden Dauer" besagt - wie bei Nr. 435 -, daß die Laborleistungen nach Nr. 437, unabhängig vom Kalendertag, bis zu 24 Stunden nur einmal berechnet werden können. Bei der Berechnung der Nr. 437 kommt es nicht darauf an, wann die Laboruntersuchung durchgeführt, sondern daß der Auftrag dazu während der intensivmedizinischen Überwachung/Behandlung erteilt wurde.

6. Splitting der Leistung

Nr. 437 kann nur einmal berechnet werden, auch wenn einzelne Leistungen von Ärzten verschiedener Gebiete erbracht werden, z.B. vom Anäs-

thesisten, vom Internisten oder vom Laborarzt. Die Aufteilung des Honorars bleibt in diesen Fällen einer Vereinbarung zwischen den beteiligten Ärzten vorbehalten.

7. Abrechnungsbeschränkungen

Nr. 437 kann nicht berechnet werden, wenn im Rahmen der intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung innerhalb von 24 Stunden keine Laboruntersuchungen durchgeführt wurden.

Ausgenommen von der Vergütung nach Nr. 437 wurden in der neuen GOÄ Leistungen der Abschnitte M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern). Diese Leistungen können nunmehr gesondert neben Nr. 437 berechnet werden, unbeschadet ob sie unter den oben genannten Voraussetzungen im Labor des eigenen Krankenhauses oder in "Fremdlabors" erbracht werden. Mit dieser Regelung wurden die bisherigen permanenten Streitigkeiten um die Vergütung der Leistungen nach Nr. 437 und denen des Fremdlabors weitgehend, aber nicht vollständig ausgeräumt (vgl. *Brück* zu Nr. 437).

8. Gebührenrahmen

Nr. 437 ist dem "kleinen" Gebührenrahmen zugeordnet worden (§ 5 Abs. 4 GOÄ). Es kann das 1,0 bis 1,3fache (Schwellenwert 1,15fach) der Grundgebühr berechnet werden.