



Hinweise
zur Abrechnung
von anästhesiologischen UV-GOÄ-Nummern
bei ambulanten Operationsleistungen

- Stand Juli 2003 -

Erstellt unter Mitwirkung von

Dr. A. Schleppers

Referat für Gebührenfragen
im Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Landesverband Bayern und Sachsen der
gewerblichen Berufsgenossenschaften
Am Knie 8
81241 München
Tel.: (089) 82 00 3-500, 501, 502
Fax.: (089) 82 00 3-599
E-Mail: Service@Muenchen.LVBG.de

Inhaltsverzeichnis

1. *Allgemeine Hinweise*
2. *Allgemeine UV-GOÄ-Nummern in der Anästhesie*
3. *Fach(arzt)bezogene UV-GOÄ-Nummern in der Anästhesie*

1. Allgemeine Hinweise

Die Abrechnung zwischen Unfallversicherungsträgern und Anästhesisten erfolgt auf der Grundlage des seit 01. Mai 2001 gültigen Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (Vertrag Ärzte/UV) und nach der UV-GOÄ in der Fassung vom 01. Juli 2002.

Die im Falle der Hinzuziehung durch den am Vertrag beteiligten Arzt notwendige anästhesiologische Versorgung umfasst die Tätigkeit, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist und das Gebot der Wirtschaftlichkeit erfüllt (§ 8 Vertrag Ärzte/UV).

Die Abrechnung findet nicht pauschal, sondern im Sinne einer Einzelabrechnung statt.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass nur die Leistungen abrechenbar sind, die in der UV-GOÄ aufgeführt sind. Analogbewertungen und -berechnungen werden nicht anerkannt, außer bei Positionen, die von der Ständigen Gebührenkommission (§ 52 Vertrag Ärzte/UV) festgelegt sind.

Mit dem 01. Mai 2001 wurden die Untersuchungs- und Beratungsgebühren neu strukturiert, nämlich

Nummern 1-5, die eine symptomzentrierte Untersuchung inklusive einer Beratung zu verschiedenen Zeiten beschreiben,

Nummern 6-10, die eine umfassendere Untersuchung mit differenzialdiagnostischen Überlegungen und Beratungen umfassen

Nummern 11-15 als ausschließliche Beratungsleistung.

2. Allgemeine UV-GOÄ-Nummern in der Anästhesie

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	--

Untersuchungs- und Beratungsleistungen

1	Symptomzentrierte Untersuchung und Beratung	Für die Prämedikation und/oder Entlassungsuntersuchung aus dem Aufwachraum. Neben einer Sonderleistung nur einmal (zeitgleich) im Behandlungsfall berechenbar	Häufigkeit: regelmäßig
6	Umfassende Untersuchung und Beratung	Für die Prämedikation und/oder Entlassungsuntersuchung aus dem Aufwachraum. Im Behandlungsfall maximal dreimal berechenbar	Häufigkeit: selten
11	Beratung	Entlassgespräch aus dem Aufwachraum - Patientenaufklärung über Teilnahme am Straßenverkehr etc. als alleinige Leistung	

Visiten und Verweilgebühr

45	Visite im Krankenhaus	Bei stationären Patienten als alleinige Leistung im Rahmen der postanästhesiologischen Visite am Nachmittag/Abend des Operationstages erforderlich. Unabhängig von den Leistungen im Aufwachraum berechenbar. Im Einzelfall auch im Rahmen der postoperativen schmerztherapeutischen Versorgung durch den Anästhesisten an Folgetagen	Häufigkeit: im stationären Bereich regelmäßig einmal postoperativ
46	Zweitvisite	Für den Anästhesisten in der Regel nur bei besonderen Vorkommnissen oder besonderen Therapien (Schmerztherapie) erforderlich	Häufigkeit: selten
56	Verweilgebühr	Berechenbar für die Überwachungsleistung im Aufwachraum, alternativ können die Einzelleistungen im Aufwachraum (z. B. 1x Nr. 6, 1 x 11, ggf. 602, 261 etc.) berechnet werden. In der jetzigen Form ist die Berechnungsmöglichkeit der Verweilgebühr ausschließlich abgestellt auf Dauer des Verweilens ohne Erbringung ärztlicher Leistungen nicht sachgerecht geregelt. Zeitweises, wiederkehrendes Verweilen mit Erbringen von Einzelleistungen wird nicht berücksichtigt. Dem soll durch die jetzige Regelung – vorbehaltlich späterer Beschlussfassung durch die Ständige Gebührenkommission – Rechnung getragen werden.	.
60a	Konsilium	Für das Routinegespräch zwischen Operateur und Anästhesist nicht berechenbar.	Häufigkeit: gelegentlich
71 bis 91	Wegegeld Besuchsgebühren	Nicht berechenbar für das Aufsuchen des eigenen Arbeitsplatzes - auch nicht, wenn dieser in der Praxis eines anderen Arztes, einem Operationszentrum etc. liegt.	berechenbar nur in Einzelfällen - Notfalleingriff, Besuch des Patienten bei postoperativer Betreuung (Schmerzen etc.)
200 bis 247	Verbände	Nur in Ausnahmefällen für den Anästhesisten berechenbar (z. B. Druckverband nach Arterienpunktion (Nr. 203A)), nicht berechenbar für Augenpflaster und Verbände nach Punktionen oder Katheterentfernungen	Häufigkeit: selten

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	---

Injektionen, Infusionen, Transfusionen

252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	<u>Während der Anästhesie:</u> Abrechenbar bei Verabreichung anästhesieunabhängiger Medikamente (z. B. Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.) <u>Im Aufwachraum:</u> Abrechenbar bei Verabreichung aller Medikamente (z. B. Schmerzmedikamente (Novalgin, Dipidolor, Dolantin etc.), Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.)	nur einmal je Medikament und Applikation berechenbar
261	Injektion in parenteralen Katheter	<u>Während der Anästhesie:</u> Abrechenbar bei Verabreichung anästhesieunabhängiger Medikamente (z. B. Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.). Auch berechenbar für Anästhesiemedikamente (z. B. Disoprivan) während eines Stand by. Medikament ist in der Rechnung anzugeben. <u>Im Aufwachraum:</u> Abrechenbar bei Verabreichung aller Medikamente (z. B. Schmerzmedikamente (Novalgin, Dipidolor, Dolantin etc.), Antiemetika, Antihypertonika, Vasopressoren etc.)	Nur einmal berechnungsfähig für alle im zeitlichen Zusammenhang erfolgenden Einbringungen von auch unterschiedlichen Arzneimitteln mit verschiedenen Spritzen in den Katheter; mehrfach bei nicht im zeitlichen Zusammenhang stehenden Einbringungen (über den Tag verteilt).
271	Infusion bis 30 Minuten	Bis zu zweimal berechenbar bei getrennten Gefäßzugängen. In der ambulanten Anästhesie nur im Einzelfall zweimal berechenbar. Berechenbar für Kurzinfusionen (z. B. Antibiotika), Angabe des Medikamentes erforderlich.	Häufigkeit: häufig, bis zu zweimal / Tag
272	Infusion über 30 Minuten	Bis zu zweimal berechenbar bei getrennten Gefäßzugängen. In der ambulanten Anästhesie nur im Einzelfall zweimal berechenbar, Angabe des Medikaments erforderlich.	Häufigkeit: häufig bis zu zweimal / Tag
274	Infusion über 6 Stunden	Berechenbar für die postoperative Infusionstherapie (auch Schmerzinfusion) im stationären Bereich. Im ambulanten Bereich nur im Einzelfall bei ausgedehnten Volumenverlusten berechenbar.	einmal je Tag berechenbar
277	Infusion intraarteriell bis 30 Minuten	Im Zusammenhang mit der Anlage arterieller Katheter zur invasiven Blutdruckmessung, Indikation z. B. Herzerkrankungen, schwerwiegende pulmonale Erkrankungen, ausgedehnte Operationen, hohe Volumenverluste. Nur in Ausnahmefällen im ambulanten Bereich berechenbar.	Häufigkeit: selten
278	Infusion intraarteriell über 30 Minuten	Im Zusammenhang mit der Anlage arterieller Katheter zur invasiven Blutdruckmessung, Indikation z. B. Herzerkrankungen, schwerwiegende pulmonale Erkrankungen, ausgedehnte Operationen, hohe Volumenverluste. Nur in Ausnahmefällen im ambulanten Bereich berechenbar.	Häufigkeit: selten
280	Bluttransfusion erste Konserve	Berechenbar für die erste Bluttransfusion einschließlich bedside test. Nur in Ausnahmefällen im ambulanten Bereich berechenbar.	Häufigkeit: gelegentlich
282	Bluttransfusion jede weitere Konserve	Berechenbar für jede weitere Bluttransfusion einschließlich bedside test. Nur in Ausnahmefällen im ambulanten Bereich berechenbar.	Häufigkeit: gelegentlich

3. Fach(arzt)bezogene UV-GOÄ-Nummern in der Anästhesie

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	---

Intensivtherapie, Notfälle, Transporte

427	Assistierte Beatmung bis zu 12 Stunden	Nicht berechenbar neben 462 / 463. Berechenbar jedoch für die Transportbeatmung vom OP auf die Intensivstation (Zeitangabe erforderlich) nach einer Allgemeinanästhesie nach den Nrn. 462 / 463. Berechenbar für die Beatmungsleistung auf der Intensivstation.	Transportbeatmung: einmal je Transportbeatmung
428	Assistierte Beatmung mehr als 12 Stunden, je Tag	Nicht berechenbar neben 462 / 463. Berechenbar für die Beatmungsleistung auf der Intensivstation.	Intensivtherapie: einmal je Tag
429	Wiederbelebung		Häufigkeit: Einzelfall
430	Defibrillation		Häufigkeit: Einzelfall
433	Ausspülung des Magens		Häufigkeit: Einzelfall

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	---

Anästhesieleistungen

450	Rauschnarkose - auch mit Lachgas	Die Rauschnarkose wird unter Anwendung von Lachgas ohne Rückatmung, zur Durchführung kurzer Eingriffe (z. B. Abszeßinzision, Reposition von Frakturen) durchgeführt. Dieses Verfahren ist heute weitgehend überholt.	
451	Intravenöse Kurznarkose	Bei der intravenösen Kurznarkose wird eine zentrale Bewusstseins- und Schmerzausschaltung mittels einmalig intravenös verabreichter kurz- bzw. ultrakurz wirkender Narkotika erreicht. Bei einmaliger Applikation dauert die Narkose meist nur wenige Minuten. Dies ist ein vorwiegend bei kurzdauernden, ambulanten Eingriffen (z. B. Abszeßinzision, Reposition von Frakturen oder Schulterluxationen) häufig angewandtes Verfahren. Die intravenöse Applikation des Narkotikums ist mit der Gebührennummer abgegolten und nicht gesondert nach den Nrn. 253 oder 261 berechenbar.	Routinemäßige Notwendigkeit: - Verweilkanüle - Infusionslsg./besteck - div. Medikamente
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	Werden Narkosemittel mehrmals hintereinander intravenös appliziert, z. B. wenn der geplante Kurzeingriff länger dauert als vorgesehen, beim Verbandwechsel von schmerzenden Wunden (Verbrennungen) oder im pädiatrischen Bereich sowie bei Kontraindikationen gegen Inhalationsnarkotika, so kann Nr. 452 berechnet werden.	siehe 451
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose - , bis zu einer Stunde	Bei der Kombinationsnarkose werden typischerweise mehrere Medikamente zur Erzielung der zentralen Schmerz- und Bewusstseinsausschaltung kombiniert. Das hierzu verwandte Gerät (Narkosegerät) ermöglicht eine exakte Dosierung der Narkosegase und Steuerung der Narkosetiefe. Häufig werden bei den Kombinationsnarkosen zur schnelleren Erzielung einer ausreichenden Narkosetiefe Inhalationsanästhetika mit intravenösen Anästhetika kombiniert; die Kombinationsnarkose kann jedoch auch als totale intravenöse Anästhesie (TIVA) durchgeführt werden. Hierbei ist die intravenöse Injektion in der Anästhesieleistung enthalten und kann nicht gesondert nach Nr. 253 oder 261 berechnet werden. Eine Beatmung während der Narkose ist fakultativer Bestandteil der Leistung und nicht gesondert berechenbar. Das Verfahren der Maskennarkose wird häufig bei kurzdauernden Eingriffen angewendet wie z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Inzisionen, Punktionen • Verbandwechsel • Repositionen 	Routinemäßige Notwendigkeit: - Verweilkanüle - Infusionslsg./besteck - Perfusorleitungen (nur bei intravenöser Anästhesie) - Bakterienfilter - Absaugkatheter - Rückschlagventil - div. Medikamente

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät - auch Insufflationsnarkose - , jede weitere angefangene halbe Stunde	Dauert die Kombinationsnarkose länger als 1 Stunde, so ist für jede weitere angefangene ½ Stunde Nr. 461 <i>zusätzlich</i> zu Nr. 460 zu berechnen. Zur Narkosedauer: vgl. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt D der UV-GOÄ.	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation bis zu einer Stunde	<p>Dieses Anästhesieverfahren unterscheidet sich von der Leistung nach Nr. 460 durch die endotracheale Intubation, die oral, nasal oder via Tracheostoma durchgeführt wird; hierunter fällt auch die Jet-Injektor-Methode und die Larynxmaske. Durch die Intubation wird, im Gegensatz zur Maskennarkose, die Freihaltung der Atemwege gewährleistet und eine assistierte oder kontrollierte Beatmung ermöglicht.</p> <p>Die Leistung nach Nr. 462 wird meist in einer Kombination aus einem Gasgemisch (Insufflation, Maske) und/oder durch intravenös applizierte Medikamente (z. B. Hypnotika, Analgetika, Sedativa, Tranquillizer) durchgeführt. Für die Intubation ist in der Regel zusätzlich die Anwendung von Muskelrelaxantien erforderlich. Die dazu erforderlichen Applikationen von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien, sowie Anästhesieantidoten sind nicht gesondert berechenbar, sondern Bestandteil der Leistungen des jeweiligen Anästhesieverfahrens.</p> <p>Gleiches gilt für die während der Intubationsnarkose durchgeführte assistierte oder kontrollierte Beatmung sowie die Messung der Beatmungsparameter. Gesondert berechnet werden kann Nr. 427 bzw. 428 nur dann wenn die Beatmung nach Beendigung der Narkose („10 Minuten nach Operationsende“) fortgeführt oder neu begonnen werden muss. Z. B. bei Beatmung während des Transports auf die Intensivstation.</p> <p>Anteilige Kostenübernahme für die Larynxmaske: Die Larynxmaske stellt eine moderne alternative Möglichkeit zur Sicherung der Luftwege in speziellen Situationen - bevorzugt bei kurzen peripheren Operationen in Allgemeinanästhesie - dar. Dieses Anästhesieverfahren unterscheidet sich von der klassischen Intubationsnarkose durch die fehlende endotracheale Intubation. Stattdessen wird durch die Platzierung einer Larynxmaske oberhalb der Glottis die Freihaltung der Atemwege gewährleistet und eine assistierte oder kontrollierte Beatmung ermöglicht. Diese Leistung wird meist in einer Kombination aus einem Gasgemisch (Insufflation, Maske) und/oder durch intravenös applizierte Medikamente (z. B. Hypnotika, Analgetika, Sedativa, Tranquillizer) durchgeführt. Im Gegensatz zur endotrachealen Intubation kann bei der Intubation mit einer Larynxmaske in der Regel auf die Anwendung von Muskelrelaxantien verzichtet werden.</p> <p>Die Larynxmaske stellt zwar keinen „Einmalartikel“ im Sinne der allgemeinen Bestimmungen des BGNT (§ 2 Abs. 3 Nr. 5) dar, jedoch ist über eine sehr eng beschriebene und vom Hersteller genehmigte Resterrisierungsrate von 30 die Wiederverwendbarkeit dementsprechend eingeschränkt. Da dieses Verfahren statt Beatmungstubus (Kosten derzeit ca. 8,- €) angewandt wird und in der Mehrzahl der Fälle auf die Muskelrelaxantien verzichtet werden kann, bestehen keine Bedenken, die Kosten für die Larynxmaske anteilig zu berechnen (Kaufpreis derzeit ca. 90,- €, ergibt bei 30 Einsätzen ca. 3,- € anteilige Materialkosten).</p>	<p>siehe 460</p> <p>Routinemäßige Notwendigkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubus oder - Larynxmaske (anteilig berechenbar mit zur Zeit ca. 3,- €; vorbehaltlich späterer Beschlussfassung durch den ständigen Ausschuss BGNT)

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	Dauert die Kombinationsnarkose nach Nr. 462 länger als 1 Stunde, so ist Nr. 463 für jede weitere angefangene ½ Stunde <i>zusätzlich</i> berechenbar.	
469	Kaudalanästhesie	Die Leistung nach Nr. 469 umfasst die regionale Schmerzausschaltung im Sakralbereich mittels Einspritzen von Medikamenten (z. B. Lokalanästhetika, Analgetika, Alkohol) in den Periduralraum durch den Hiatus sacralis oder die Foramina sacralia V (transsakraler Block). Neben der Leistung nach Nr. 469 ist in gleicher Sitzung Nr. 259 nicht gesondert berechenbar.	Routinemäßige Notwendigkeit: - Verweilkanüle - Kaudalnadel - Spinalnadel - Infusionslsg./besteck - div. Medikamente
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	Die Leistung umfasst die regionale Schmerzausschaltung durch einmaliges (einzeitiges) Einspritzen von Medikamenten (z. B. Lokalanästhetika, Analgetika) in den <ul style="list-style-type: none"> • Subarachnoidalraum, lumbal • Peridural-(Epidural-)raum, zervikal, thorakal oder lumbal bis zu 1 Stunde Dauer.	Routinemäßige Notwendigkeit: - Verweilkanüle - Spinalnadel - PDA-Nadel - Infusionslsg./besteck - div. Medikamente
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer	Dauern Einleitung und Überwachung einer Regionalanästhesie nach Nr. 470 länger als 1 Stunde, so ist Nr. 471 berechenbar; dauern sie länger als 2 Stunden, so ist Nr. 472 zu berechnen (in der Regel nur bei operativen Eingriffen). Diese Nummern sind <i>keine</i> Zusatznummern zu Nr. 470; es können je nach Zeitdauer nur entweder 470 oder 471 oder 472 berechnet werden.	siehe 470
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer		
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer	Diese Anästhesieverfahren unterscheiden sich von der Leistung der Nr. 470 durch die mehrmalige oder kontinuierliche Applikation des Anästhetikums mittels Katheter bis zu einer Anästhesiedauer von 5 Stunden (Nr. 473) bzw. von mehr als 5 Stunden Dauer (Nr. 474). Nr. 473 kann auch am gleichen Tag neben einer Kombinationsnarkose (Nrn. 460 bis 463) abgerechnet werden, wenn sie <i>unabhängig</i> von dieser ausschließlich zur postoperativen Schmerzausschaltung erbracht und der Katheter vor oder nach der Narkose angelegt worden ist. In diesen Fällen empfiehlt sich die Angabe der jeweiligen Zeiten in der Rechnung.	siehe 470 Routinemäßige Notwendigkeit: PDA-Katheterset (PDA-Nadel, Katheter, Adapter, Filter...)
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer		
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	Die Nummer 475 ist eine Zusatznummer zu Nr. 474 und für den zweiten Tag und jeden weiteren Tag je Tag (Kalendertag) berechenbar. Sie kann für jeden zweiten und jeden weiteren Tag auch nach Kombinationsnarkosen (Nrn. 460 bis 463) zur postoperativen Schmerzausschaltung berechnet werden. In der Rechnung sollten die jeweiligen Zeiten angegeben sein.	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	<p>Armplexusanästhesie Mit der Nr. 476 wird die regionale Schmerzausschaltung der oberen Extremitäten durch Umspritzung des Armplexus mittels eines Lokalanästhetikums im supraklavikulären oder axillären Bereich vergütet. Das Lokalanästhetikum wird einmalig durch eine Kanüle appliziert. Gleichermäßen ist die Einleitung und Überwachung einer interscalenären oder infraclaviculären Plexusanästhesie nach Nr. 476 berechenbar.</p> <p>Ist für das Anlegen einer Blutleere eine gesonderte Schmerzausschaltung (z. B. „Halbring“) erforderlich, so kann hierfür Nr. 491 zusätzlich berechnet werden.</p>	siehe 470 Routinemäßige Notwendigkeit: Plexuskatheterset (Stimulationsnadel, Katheter, Adapter, Filter...)
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, je weitere angefangene Stunde	<p>Dauert die Überwachung einer Regionalanästhesie nach Nr. 476 länger als 1 Stunde, so ist für jede weitere Stunde Nr. 477 zusätzlich zu Nr. 476 berechenbar.</p> <p>Berechenbar ist Nr. 477 auch für die Überwachung einer interscalenären oder infraclaviculären Armplexusanästhesie.</p>	Routinemäßige Notwendigkeit: Plexuskatheterset (Stimulationsnadel, Katheter, Adapter, Filter...)
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	<p>Schmerzausschaltung durch intravenöse Injektion eines Lokalanästhetikums in eine abgebundene Extremität; bis zu 1 Stunde Dauer.</p> <p>Gefäßerweiternde Maßnahmen zur Erleichterung der Punktion, wie z. B. eine Hyperämisierung (Wärmebad, Einreibungen) sowie das Abbinden der jeweiligen Extremität (Nr. 2029) sind Bestandteile des Anästhesieverfahrens und nicht gesondert berechenbar.</p>	Routinemäßige Notwendigkeit: - Verweilkanüle - Infusionslsg./besteck - div. Medikamente
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	Dauert die Schmerzausschaltung nach Nr. 478 länger als 1 Stunde, so ist für jede weitere angefangene Stunde Nr. 479 zusätzlich zu Nr. 478 berechenbar.	
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung	Im Rahmen einer ambulanten Anästhesie eher selten (häufiger bei z. B. HNO-Operationen), nur bei gezielter Blutdrucksenkung durch z. B. Applikation spezieller Medikamente und intensivem Druckmonitoring (invasive Druckmessung oder im Einzelfall auch kontinuierliche nicht invasive Druckmessung). Indikationen z. B.: Orthopädie (Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe) Neurochirurgie, HNO	Häufigkeit: ambulant in seltenen Einzelfällen stationär abhängig von Indikation – eher selten
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose	Nr. 481 vergütet die gezielte und kontrollierte medikamentöse und/oder physikalische Senkung der Körperkerntemperatur einschließlich aller hierfür erforderlichen Maßnahmen, auch zur Wiedererwärmung, sowie der routinemäßigen Überwachung der vitalen Funktionen. Sie dient der Minderung der Stoffwechselfvorgänge und reduziert den Sauerstoffbedarf, z. B. bei kardiologischen Eingriffen.	
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte - ggf. einschließlich des Rachens - auch beidseitig		

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	<p>Die Leistungen nach den Nrn. 484, 485 und 489 umfassen eine örtliche Schmerzausschaltung (Oberflächenanästhesie) durch Betupfen oder Besprühen mit einem Lokalanästhetikum.</p> <p>Werden diese Lokalanästhesien als selbständige ärztliche Leistungen im Rahmen von Eingriffen oder Nebeneingriffen in den beschriebenen Gebieten erforderlich, z. B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronchoskopien (Nrn. 677, 678), • Entfernung von Fremdkörpern (Nrn. 1508, 1528), • Intubationen (Nr. 1529), • Laryngoskopien (Nr. 1530), • endobronchialer Behandlung mit weichem Rohr, z. B. Absaugen bei Sekretüberflutung oder Aspiration (Nr. 1532), <p>so sind sie gesondert berechnungsfähig.</p> <p>Werden diese Lokalanästhesien dagegen vor einer oralen oder nasalen Intubationsnarkose oder Narkosebronchoskopie durchgeführt, sind die Leistungen nach den Nrn. 484, 485 und 489 nicht gesondert berechenbar. In diesen Fällen ist die Lokalanästhesie Teilleistung des eigentlichen Verfahrens und mit der Gebühr für dieses abgegolten.</p> <p>Nicht berechenbar sind nach den o.g. Nummern die Schmerzausschaltungen der Hautoberfläche (z. B. durch Vereisung) sowie der Binde- und Hornhaut des Auges durch Auftropfen eines Lokalanästhetikums.</p>	
485	Lokalanästhesie des Trommelfelles und/oder der Paukenhöhle	<p>Örtliche Schmerzausschaltung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle; sie wird in der Regel vom Hals-Nasen-Ohren-Arzt selbst ausgeführt.</p> <p>Nr. 485 kann nicht berechnet werden für das Einträufeln anästhetischer Ohrentropfen in den äußeren Gehörgang, da hiermit der Leistungsinhalt nicht erfüllt wird.</p> <p>Im Übrigen: siehe Erläuterungen zu Nr. 484</p>	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	<p>Die Instillation eines Lokalanästhetikums in die Harnröhre und/oder Harnblase, z. B. zum Einlegen eines Blasenkatheters als eingeständige ärztliche Leistung wird nach Nr. 488 vergütet.</p> <p>Wird der Blasenkatheter vor Beginn einer Narkose gelegt, so ist die Instillation eines Lokalanästhetikums in der Harnröhre als selbständige und vom eigentlichen Narkoseverfahren unabhängige Leistung gesondert berechenbar. Gleiches gilt, wenn die Lokalanästhesie für das Legen eines Blasenkatheters vor oder während einer örtlichen oder regionalen Schmerzausschaltung (Lokalanästhesie) erforderlich wird.</p> <p>Die Anwendung eines anästhesiehaltigen Gleitmittels anstelle einer gesonderten Instillation eines Lokalanästhetikums kann nicht nach Nr. 488 berechnet werden.</p>	
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes - ggf. einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens -	Siehe Erläuterungen zu Nr. 484	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	<p>Berechenbar für die Anlage von Gefäßzugängen (peripher und zentral) besonders bei wachen und/oder schmerzempfindlichen Patienten. Anlage muss mind. 10 Minuten vor Operationsbeginn, bzw. mind. 10 Minuten nach Operationsende durchgeführt werden.</p> <p>Unter der Leistung nach Nr. 490 versteht man die örtliche Schmerzausschaltung durch Infiltration kleiner Bezirke mit einem Lokalanästhetikum für gesondert berechnungsfähige Eingriffe, auch Nebeneingriffe, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anlegen eines venösen oder arteriellen Zugangs, z.B. für die Applikation anästhesieunabhängiger Infusionen, • Durchführung einer Venae sectio, • Punktieren der Brust- oder Bauchhöhle, • Anlegen einer suprapubischen Fistel, <p>aber auch zur Schmerzbehandlung; sinngemäß gleicher Auffassung <i>Brück</i> zu Nr. 490.</p> <p>Wird eine Infiltrationsanästhesie z.B. im Rahmen der Anlage eines venösen oder arteriellen Zugangs vor einer Anästhesieleistung durchgeführt, so empfiehlt sich in der Rechnung die Angabe der Uhrzeit. Hiermit wird verdeutlicht, dass die Leistungen nicht nebeneinander (Ausschluss in Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen), sondern nacheinander durchgeführt wurden.</p> <p>Ist es erforderlich, mehrere kleine Bezirke (z.B. bei verschiedenen Hautverletzungen) zu betäuben, so kann Nr. 490 entsprechend mehrmals berechnet werden (so sinngemäß auch <i>Brück</i> und <i>Wessel/Liebold</i> zu Nr. 490).</p> <p>Diese Leistung ist nicht berechenbar, wenn sie unmittelbar der Einleitung eines höher bewerteten Anästhesieverfahrens dient, z.B. der Applikation einer Spinal- oder Periduralanästhesie oder der intravenösen Anästhesie einer Extremität.</p>	
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikal-anästhesie -	Örtliche Schmerzausschaltung durch Infiltration großer Bezirke mit einem Lokalanästhetikum	
493	Leitungsanästhesie, perineural - auch nach Oberst -	<p>Örtliche Schmerzausschaltung durch Injektion eines Lokalanästhetikums in den perineuralen Bereich (in die Umgebung der Nerven). Müssen mehrere Nerven verschiedener Versorgungsbereiche ausgeschaltet werden, so kann Nr. 493 entsprechend mehrfach berechnet werden.</p> <p>Bei der Oberst'schen Anästhesie wird das Lokalanästhetikum beiderseits des Grundgliedes eines Fingers oder einer Zehenwurzel injiziert. Hierbei ist die Nr. 493 nur einmal je infiltriertem Finger oder Zehe berechenbar.</p>	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
494	Leitungsanästhesie, endoneural - auch Pudendusanaästhesie -	Örtliche Schmerzausschaltung durch gezielte Injektion eines Lokalanästhetikums in die Nervenscheide. Werden mehrere Nerven blockiert, ist Nr. 494 entsprechend auch mehrfach berechenbar.	
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	Augenärztliches Anästhesieverfahren, das auch von Anästhesisten durchgeführt wird. Da es sich um eine Spezialbestimmung handelt, können andere Gebührennummern keine Anwendung finden. Insbesondere kann weder eine perineurale (Nr. 255) oder peridurale Injektion (Nr. 256), noch eine Periduralanästhesie (Nrn. 470 bis 472) berechnet werden.	
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	Blockaden des sympathischen Teiles des vegetativen Nervensystems sind etablierter Bestandteil der Therapie verschiedener Erkrankungen. Weiter werden sie als diagnostische Methoden zur Verifizierung der Genese bei einer Reihe von Schmerzerkrankungen eingesetzt.	
498	Blockade des Truncus sypathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	<p>So kann eine Sympatikusblockade u. a. bei der Behandlung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropathischen Stumpfschmerzen • Phantomschmerzen • CRPS • Trigeminusneuropathie • Trigeminusneuralgie • Herpes zoster • Postzosterische Neuralgie <p>indiziert sein.</p> <p>Wird in einer Sitzung sowohl eine Blockade am lumbalen Grenzstrang als auch am Ganglion stellatum bzw. am thorakalen Grenzstrang als auch am Plexus solaris durchgeführt, so kann die Nr. 497 zweimal berechnet werden.</p> <p>Eine gesonderte Lokalanästhesie der Haut kann neben der Nr. 497 nicht zusätzlich nach Nr. 490 berechnet werden.</p> <p>Medikamentöse Infiltrationsbehandlungen nach den Nrn. 267 und 268 sind nicht zusätzlich neben einer Leistung nach Nr. 497 für eine Grenzstrangblockade berechenbar.</p> <p>Die Nrn. 497 und 498 sind, unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen, auch bei Durchführung im Rahmen einer Arzt - Patienten - Begegnung berechenbar, da die Leistungen nicht nebeneinander, sondern hintereinander erbracht werden. Es empfiehlt sich die Angabe der Zeiten in der Rechnung.</p>	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	---

Innere Medizin

602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) - ggf. einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung -	Einsatz zur Riskikominimierung bei beatmeten Patienten (insbesondere bei Kindern, alten Patienten, intubierten Patienten, Patienten mit kardiopulmonalen Vorerkrankungen (Herzinsuff., Asthma, COLD Anämie, Bronchitis etc.) Prinzipiell berechenbar prä-, intra- und postoperativ, da es sich um verschiedene Arzt-Patientenkontakte handelt. Häufig einmal intraoperativ und einmal postoperativ (Aufwachraum). Im Einzelfall auch einmal präoperativ (bei entsprechender Anamnese mit pulmonalen - kardiologischen Erkrankungen - bei völlig unauffälliger Anamnese nicht präoperativ berechenbar).	Häufigkeit: häufig, einmal intraoperativ und einmal postoperativ (Aufwachraum) Im Einzelfall auch einmal präoperativ
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - ggf. einschließlich Phasenwinkelbestimmung und ggf. einschl. fortlaufender Registrierung <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 604 sind die Leistungen nach Nummer 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>	Diese Ziffern können nur in sehr seltenen Ausnahmefällen neben einer Anästhesieleistung (insb. 462/463) berechnet werden. Lediglich bei Patienten, die in der Anamnese Hinweise auf Lungenerkrankungen zeigen (z. B. Raucher, Asthma, Allergiker, Bronchitis, COLD, etc.) können diese Leistungen in der präoperativen Diagnostik erbracht und dann berechnet werden.	Häufigkeit: sehr selten
605	Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden		
605a	Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -		
606	Spiroergometrische Untersuchung - einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und ggf. einschließlich Oxymetrie -		
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)		
608	Ruhespirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt		
609	Bestimmung absolute und relative Einsekundenkapazität		

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
617	Gasanalyse in der Expirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	Berechenbar bei Vorliegen von pulmonalen, kardialen, allergischen Begleiterkrankungen, schwierigen Intubationen, besonderen Operationsverfahren und -lagerungen (Laparoskopien, Bauchlagen, extreme Steinschnittlage, etc.) Nicht berechenbar für das Routinemonitoring.	Häufigkeit: häufiger
638	Punktueller Arterien- und/oder Venenpulsschreibung	Keine Leistung im Rahmen einer Anästhesie Nicht berechenbar für die Routine-Blutdruckmessung.	Häufigkeit: nie
643	Periphere Arteriendruckmessung	Nicht berechenbar für die Routine-Blutdruckmessung.	
646	Hypoxietest	siehe Erläuterung zu 638	Häufigkeit: nie
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden - einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz -	Nur in seltenen Einzelfällen berechenbar - dann nur im Zusammenhang mit z. B. Pulmonalkatheteranlage. Im ambulanten Bereich keine Indikation.	
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle - ggf. als Notfall-EKG -	Berechenbar, wenn 1. eine medizinische Indikation vorliegt, oder wenn auf Grund des Gesamtbildes mit einer Komplikation gerechnet werden muss (Rhythmusstörungen prä-, intra und postoperativ) und 2. das EKG registriert wurde (Streifen, Bild, Computerausdruck etc.) Kann im Einzelfall bis zu dreimal berechnet werden. Einmal im Rahmen der präoperativen Diagnostik (bei entsprechender Anamnese), einmal während der Anästhesie und einmal im Aufwachraum, wenn hier weiterhin oder erneut kardiale Instabilitäten / Komplikationen auftreten (es handelt sich um verschiedenen Arzt-Patientenkontakte)	Häufigkeit: häufiger

Neurologie

832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	Bei Vorliegen entsprechender Grunderkrankungen (Muskelerkrankungen, Nervenerkrankungen) oder gravierende pathophysiologische Zustände (z. B. Unterkühlung), welche die Wirkdauer von Muskelrelaxantien beeinflussen. Nicht berechenbar im Zusammenhang mit Larynxmasken	Häufigkeit: selten
838	Elektromyographische Untersuchung	In der Regel nicht im Rahmen einer Anästhesieleistung berechenbar.	

Nr.	Leistung	Erläuterung	ggf. Bemerkungen (zur Häufigkeit etc.)
-----	----------	-------------	---

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1530	Laryngoskopie	<p>Die Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop ist nur im Rahmen gezielter diagnostischer Fragestellungen berechenbar. Im Rahmen einer Intubationsnarkose ist die Untersuchung des Kehlkopfes mittels Laryngoskop ein Bestandteil dieser Leistungen und nicht neben diesen Leistungen berechenbar (ebenso Brück zu Nr. 1530). Nicht berechenbar für die routinemäßige Absaugung des Rachens am Ende einer Intubationsnarkose.</p> <p>Im Rahmen eines Wiederbelebungsversuches nach Nr. 429 und Nr. 1040 ist die Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop Leistungsbestandteil dieser Nummern und nicht gesondert nach Nr. 1530 berechenbar.</p> <p>Kommt es postoperativ beim extubierten Patienten, z. B. nach blutreichen Eingriffen im Kopf / Halsbereich zu einer Ansammlung von Sekret / Blut im Larynx oder einem postoperativen Stridor mit der Gefahr der Beeinträchtigung des pulmonalen Gasaustauschs, kann in diesem Fall eine Laryngoskopie des Kehlkopfes, z. B. im Aufwachraum, eine gesonderte Leistung mit dem Ziel der Lokalisation der Blutungsquelle oder der Erkennung der Ursache des Stridors zur Beseitigung der akuten Atemnot oder der akuten pulmonalen Gasaustauschstörung eine lebensrettende Maßnahme darstellen. Eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Blut- und/oder Schleimentfernung aus dem Larynx ist Leistungsbestandteil der Nr. 1530 und nicht gesondert berechenbar.</p>	<p>Häufigkeit:</p> <p>Intraoperativ sehr selten</p> <p>Postoperativ in bestimmten Einzelfällen</p>
------	---------------	--	--

Laboratoriumsuntersuchungen

3550 3555 3556 3557 3558 3560	Blutuntersuchungen	<p>Im Rahmen der präoperativen Diagnostik ist die Analyse dieser Werte dem Minimalstandard zuzurechnen, der der Erkennung präoperativer Erkrankungen - auch bei unauffälliger Anamnese - dient. Durch die Analyse dieser Werte können Zwischenfälle während der Anästhesie deutlich reduziert werden.</p> <p>Die nochmalige Berechnung der Nr. 3560 während der Anästhesie ist bei anamnestisch unauffälligen Patienten nicht erforderlich und wird nur bei speziellen Indikationen notwendig (Diabetes, langdauernde Operationen, hohe Volumenverschiebungen, sehr alte Patienten etc.).</p>	
3710		Die routinemäßige Erbringung einer Blutgasanalyse ist nicht berechenbar. Hierzu müssen bestimmte medizinische Indikationen, z. B. Herz-/ Lungenerkrankungen oder Beatmungsprobleme etc. vorliegen.	
3605 3607		Aus anästhesiologischer Sicht indiziert bei Regional-Anästhesieverfahren	

Redaktion:

Landesverband Bayern und Sachsen
der gewerblichen Berufsgenossen-
schaften

Am Knie 8
81241 München
Tel.: 0 89/8 20 03-501
Fax: 0 89/8 20 03-599
E-Mail: service@muenchen.lvbg.de