

10.

Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen

Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht

RdErl. des Finanzministeriums vom 10. Dezember 1997
— B 3100 — 3.1.6 — IV A 4 —

I.

Nach § 3 Abs. 1 BVO sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBL I S. 210). Nach § 1 Abs. 2 GOÄ darf der Arzt Vergütungen grundsätzlich nur für solche Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Soweit er darüber hinaus Leistungen berechnet, die er auf Verlangen des Patienten erbracht hat, sind die entsprechenden Gebühren keine notwendigen und angemessenen Aufwendungen im Sinne des § 3 Abs. 1 BVO.

Zur GOÄ gebe ich folgende Hinweise:

1. Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemäßt sich die **Höhe der einzelnen Gebühr** nach dem Einfachen bis Dreieinhalbäfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen — § 5 Abs. 3 GOÄ — nach dem Einfachen bis Zweieinhalbäfachen sowie bei Laborleistungen — § 5 Abs. 4 GOÄ — nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert (2,3/1,8/1,15), so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, daß Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ angegebenen Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muß also ersichtlich sein, daß die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im allgemeinen eine stichwortartige Kurzgründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind.

Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (wie z. B. bei der Nr. 2382).

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. 2. 1994 — 2 C 10.92 — (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30. 5. 1996 — 2 C 10.95 — (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, daß die Beihilfeststellungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

- 1.1 Das Überschreiten der Schwellenwerte rechtfertigen hinsichtlich der unter Nr. 1 aufgeführten Bemessungskriterien grundsätzlich nur solche Besonderheiten, die in der Person des Patienten liegen (**patientenbezogene Bemessungskriterien**), z. B. besondere Erschwerung einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.
- 1.2 Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen im übrigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (**leistungsbezogene Begründungen**). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlaß für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.
- 1.3 Werden von Krankenhausärzten (auch Belegärzten) **Leistungen bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen** erbracht, so rechtfertigt dies für sich allein nicht das Überschreiten der Schwellenwerte.
- 1.4 Bei Leistungen, die mittels medizinischer Großgeräte erbracht werden (z. B. **Computertomographie** — Nr. 5369—5375 —), ist zu beachten, daß die Gebühr einen hohen Sachkostenanteil enthält und ein Steigerungssatz sich auch auf diesen Anteil erstreckt. Aus diesem Grund kann die persönliche Leistung des

Arztes auch bei überdurchschnittlichen Schwierigkeiten und überdurchschnittlichem Zeitaufwand bei der Auswertung der Untersuchung im allgemeinen innerhalb der Regelspanne ausgeglichen werden, so daß ein Überschreiten dieser Spanne regelmäßig nicht gerechtfertigt ist.

- 1.5 Die **Begründung für die Überschreitung von Schwellenwerten** ist nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ auf Verlangen des Patienten näher zu erläutern. Besteht bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie unter Darlegung der Zweifel den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt erläutern zu lassen. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so kann ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes eingeholt oder der Beihilfeberechtigte auf die Möglichkeit hingewiesen werden, die Ärztekammer um Vermittlung zu bitten.
- 1.6 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ kann durch Vereinbarung eine von der Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (**Abdingung**); dies gilt nicht für Notfall- und akute Schmerzbehandlungen sowie Leistungen nach den Abschnitten A (Gebühren in besonderen Fällen), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), M (Laboratoriumsuntersuchungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses. Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und Anwendung anderer ärztlicher Gebührenordnungen ist nicht zulässig. Auch wenn eine Abdingung nach § 2 GOÄ vorliegt, können Gebühren grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum Höchstsatz (3,5/2,5) ist nach der gegebenen Begründung gerechtfertigt.

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen ist eine Abdingung nur für vom Wahlarzt **höchstpersönlich** erbrachte Leistungen zulässig.

2 **Selbständige Leistungen (§ 4 Abs. 2 und 2 a GOÄ)**

Nach § 4 Abs. 2 GOÄ darf der Arzt Gebühren nur für selbständige Leistungen (Haupt- bzw. Zieleistungen) berechnen. Leistungen, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sind, können neben dieser nicht gesondert in Ansatz gebracht werden (§ 4 Abs. 2 a GOÄ).

Welche Leistungen im konkreten Einzelfall berechnungsfähig und welche nicht gesondert berechnungsfähig sind, ergibt sich aus den entsprechenden Hinweisen im Gebührenverzeichnis oder aus dem medizinischen, technischen oder zeitlichen Sachzusammenhang.

- 2.1 Leistungen, die sowohl als selbständige Leistungen vorkommen, häufig aber auch Bestandteil einer anderen Leistung sind, werden in der Leistungslegende des Gebührenverzeichnisses im allgemeinen mit dem Zusatz „(nur) als **selbständige Leistung** (abrechenbar)“ gekennzeichnet. So ist z. B. eine Neurolyse (operative Auslösung eines Nervs) nur dann nach Nr. 2583 abrechenbar, wenn sie als

selbständige (Haupt-)Leistung erbracht wird. Neurolysen, die im Zusammenhang mit anderen operativen Eingriffen (z. B. nach Nr. 2565, 2566) anfallen, sind dagegen Bestandteil der Hauptleistung und daneben nicht gesondert berechnungsfähig.

2.2 Hinweise darauf, daß eine Leistung Bestandteil einer anderen Leistung und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig ist, ergeben sich auch sonst in zahlreichen Fällen aus den **Leistungslegenden**. So schließt der Leistungsumfang der plastischen Operation nach Nr. 1128 die Leistung nach Nr. 1127 ein; diese wiederum umfaßt den Leistungsinhalt der Nrn. 1125 **und** 1126. Neben der Gebühr nach Nr. 1128 dürfen also Gebühren nach Nr. 1125, 1126 und 1127 nicht berechnet werden.

2.3 Auch durch die **Allgemeinen Bestimmungen** zu einzelnen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses sind bestimmte Leistungen anderen Leistungen als nicht gesondert berechnungsfähige Nebenleistungen zugeordnet. Z. B. sind/ist nach den Allgemeinen Bestimmungen zu

- Abschnitt C I Wundverbände nach Nr. 200, die im (unmittelbaren zeitlichen) Zusammenhang mit einer operativen Leistung, Punktions-, Infusions-, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, grundsätzlich Bestandteil dieser Leistung;
- Abschnitt D bei der Anwendung mehrerer Narkose- und Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig (also z. B. Nr. 490 nicht neben Nr. 462);
- Abschnitt L IV Verbände bei Einrenkung von Luxationen Bestandteil dieser Leistung.

2.4 Eine Leistung ist im übrigen — ohne besonderen Hinweis im Gebührenverzeichnis — auch dann Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie aus medizinisch-technischer Sicht kraft **Sachzusammenhangs** Voraussetzung für die Ausführung der Leistung ist. Dies bedeutet, daß Leistungen, die nach dem technischen Ablauf der Hauptleistung notwendigerweise miterbracht werden müssen, Bestandteil der Hauptleistung sind und deshalb nicht gesondert berechnet werden können.

Beispiele:

- Das **Öffnen** und Verschließen der **Brust- oder Bauchhöhle** im zeitlichen Zusammenhang mit einem operativen Eingriff ist mit der Vergütung für diese Leistung abgegolten (vgl. auch die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L); das gilt unabhängig davon, in welcher Form die notwendige Nebenleistung erbracht wird (z. B. besondere Schnittführung zur „Optimierung des anatomischen Zugangs“, Intrakutannaht, plastisch-chirurgischer Verschluß). Die Gebühren nach Nr. 2000 bis 2005 können für die im zeitlichen Zusammenhang mit einem operativen Eingriff erforderliche Wundversorgung nicht in Ansatz gebracht werden.
- Die **Befunddokumentation** von Operations- und Untersuchungsergebnissen (z. B. OP-Bericht) ist notwendiger Teil der Hauptleistung und daher

nicht gesondert berechnungsfähig. Sie kann auch nicht gleichgesetzt werden mit dem „ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht“ (Nr. 75), z. B. für den Hausarzt.

- Mit den **Narkose- bzw. Anästhesiegebühren** nach den Nrn. 453, 460 bis 463 und 469 bis 474 sind grundsätzlich alle zur Einleitung und Durchführung einer Narkose bzw. Anästhesie erforderlichen Leistungen abgegolten. Das gilt auch für Infusionen, die zur Offenhaltung eines venösen Dauerzugangs appliziert werden, für die Narkoseüberwachung mittels Monitor-EKG (Nr. 650) sowie für die apparative Beatmung (Nr. 427, 428, 500 und 501) während der Narkose und für die regelmäßige Gasanalyse nach Nr. 617 als Teil des Narkoseverfahrens.

Gesondert berechnungsfähig sind Infusionen, die zur Behebung einer Komplikation während eines Narkoseverfahrens erforderlich werden; der Ansatz von Infusionsgebühren bedarf insoweit grundsätzlich einer einzelfallbezogenen Erläuterung. Sofern der Anästhesist neben der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr nicht mehr als **eine** Infusionsgebühr nach Nr. 271, 272 oder 273 in Rechnung stellt, kann auf eine Erläuterung verzichtet werden. Werden in diesem Zusammenhang Arzneimittel (nicht jedoch Anästhetika, Anästhesieadjunktive, Anästhesieantidotum) in das liegende Infusionssystem (als parenteralem Katheter) eingebracht, kann diese Leistung nach Nr. 261 abgerechnet werden; das eingebrachte Medikament ist in der Rechnung anzugeben.

EKG-Leistungen sind ausnahmsweise neben der Narkose- bzw. Anästhesiegebühr berechnungsfähig, wenn sie während der Narkose wegen eines drohenden oder eingetretenen Zwischenfalls notwendig werden und deshalb einer **EKG-Registrierung** bedürfen.

Die Leistung nach Nr. 617 (**Gasanalyse**) ist während der Narkose dann berechnungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen eine kontinuierliche Bestimmung mehrerer Gase in der Expansionsluft notwendig ist.

2.5 Nr. 1.5 letzter Satz gilt entsprechend.

3. Gebühren für andere Leistungen (§ 6 GOÄ)

- 3.1 Nach § 6 Abs. 1 GOÄ sind Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen, die Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen — Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBL. I S. 2316) — erbringen, verpflichtet, ihre Vergütungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.
- 3.2 Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Derartige Leistungen sind in dem von der Bundesärztekammer erstellten „Verzeichnis der Analogbewertungen“ enthalten, das als Anlage beigefügt ist. Darüber hinaus besteht ein Bedarf für Analogbewertungen regelmäßig nur für solche ärztliche Leistungen, die auf einer Fortentwicklung

von medizinischer Wissenschaft und Praxis beruhen. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer ärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer anderen nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 a GOÄ).

4. Gebühren bei stationärer Behandlung (§ 6 a GOÄ)

Nach § 6 a Abs. 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärzlichen Leistungen die Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 v. H. zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minde rung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 v. H. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärzliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist oder in der er vor- oder nachstationär behandelt wird (stationäre Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt — selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, eigene Geräte oder Materialien einsetzt — z. B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der stationären Einrichtung.

Ausnahmen von der Minderungspflicht können nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen, die im Einzelfall in der stationären Einrichtung nicht erbracht werden und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der stationären Einrichtung vergeben werden. In solchen Ausnahmefällen muß der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung nach der Bundespflegesatzverordnung darauf hingewiesen werden, daß ihm solche Leistungen gesondert berechnet werden. Andernfalls muß der Patient davon ausgehen, daß alle an der stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen.

5. Gebührenverzeichnis (Anlage zur GOÄ)

5.1 Die Berechnung einer Gebühr nach Nr. 4 für die Erhebung einer Fremdanamnese und/oder Unterweisung und Führung einer Bezugsperson ist nur gerechtfertigt, wenn diese wegen der besonderen Umstände des Einzelfalls mit über das normale Maß hinausgehenden Schwierigkeiten oder besonderem Aufwand verbunden ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, ist sie mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten. Eine Berechnung im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Im übrigen ist zu beachten, daß die Leistung nach Nr. 4 nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig ist, so daß für weitere Beratungen nur die Nrn. 1 und 3 zur Verfügung stehen. Neben der Nr. 4 sind im Hinblick auf § 4 Abs. 2 a Satz 1 GOÄ in einer Arzt-Patienten-Begegnung die Nrn. 1 und 3 nicht berechnungsfähig.

5.2 Die Gebühr nach Nr. 15 ist nur während der **kontinuierlichen** ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken berechnungsfähig. Sie setzt regelmäßig Arzt-Patienten-Begegnungen im Zusammenhang mit der chronischen Erkrankung voraus und beinhaltet Telefonate, Gespräche und Schriftwechsel mit anderen Ärzten, stationären und sozialen Einrichtungen, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenversicherungen usw. Bei den eingeleiteten und koordinierenden Maßnahmen muß es sich um therapeutische **und** soziale Maßnahmen handeln.

Die Leistung darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.

5.3 Die Gebühr nach Nr. 34 ist nur dann berechenbar, wenn die in der Leistungsbeschreibung genannten **besonderen Kriterien** vorliegen. Als lebensbedrohende Erkrankungen können alle bösartigen Erkrankungen (z. B. Karzinom, Leukämie) sowie die schweren systemischen Erkrankungen (z. B. Morbus Hodgkin, Aids), sowie Erkrankungen verstanden werden, in denen Risikofaktoren festgestellt werden, die mit einer deutlichen Lebensverkürzung einhergehen (z. B. HIV-Infektion, schwere arterielle Hypertonie oder schwere Hypercholesterinämie, Tumorerkrankungen, bevorstehende Operationen wie z. B. Nierentransplantation, Herzklappenoperation). Als nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale zu verstehen.

Für die „üblichen“ Aufklärungsgespräche, Abschlußbesprechungen oder Erörterungen des Krankheitsbildes stehen die Beratungsgebühren nach den Nrn. 1 und 3 zu Verfügung.

5.4 **Besuchsgebühren** nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 des Gebührenverzeichnisses dürfen von Krankenhaus- und Belegärzten für Besuche im Krankenhaus nicht berechnet werden (Allg. Bestimmungen Ziff. 6 zu Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses). Entsprechendes gilt für **Wegegeld** nach § 8 GOÄ; es kann nur liquidiert werden, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht. Die übliche Arbeitssättte eines Krankenhausarztes sind die Einrichtungen des Krankenhauses. Für Fahrten zu diesem Einrichtungen kann der Arzt daher kein Wegegeld berechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arzt das Krankenhaus während oder außerhalb seiner regelmäßigen Dienstzeit aufsucht. Das vorstehend Gesagte gilt sinngemäß für Belegärzte.

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt regelmäßig zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Besuchsgebühren oder Wegegeld nicht in Betracht, weil die Tätigkeit dieser Ärzte mit der belegärztlichen Tätigkeit vergleichbar ist.

5.5 Die **Verweilgebühr** nach Nr. 56 darf für die Zeit der Narkosedauer (vgl. Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D) bei Gebühren nach Nr. 450 ff. nicht berechnet werden. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf eine Verweilgebühr nach dem Satz 2 der Anmerkung zu Nr. 56 (erst) nach Ablauf von zwei Stunden berechnet werden. Die Berechnung der Verweilgebühr setzt voraus, daß der Arzt sich ständig bei dem Patienten aufhält und keine andre ärztliche Verrichtung ausführt; eine Monitorüberwachung des Patienten von einem anderen Raum aus erfüllt den Leistungsinhalt der Nr. 56 nicht.

5.6 **Assistenzgebühren** nach Nr. 61 dürfen von einem liquidationsberechtigten Arzt nur berechnet werden, wenn dieser Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen (liquidationsberechtigten) Arztes leistet. Eine Berechnung dieser Gebühr für die Assistenz durch nachgeordnete (nicht liquidationsberechtigte) Ärzte ist im Hinblick auf § 4 Abs. 3 Satz 2 GOÄ nicht zulässig.

5.7 Die Inanspruchnahme der Pauschalgebühren nach Nr. 435 und 437 setzt eine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung auf der **Intensivstation** eines Krankenhauses voraus. Die Abrechnungsbestimmungen der Nr. 435/437 gelten auch für sog. „Chirurgische Wachstationen“, in denen Patienten nach schwierigen chirurgischen Eingriffen vorrangig intensiv überwacht werden. Sie finden keine Anwendung auf „Aufwachstationen“, die der kurzfristigen Überwachung des operierten Patienten in der postnarkotischen Phase dienen, weil eine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung hier nicht im Vordergrund steht.

Die in der Leistungslegende genannten Voraussetzungen

- intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung
- Aufenthalt auf der Intensivstation (Chirurgischen Wachstation) eines Krankenhauses

müssen nebeneinander erfüllt sein. Der Aufenthalt auf der Intensivstation ohne intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung reicht für den Ansatz der Pauschalgebühren nach Nr. 435/437 ebensowenig aus wie eine intensivmedizinische Behandlung auf der allgemeinen Pflegestation. Nr. 435/437 kann deshalb nicht in Anspruch genommen werden

- a) von einem Anästhesisten, der die Intensivstation — nach einer am Abend oder in der Nacht durchgeführten Operation — als Aufwachraum benutzt, weil eine ausreichende postnarkotische Überwachung durch die Nachschwester auf der allgemeinen Pflegestation nicht sichergestellt werden kann,
- b) von dem Chefarzt einer Intensivstation, gynäkologischen usw. Station, um dadurch eine umfangreiche Abrechnung von Einzelleistungen zu vermeiden, die auf der Pflegestation erbracht worden sind.

Liegen die maßgeblichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Nr. 435/437 vor, so hat der Rechnungsaussteller kein Wahlrecht zwischen Einzel- und Pauschalabrechnung.

Die Gebühren nach Nr. 435/437 stehen für eine Behandlungsdauer von — ggf. angefangenen — 24 Std. je einmal zu. Der 24-Stunden-Zeitraum ist unabhängig vom Kalendertag nach dem tatsächlichen Aufenthalt auf der Intensivstation (Chirurgischen Wachstation) zu bemessen. Für einen Aufenthalt von 11.00 Uhr des Operationstages bis 10.00 Uhr des folgenden Tages stehen somit die Gebühren nach Nr. 435/437 nur einmal zu.

5.8 Nr. 1.5 letzter Satz gilt entsprechend.

6. Verfahrenshinweise

- 6.1 Zur Beschleunigung der Beihilfefestsetzung ist die gebührenrechtliche Überprüfung ärztlicher Liquidationen schwerpunktmäßig auf die „Selbständigen Leistungen“ (Nr. 2) und die „Gebühren für andere Leistungen“ (Nr. 3) zu konzentrieren. Soweit Zweifel bezüglich des Sachverhaltes auftreten, kann von der Aufklärung abgesehen werden, wenn der zweifelhafte Betrag je Rechnung 250 Deutsche Mark nicht übersteigt und eine Weiterverfolgung Mehrarbeit und Kosten verursachen würde, die nicht in angemessenem Verhältnis zu der Bedeutung der Angelegenheit stehen. Unzutreffende Rechtsanwendung und offensichtliche Unrichtigkeiten (z. B. Rechenfehler, fehlende oder unzureichende Begründungen beim Überschreiten der Schwellenwerte) sind jedoch aufzugreifen.
- 6.2 Sofern die Festsetzungsstelle die Liquidation des Arztes nicht in voller Höhe als beihilfefähig anerkennen kann, hat sie die Beanstandung dem Beihilfeberechtigten schriftlich mitzuteilen. Dies soll in einer Form geschehen, die es dem Beihilfeberechtigten ermöglicht, die Beanstandung an den Arzt weiterzugeben. Sofern der Beihilfeberechtigte es wünscht, soll die Festsetzungsstelle die mit der Beanstandung zusammenhängenden Fragen unmittelbar mit dem Arzt erörtern.

Im Einvernehmen mit dem Innenministerium und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

II.

Mein RdErl. vom 14. 3. 1988 (SMBL. NW. 203204) wird aufgehoben.

Anlage

Verzeichnis
Analoger Bewertungen der Bundesärztekammer
(Stand: April 2006)

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie — einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. Acetylcholinesterase-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG)	652	445	25,94

* Reduzierter Gebührenrahmen.

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 704	Analtonometrie	1791	148	8,63
A 707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes	684 plus 687	1200 1500	69,94 87,43
	Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Ein Arzt oder eine Ärztin, der/die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachgewiesen wird.			
	Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.			
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86

* Reduzierter Gebührenrahmen.

C 10

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	<p>Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe),</p> <p>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p>Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden.</p> <p>Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich.</p> <p>Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.</p>	5373*	1900	110,75

* Reduzierter Gebührenrahmen.

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 1007	<p>Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode).</p> <p>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p>Die Dopplerechokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. A 1006 und A 1008 berechnet werden.</p>	424 plus 404 (Einfach- satz) plus 406 (Einfach- satz)	700 250 200	40,80 14,57 11,66
A 1008	<p>Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse.</p> <p>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p>Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden.</p> <p>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</p> <p>Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.</p>	689	700	40,80

C 10

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 1157	Choronzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörperchirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster (plus 2531) Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation) <i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig. Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i>	2551	7500	437,15

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstruktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes	3286	2000	116,57
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	6,99
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	6,99
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 5830**	Computergestützte individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung. Individuelle Ausblendung zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.	5378	1000	58,29

* Reduzierter Gebührenrahmen Labor.

** Reduzierter Gebührenrahmen.

C 10

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<p>Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.</p>			
A 5860*	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger — einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske —, einschließlich vorausgeganger Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung einer Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</p> <p>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom.</p> <p>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</p>	6 x 5855	6 x 6900	6 x 402,08
A 5861*	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger — einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske —, einschließlich vorausgeganger Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts</p>	3,5 x 5855	3,5 x 6900	3,5 x 402,08

* Reduzierter Gebührenrahmen.

Num- mer	Leistung	Analog- Ziffer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<p>anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosierverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</p> <p>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.</p> <p>Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</p>			
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikoneprüfung mittels einfacher Trennverfahren	1200	59	3,44
	<p>Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden</p>			
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, einschließlich qualitativer Aniseikoneprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität	825	83	4,84
	<p>Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6</p>			
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte; einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21

C 10

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA).	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	410	200	11,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	420	80	4,66
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 (plus 406)	700 (plus 200)	40,80 (plus 11,66)
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrechens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11

* Reduzierter Gebührenrahmen.

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklotropie an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfnicken-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse <i>Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff auf Grund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit endellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okular bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

2a.
Beschlüsse
des Zentralen Konsultationsausschusses
für Gebührenordnungsfragen
bei der Bundesärztekammer

- I. Allgemeines
- II. Analogbewertung der weiterführenden Sonographischen Fetaldiagnostik
- III. Analogbewertung augenheilkundlicher Leistungen
- IV. Liquidation herzchirurgischer Leistungen
- V. Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule
- VI. Reproduktionsmedizinische Leistungen
- VII. Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin
- VIII. Abrechnung von HNO-Leistungen
- IX. Sonstige Analogbewertungen

I.

**Der „Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“
bei der Bundesärztekammer**

Verfahrensgrundsätze des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Der Zentrale Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte gegenüber den Ärztekammern und Mitgliedern ab.

Allgemeines

Im „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ bei der Bundesärztekammer sind vom Vorstand der Bundesärztekammer bestellte Vertreter der Ärzteschaft, das Bundesgesundheitsministerium, das Bundesinnenministerium (*als Vertreter für die Beihilfe gewährenden Dienstherrn*), der Verband der privaten Krankenversicherung und — nicht stimmberechtigt — der Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen vertreten.

I. Präambel

1. Die Bundesärztekammer hat mit Beschluss vom 31. Januar 1997 einen Ausschuss mit der Bezeichnung „**Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**“ errichtet.

D 2a

2. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 21. November 1997 für das Verfahren die nachstehenden Verfahrensgrundsätze beschlossen.

II. Verfahrensgrundsätze

1. Aufgaben des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen
 - a) Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen (nachstehend Konsultationsausschuss genannt) gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte gegenüber den Ärztekammern und Mitgliedern ab. Dies schließt auch die Beurteilung von ärztlichen Abrechnungen in besonderen Einzelfällen ein.
 - b) Der Konsultationsausschuss wird auf Antrag einer Ärztekammer oder eines Ausschussmitglieds tätig. Der Antrag eines Ausschussmitglieds kann sich nicht auf die Beurteilung von ärztlichen Abrechnungen in besonderen Einzelfällen beziehen.
 - c) Der Konsultationsausschuss behält sich die Beurteilung vor, ob es sich um eine grundsätzliche Frage oder einen besonderen Fall der Beurteilung einer ärztlichen Honorarrechnung handelt.
 - d) Die Geschäfte des Konsultationsausschusses führt das zuständige Dezernat der Bundesärztekammer.
2. Zusammensetzung des Konsultationsausschusses
 - a) Dem Konsultationsausschuss gehören an:
 - vier Vertreter der Bundesärztekammer
 - ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit
 - ein Vertreter des für das Beihilferecht zuständigen Bundesministeriums
 - ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung.Die Benennung eines Stellvertreters ist möglich.
 - b) Zusätzlich soll mit beratender Funktion ein Justitiar der Bundesärztekammer bzw. der Landesärztekammer teilnehmen sowie ein Vertreter des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen.
 - c) Die Vertreter der Bundesärztekammer im Konsultationsausschuss werden für die Dauer der Amtsperiode des Vorstandes der Bundesärztekammer bestellt; Wiederbestellung ist zulässig. Die Bundesministerien und der Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen entsenden ihre jeweiligen Vertreter in den Ausschuss.
 - d) Die Vertreter und Stellvertreter werden persönlich bestellt.
 - f) Die den Mitgliedern entstehenden Kosten tragen die entsendenden Stellen.

3. Vorsitz

Den Vorsitz führt ein vom Vorstand der Bundesärztekammer benanntes Mitglied von seiten der Ärzteschaft. Dasselbe gilt für die Bestellung des stellvertretenden Vorsitzenden.

4. Prüfungsverfahren des Konsultationsausschusses

Die Ärztekammer oder der Antragsteller teilt unter Vorlage anonymisierter Unterlagen mit, welche Grundsatzfrage geklärt werden soll; der Ausschuss berät auf der Grundlage einer fachlichen Aufbereitung durch den Antragsteller und/oder durch die Geschäftsführung des Ausschusses. Dasselbe Verfahren gilt für eine von der Ärztekammer erbetene Prüfung einer ärztlichen Honorarrechnung.

5. Meinungsbildung und Stellungnahme des Konsultationsausschusses

- a) Der Ausschuss berät und entscheidet in Sitzungen. Schriftliches Verfahren ist zulässig.
- b) Der Ausschuss entscheidet einstimmig. Kommt ein einstimmiges Votum nicht zustande, sind die unterschiedlichen Standpunkte festzuhalten bzw. der Ärztekammer oder dem Antragsteller mitzuteilen.
- c) Der Ausschuss gibt seine Stellungnahme ausschließlich gegenüber der anfragenden Ärztekammer oder dem Antragsteller ab.
- d) Soweit es sich um eine grundsätzliche Auslegungsfrage der GOÄ handelt und die Beschlussfassung im Ausschuss einstimmig erfolgt ist, kann die Bundesärztekammer die Stellungnahme in allgemeiner Form veröffentlichen. Kommt kein einstimmiger Beschluss zustande, findet eine Meinungsbildung über die Veröffentlichung im Ausschuss statt.

6. Vertraulichkeit

Die Beratungen des Konsultationausschusses sind vertraulich.

7. Ergänzende Verfahrensbestimmungen

- a) Zu den Beratungen können ein Vertreter der zuständigen Landesärztekammer zur Sachverhaltsaufklärung bzw. externe Sachverständige zur fachlichen Beratung hinzugezogen werden. Entstehen Kosten für die Hinzuziehung von externen Sachverständigen, sind diese durch die heranziehende Institution zu tragen.
- b) Der Ausschuss kann mit Mehrheit beschließen, dass eine ergänzende sachverständige Stellungnahme durch einen externen Sachverständigen eingeholt wird. Entstehen Kosten für das Sachverständigengutachten, ist vor der Entscheidung eine Verständigung über die Kostentragung herbeizuführen.

8. Veröffentlichung der Verfahrensgrundsätze

Diese Verfahrensgrundsätze werden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

II.

Analogbewertung der weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik

Nr. A 1006 Analogbewertung der weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik

Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger,

Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend. Analog-Nr. 5373 je Sitzung 1900 Punkte.

Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A1006, A1007 und A1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A1006, A1007 und 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.

Anlage Ic zu Abschnitt B Nr. 4 II. der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend.

Nr. A 1007 Analogbewertung der weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik

Farbkodierte Dopplerechokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Dopplerechokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), gegebenenfalls zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend **Analog-Nrn. 424 + 404 + 406 700 Punkte + 250 Punkte (Einfachsatz) + 200 Punkte (Einfachsatz)**

Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.

Nr. A 1008 Analogbewertung der weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik

Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend **Analog Nr. 649 650 Punkte**

Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.

III.

Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Nr. A 1387 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling, analog Nr. 2551 (7.500 Punkte).

Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.

Nr. A 1387.1 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie,

D 2a

Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation), analog Nr. 2551 (7.500 Punkte) plus Nr. 2531 (7.500 Punkte).

Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.

Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1:

Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation.

Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen — je nach Indikation — die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.

Nr. A 1387.2 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Nr. A 1387.2 Macula-Rotation, analog Nr. 1375 (3.500 Punkte).

Nr. A 7001 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen

Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, zum Beispiel bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit, analog Nr. 1225 (121 Punkte). Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.

Nr. A 7002 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Qualitative Aniseikoneprüfung mittels einfacher Trennverfahren, analog Nr. 1200 (59 Punkte).

Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.

Nr. A 7003 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Quantitative Aniseikoniemessung, gegebenenfalls einschließlich qualitativer Aniseikoneprüfung analog Nr. 1226 (182 Punkte).

Nr. A 7006 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung **analog Nr. 1227** (248 Punkte).

Nr. A 7007 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität, **analog Nr. 825** (83 Punkte).
Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6.

Nr. A 7008 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Homhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge, **analog Nr. 1249** (484 Punkte).

Nr. A 7009 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen, **analog Nr. 415** (300 Punkte).

Nr. A 7010 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Laserscanning-Ophthalmoskopie, **analog Nr. 1249** (484 Punkte).

Nr. A 7011 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits, **analog Nr. 423** (500 Punkte).
Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA).

Nr. A 7012 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfell-Perimetrie, **analog Nr. 1229** (182 Punkte).

Nr. A 7013 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation, **analog Nr. 1227** (248 Punkte).

Nr. A 7014 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung, **analog Nr. 413** (280 Punkte).

D 2a

Nr. A 7015 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, **analog Nr. 410** (200 Punkte), für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung **analog Nr. 420** (80 Punkte).

Nr. A 7016 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge, **analog Nr. 1212** (132 Punkte).

Nr. A 7017 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits, **analog Nr. 424** (700 Punkte) plus Nr. 406 (200 Punkte).

Nr. A 7018 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Einlegen eines Plastikröhrrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge, **analog Nr. 1298** (132 Punkte).

Nr. A 7019 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung, **analog Nr. 1215** (121 Punkte).

Nr. A 7020 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression, **analog Nr. 1257** (242 Punkte).

Nr. A 7021 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Operative Reposition einer intraokularen Linse, **analog Nr. 1353** (832 Punkte).

Nr. A 7022 Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen
Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblenderrings, **analog Nr. 1326** (1 110 Punkte).

Nr. A 7023 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie, **analog Nr. 1217** (242 Punkte).

Nr. A 7024 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfnäge-Test, **analog Nr. 1217** (242 Punkte).

Nr. A 7025 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retro-äquatorialer Myopexie (so genannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel, **analog Nr. 1376** (1480 Punkte).

Nr. A 7026 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse, **analog Nr. 1326** (1110 Punkte). Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, zum Beispiel nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (zum Beispiel subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationsyndrom) zulässig.

Nr. A 7027 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation, **analog Nr. 1368** (3030 Punkte).

Nr. A 7028 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer, **analog Nr. 1217** (242 Punkte).

Nr. A 7029 Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen
Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung, **analog Nr. 1366** (1110 Punkte).

Folgende, auf der Grundlage des so genannten Freigangschens Katalogs neuerer augenheilkundlicher Leistungen beratenen Vorschläge wurden vom Zentralen Konsultationsausschuss **nicht** als Analogbewertungen anerkannt:

Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen

AA 0006: objektive Visusbestimmung und Test auf Optokinetik und/oder Prüfung auf Aggravation, Simulation und/oder Dissimulation: Analogbewertung entfällt.

AA 0007: Prüfung des Sehgleichgewichtes mittels Rot-Grün-Test und Trennverfahren zum Zwecke der Brillenverordnung: Analogbewertung entfällt, Teilleistung der Refraktionsbestimmung.

AA 0010: Testung der optischen Schlüsselfunktionen (Visus, Simultansehen, Phorie und Stereopsis) mit Sehtestgeräten, zum Beispiel nach dem Prinzip des R-21-Gerätes: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr.1202.

AA 0011: Farbfleck-Legetest oder Spektral-Kompensationsmethode oder Farnsworth-Munsell 100-Hue-Test, auch Panel D-15-Test: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1228.

D 2a

AA 0015: Scheitelbrechwertmessung von Einstärkenbrillen, je Brille: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1207.

AA 0035: Fluorophotometrische Untersuchung oder Laser-Flare-Cell-Messung: Analogbewertung entfällt.

AA 0037: Indocyaningrün-Angiographische (ICG-)Untersuchung des Augenhintergrundes, einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes, ohne Sachkosten: Analogbewertung entfällt.

AA 0043: Manuelle statische Perimetrie mit Schwellenbestimmung an mindestens 50 Prüforten, gegebenenfalls auch manuelle überschwellige statische Perimetrie: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1227.

AA 0057: Sonographische Untersuchung zur weiterführenden Diagnostik des Augapfels und/oder der Augenhöhle einer Seite mittels A-Bild-Verfahren, B-Bild-Verfahren mit automatischer und manueller Abtastung sowie spezieller Verfahren, wie Spektral-, Signal- oder Bildanalyse: Analogbewertung entfällt, Abrechnung über die Nrn. 410 plus, ggf. 420.

AA 0063: Muster-elektroretinographische Untersuchung: Analogbewertung entfällt, direkte Zuordnung zu Nr. 1237.

AA 0065: Differenzierende Erfassung der elektroretinographischen Antworten an mindestens 36 Orten im Gesichtsfeld: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1237.

AA 0066: Prüfung des okulären Nystagmus mittels Frenzelbrille, Ohmscher Trommel oder ähnlichen Geräten: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1412.

AA 0071: Überprüfung der Lidheberfunktion, ggf. zu verschiedenen Tageszeiten, ggf. einschließlich fotografischer Verlaufskontrollen, ggf. einschließlich vergleichender Messungen der Lipspaltenweite: Analogbewertung entfällt, Bestandteil der Nr. 5.

AA 0072: Anwendung pharmakologischer Testmethoden (mindestens zwei) zur Funktionsdiagnostik der Pupillenreaktion oder zur Prüfung der Ptosis, ggf. Dokumentation der Okulomotorik, vor sowie 2 Minuten nach Gabe des Medikaments (beim Tensilon-Test): Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 831.

AA 0082: Exenteratio bulbi: Analogbewertung entfällt.

AA 0091: Fixationsprüfung bei exzentrischer Fixation: Analogbewertung entfällt, Teilleistung von Nr. 1217.

AA 0092: Fortlaufende quantitative Untersuchung der Augenbewegungen beim Lesen, ggf. einschließlich Messung der Lesegeschwindigkeit: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1218.

AA 0096: Differenzierende Analyse des Bewegungsblaufes beider Augen bei Augenbewegungsstörungen mit blickrichtungsabhängigen Schielwinkelveränderungen, erforderlich sind mindestens 36 Messpunkte, einschließlich Dokumentation: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1218.

AA 0126: Trabekelaspiration bei Glaukom: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1361.

AA 0127: Viskokanalostomie: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1382.

IV. Liquidation herzchirurgischer Leistungen

Allgemeines

Besonders bei herzchirurgischen Leistungen tritt zutage, dass die Verstärkung des Zielleistungsprinzips im § 4 Abs. 2 a der GOÄ vom 1. 1. 1996 in Widerspruch steht zur Struktur des Leistungsverzeichnisses, dies gilt insbesondere für die nicht überarbeiteten operativen Abschnitte. Da abweichend vom „Zielleistungsprinzip“ in der GOÄ zahlreiche Einzelleistungen verankert sind, die nur Bestandteil einer Leistung sein können, ist aufgrund der Entwicklung der Medizin und des weiterhin unverändert bestehenden Leistungsverzeichnisses die Frage des Inhalts und Umfanges einer Leistung sowie die zusätzliche Berechnungsfähigkeit einer anderen Leistung jeweils vor dem Hintergrund des medizinischen Sachverhaltes zu klären. Da die Fassung des § 4 Abs. 2 a GOÄ mit der Struktur des Leistungsverzeichnisses nicht kompatibel ist, ist eine Abwägung zwischen den gebührenrechtlichen Anforderungen und der Art und Weise der ärztlichen Leistungserbringung bei der Entscheidung gefordert.

Es besteht Übereinstimmung darüber, dass auch unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2 a im Einzelfall die medizinische Sichtweise ausschlaggebend sein kann. Offensichtlich wird dies z. B. bei in der GOÄ enthaltenen Leistungen, die für sich nicht abschließend sein können (siehe z. B. Nrn. 2807/2808 GOÄ).

In der Herzchirurgie kommt hinzu, dass das Leistungsverzeichnis in der Struktur, auch in der Bewertung, in sehr vielen Fällen nicht den zeitgemäßen Stand der Herzchirurgie widerspiegelt. Z. B. beruht die Fassung der Nr. 3088 GOÄ noch auf dem Stand der Vineberg-Operation.

Im Konsultationsausschuss besteht Übereinstimmung darüber, dass in den Fällen, in denen eine GOÄ-Position nur unter besonderen Umständen und im Einzelfall, neben anderen Positionen berechnungsfähig ist, zur besseren Nachvollziehbarkeit die Besonderheiten des Falles schon in der Rechnungslegung zu dokumentieren sind, auch wenn dies die GOÄ nicht zwingend vorsieht.

Abzug der Eröffnungsleistung

Angesichts der Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt „L“ der GOÄ sieht der Ausschuss folgende Auslegung als sachgerecht an: Die GOÄ-Positionen 3065 bis 3091 beinhalten die Brustkorberöffnung. Dagegen ist die Thorakotomie in Nr. 3050 GOÄ nicht enthalten. Wird mehr als eine der Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 3065 bis 3091 im Rahmen einer Operation erbracht und berechnet, so ist ab der zweiten Leistung jeweils die Gebühr nach GOÄ-Nr. 2990 abzuziehen.

Abrechnungsmodus der Behandlung von Patienten mit Herzunterstützungssystemen, Kunstherz etc. im postoperativen Verlauf

Nr. 3055 GOÄ ist nur intraoperativ berechnungsfähig. Für die postoperative ärztliche Kontrolle von Herzunterstützungssystemen (z. B. Kunstherz, LVAD, RVAD) ist Nr. 792 GOÄ analog einmal täglich (neben Nr. 435) berechnungsfähig. Nicht berechnet werden kann eine entsprechende Leistung für die Kontrolle der Funktion der IABP. Wird Nr. 792 GOÄ analog für die postoperative Kontrolle von Herzunterstützungssystemen berechnet, sind nicht mehr als zwei Visiten täglich berechenbar.

D 2a

Beseitigung einer distal des Bypasses gelegenen Stenose bzw. operative Behandlung des Conduits

In den seltenen Fällen (3 bis 4 % der Fälle), dass ein echter Zweiteingriff zur Beseitigung einer Stenose durchgeführt werden muss, d. h. wenn distal des Bypasses eine Verengung operativ behandelt werden muss, ist dafür Nr. 3075 GOÄ (Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder einem herznahen Gefäß — auch Thromb- oder Embolektomie) eigenständig neben der Bypass-Operation berechenbar. Wenn aber ein für die koronare Revaskularisierung herangezogener arterieller Conduit aus dem Bereich des Thorax in besonderer Weise operativ vorbehandelt werden muss, um ihn überhaupt als arteriellen Conduit für die koronare Revaskularisierung nutzen zu können, ist dies eine unselbständige Teilleistung im Sinne des § 4 Abs. 2 a GOÄ. Der erhöhte Aufwand (und die höhere Schwierigkeit) kann nur im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) berücksichtigt werden. Auch hier trifft zu, dass in solchen Fällen die Besonderheiten des Eingriffs bereits im Rechnungstext dokumentiert sein sollten.

Implantation eines Biocompound-Grafts

Da diese Methode noch nicht allgemein verbreitet ist, ist es nach Ansicht des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen verfrüht, hierzu im Ausschuss eine Empfehlung zur Abrechenbarkeit zu geben. Der Sachverhalt soll zunächst weiter geklärt werden.

Steigerungsfaktor bei Abzug der Eröffnungsleistung

Die mancherorts vertretene Empfehlung, bei Leistungen, deren Bewertung nach Abzug der Eröffnungsleistung ein zu geringes Honorar ergeben, die Leistung mit „normalem“ Multiplikator (z. B. 2,3fach) zu berechnen und die Eröffnungsleistung nur mit dem Einfachsatz abzuziehen, wird als nicht sachgerecht beurteilt. Durch die o. a. Beschlussfassung zu Nr. 31 entbehrt sie darüber hinaus der Grundlage (deutlich differenzierte Bewertung zwischen Eingriffen und Eröffnungsleistung).

Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen

Die Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen mit Nr. 2005 GOÄ (Versorgung einer großen Wunde ...) neben der Operationsziffer für die Wund- bzw. Narbenausschneidung ist nicht möglich (unselbständige Leistung nach § 4 Abs. 2 a GOÄ). In seltenen Fällen, wenn tatsächlich eine entsprechende Indikation und Leistung vorliegt, kann Nr. 2392 a GOÄ (Excision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe — einschließlich plastischer Deckung —) anfallen.

Freilegung der Arteria mammaria neben Bypass-OP

Bei etwa 55 % der Operationen wird ein arterielles Conduit verwendet, dabei in ca. 50 % die Arteria mammaria interna. Häufig wird für die Freilegung der Arteria mammaria interna Nr. 2802 GOÄ berechnet. Zur Beurteilung einer eigenständigen Berechenbarkeit der Gefäßfreilegung wird in der Diskussion festgestellt, dass die Nrn. 3088 und 3989 noch aus der Zeit stammen, als die Vineberg-Op Standard war. Die GOÄ sieht ausdrücklich eigenständige Ziffern für die operative Entnahme einer Arterie bzw. Vene zum Gefäßersatz vor (Nrn. 2807 und 2808 GOÄ). Dies sind in kei-

nem Fall abschließende Leistungen. Demzufolge müsste gleiches für die Arteria mammaia interna gelten. Andererseits sind in den Nrn. 3088 und 3089 GOÄ nicht Operationsmethoden, sondern Leistungsziele beschrieben, die auch heute noch zutreffen. Es besteht Übereinstimmung, dass für die Freilegung und Präparation der Arteria mammaia Nr. 2807 GOÄ analog (nicht Nr. 2802) berechenbar ist. Analog, weil die Arterie nicht wie in der Legende enthalten „entnommen“ wird.

Berechnung der Mammaria-Verpflanzung

Für die Mammaria-Verpflanzung ist Nr. 2809 GOÄ (Naht eines verletzten Blutgefäßes an den Gliedmaßen, einschließlich Wundversorgung) nicht eigenständig neben Nrn. 3088 und 3089 und (evtl.) 2802 berechenbar.

Mehrkammersysteme

Der Ansatz der Nr. 631 GOÄ ist nur einmal möglich, auch bei Mehrkammersystemen.

Berechenbarkeit der Myektomie als eigenständige Leistung im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen

Die Berechenbarkeit der Myektomie (Resektion von intrakardial stenosierender Muskulatur nach Nr. 3079 GOÄ) ist als eigenständige Leistung auch im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen nur dann möglich, wenn die Indikation im präoperativen Ventrikulogramm (Kombination von Aortenklappenstenose mit zusätzlicher Herzmuskelhypertrophie) nachgewiesen wurde (und im Operationsbericht dokumentiert ist).

Erhöhte Steigerungsfaktoren bei herzchirurgischen Leistungen

Der mancherorts zu beobachtende „schematische“ Ansatz von Multiplikatoren oberhalb der Begründungsschwelle wird als nicht nachvollziehbar angesehen. Der Ansatz von Steigerungsfaktoren oberhalb der Begründungsschwelle ist in der Regel nur bei den intraoperativen „Kernleistungen“ begründbar. Nur in wenigen Fällen ist für die „Nebenleistungen“ (z. B. Nr. 3050 GOÄ) ein höherer Steigerungsfaktor gerechtfertigt. Höhere Steigerungsfaktoren für Leistungen außerhalb der Operation (z. B. Visiten, Beratungen, Verbände usw.) sind in aller Regel nicht durchgängig begründbar. Bei Visiten trifft z. B. oft zu, dass die Erst- und Abschlussvisite sowie unmittelbar postoperative Visiten inhaltlich besonders schwierig sind und einen weit überdurchschnittlichen Zeitaufwand erfordern und damit die Berechnung eines höheren Multiplikators plausibel erscheint, nicht jedoch für die übrigen Visiten des „routinemäßigen“ Verlaufes.

Verdrahtung des Sternum

Für die Verdrahtung des Sternum bei Abschluss der Operation kann Nr. 2350 GOÄ (Verdrahtung eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch) nicht eigenständig berechnet werden. Nur wenn bei Sternumdehiszenz eine erneute Stabilisierung des Sternum erforderlich wird, ist dieser glücklicherweise seltene Vorgang eigenständig und berechenbar. Zutreffend ist in der Regel Nr. 2355 GOÄ (operative

D 2a

Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs), in seltenen Fällen, z. B. der Plattenosteosynthese, auch Nr. 2356 GOÄ.

Nr. 430 analog für das elektrisch induzierte Kammerflimmern neben Nr. 3089

Für die Kardioplegie ist Nr. 3052 GOÄ (Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zu Nr. 3050) eigenständig berechenbar, wird der Herzstillstand durch elektrische Induktion herbeigeführt, trifft Nr. 430 GOÄ zu. Muss zusätzlich zur Kardioplegie ein Kammerflimmern induziert werden (nicht routinemäßig erforderlich), ist Nr. 430 GOÄ (extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder Stimulation des Herzens) nicht eigenständig berechenbar. Die Berücksichtigung des erweiterten Leistungsumfangs ist im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) möglich. Für die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus am Ende der Herzoperation ist Nr. 430 GOÄ berechenbar. Nur in den Fällen, in denen die Induktion des Herzstillstandes (ohne Kardioplegie) und die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus durch Defibrillation und/oder Stimulation erreicht wird, ist Nr. 430 insgesamt zweimal berechnungsfähig.

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) intraoperativ

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) — gleiches gilt für die Nr. 628 GOÄ — ist intraoperativ nicht für intraoperative Funktionsmessungen berechenbar. Zutreffend ist hier Nr. 3060 GOÄ (intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen). (Siehe auch zu 21.)

Nr. 627 oder Nr. 629 neben Nr. 3060

Wird beim Abschluss der Operation ein Linksherzkatheter zur Druckmessung und fortlaufer Registrierung und oxymetrischen Untersuchungen eingebracht, so ist hierfür Nr. 627, ggf. Nr. 629 GOÄ berechenbar. Noch intraoperativ erfolgte Messungen sind aber mit der Nr. 3060 GOÄ abgegolten und nicht zusätzlich berechenbar. (Vergleiche auch zu 10.) Der gegenüber der vollständigen perkutanen Erbringung der Leistung (Nrn. 627/629) geminderte Aufwand muss sich gebührenmindernd auswirken. Die Berechnung mit dem 1,8fachen Gebührensatz wird als sachgerecht angesehen.

Nrn. 630 oder 631 für die Intraoperative Elektrodenversorgung, ggf. mit Testung und Probestimulation

Nur dann, wenn die Elektroden tatsächlich zur Stimulation des Herzens benutzt werden, ist Nr. 631 GOÄ (transvenöser Schrittmacher, 1110 Punkte) analog zum Einfachsatz — unabhängig von der Zahl der verwendeten Elektroden einmal im Rahmen einer Operation — anwendbar. Die prophylaktische, temporäre intraoperative Elektrodenversorgung ist nicht gesondert berechenbar.

Berechnung Nr. 650 GOÄ (EKG) intraoperativ durch den Operateur

Die Berechnung der Nr. 650 (EKG) ist intraoperativ weder vom Chirurgen noch vom Anästhesisten für die reine Monitorüberwachung möglich. Nr. 650 GOÄ setzt eine entsprechende Indikation, Ausdrucke des EKGs und deren Auswertung voraus.

Nr. 679 oder 680 GOÄ neben Nr. 402 GOÄ

Neben Nr. 402 GOÄ (Zuschlag zu sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung) kann für die Einführung einer transösophagealen Echokardiographie die Sonde nicht nochmals mit Nr. 679 (Mediastinoskopie) oder Nr. 680 (Ösophagoskopie) GOÄ analog neben Nr. 402 berechnet werden. Mit Nr. 402 ist nicht nur der erhöhte Schwierigkeitsgrad bei der Beschallung berücksichtigt, sondern auch die Einführung der Sonde.

Nr. 791 analog für die Anwendung des Cell-Savers

Die Eigenständigkeit der ärztlichen Leistung bei der Anwendung des Cell-Savers wird übereinstimmend gesehen. Nr. 289 der alten GOÄ (Blutautotransfusion) fehlt in der neuen GOÄ. Als angemessen wird die analoge Berechnung mit Nr. 791 GOÄ (Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Heimodialyse) angesehen. Diese ist nur einmal je Sitzung, unabhängig von der Menge des zurückgewonnenen und retransfurierten Blutes, berechenbar. Bei (seltenen) postoperativen Anwendungen ist die Berechnung einmal — unabhängig von der Dauer der postoperativen Anwendung — möglich.

Berechnung Nr. 2801 GOÄ neben Nrn. 3050, 3054

Die Berechnung der Nr. 2801 GOÄ (Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung) zu den Nrn. 3050 (HLM) oder 3054 (operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation) ist in aller Regel nicht möglich, da unselbständige Leistung. Nur in sehr seltenen Fällen ist Nr. 2801 neben einer der beiden Gebührennummern 3050 oder 3054 berechenbar. Dies ist dann der Fall, wenn extrathorakale Gefäße freigelegt, jedoch nicht für die Implantation eines Herzunterstützungssystems verwendet werden konnten (z. B. bei Arteriosklerose/Verschluss o. ä. dieser Gefäße) und dann die Anlage einer assistierenden Zirkulation an anderen Gefäßen (z. B. retroperitoneal) erfolgte.

Flussmessung(en) im Rahmen von Bypass-Operationen (Nr. 2805 GOÄ)

Neben den intraoperativen Funktionsmessungen (Nr. 3060) ist in 5 % bis 10 % der Fälle erforderlich, Flussmessungen am arteriellen Conduit oder venösem Transplantat durchzuführen. Hierfür ist Nr. 2805 GOÄ (Flussmessung(en) am freigelegten Blutgefäß) berechenbar. Mehrfache Messungen an einem Blutgefäß sind dabei nur einmal berechenbar, erfolgen die Messungen an unterschiedlichen Blutgefäßen, ist Nr. 2805 GOÄ entsprechend mehrfach ansetzbar.

Nr. 2808 GOÄ neben Bypass-OP

Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist bei venösem Bypass neben Nrn. 3088/3089 eigenständig berechenbar.

Mehrfachansatz Nr. 2808 GOÄ

Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist für „eine Vene“ nur einmal berechenbar. Damit kann dann, wenn „eine Vene“ für die Revaskularisie-

D 2a

rung mehrerer Koronargefäße verwendet wird, Nr. 2808 nicht mehrfach berechnet werden. „Mehrere Venen“ liegen vor, wenn die Venen z. B. an Oberschenkel und Unterschenkel, Vena saphena magna und Vena saphena parva oder an beiden Beinen entnommen werden. Hier ist die je einmalige (höchstens die viermalige) Berechenbarkeit gegeben.

Berechnung Nrn. 2826 GOÄ oder 3079 für die „Anulusentkalkung“

Für die Entkalkung des Klappenringes bei Klappenersatz („Anulusentkalkung“) ist Nr. 2826 GOÄ (operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktionen) oder Nr. 3079 GOÄ (Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur) nicht eigenständig berechenbar. Eine ggf. erforderliche aufwendige „Entkalkung“ (z. B. bei Stadium IV) ist über den Steigerungsfaktor zu berücksichtigen. Auch in den Fällen, dass der Klappenring so eng ist, dass auch die kleinste Klappe nicht passt und der Klappenring erweitert werden muss, ist dies als unselbständige Teilleistung anzusehen. Bei Kindern kann die Leistung nach Nr. 2826 die Zielleistung sein. Diese kongenitalen Korrekturen sind aber vom hier Beschriebenen unabhängig.

Nr. 2920 (thorakale Sympathektomie, 2000 Punkte) neben Nr. 3089 für “Eingriffe am sympathischen Nervensystem paraortal, um die Spasmusbereitschaft der Koronararterien zu beeinflussen“

Nur in sehr wenigen Fällen (wenn eine Vollrevaskularisierung nicht möglich ist) ist bei Bypass-Operation eine thorakale Sympathektomie nach Nr. 2920 GOÄ erforderlich und berechenbar. Dies muss aus dem Operationsbericht klar nachvollziehbar sein. Die nur teilweise Durchtrennung (z. B. der rami cardiaci nervi vagi) des Plexus kardiaca im Rahmen der Bypass-Operation ist eine unselbständige Teilleistung.

Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) neben Herzoperationen

Für die Drainage des Operationsgebietes sind die Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) nicht eigenständig berechenbar. Drainagen, die im Sinne einer therapeutischen Intervention in speziellen Situationen gelegt werden und über separate Inzisionen ausgeleitet werden müssen, z. B. bei Eröffnung der Pleurahöhle, könnten als eigenständiger Eingriff und berechenbar (Nr. 2970 GOÄ) angesehen werden. Tatsächlich zeigt die Praxis, dass die Pleuradrainage fast durchgängig berechnet wird, und dass bei 25 bis 33 % der Eingriffe, insbesondere bei Präparation der Arteria mammaria, die Pleura eröffnet wird. Wegen der faktisch nicht gegebenen Nichtabgrenzbarkeit der Leistung empfiehlt der Ausschuss, in jedem Fall auf die Berechnung der Nr. 2970 GOÄ zu verzichten.

Berechenbarkeit der Thymusresektion als eigenständige operative Leistung nach Nr. 3011 analog

Die Berechenbarkeit der Nr. 3011 GOÄ (Entfernung eines Mediastinaltumors) oder der Nr. 2993 GOÄ (Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen) im Rahmen der Herzoperation ist nicht möglich, da die Entfernung eines evtl. „Restkörpers“ auch in den Fällen, in denen dieser noch sehr ausgeprägt ist, eine unselbständige Teilleistung (§ 4 Abs. 2 a) darstellt.

Nr. 3055 GOÄ für die Überwachung der Herz-Lungen-Maschine

Die technische Überwachung der HLM erfolgt durch einen Kardiotechniker, dieser übernimmt aber nur die unmittelbare Steuerung der Maschine. Die Funktionsfähigkeit des künstlichen Kreislaufes bedarf zusätzlich der ständigen Überwachung durch Operateur und Narkosearzt, ggf. Lage und Korrekturen der Anschlusskatheter, zusätzliche Abdichtungsnähte und medikamentöse Maßnahmen. Die Einstellung der Herz-Lungenmaschine z. B. hinsichtlich Körpertemperatur wird durch den Chirurgen entschieden. Nach dem Anschluss der HLM erfolgt die Übernahme der Kreislauffunktion durch die Maschine schrittweise, ebenso die Anpassung wieder an die volle Körperfunktion. Nur ein Teil des Eingriffes findet unter vollständiger Assistenz durch die HLM statt. Die HLM ist damit nicht als „Totalersatz“ anzusehen, sondern wie die voranstehenden Gebührenordnungspositionen als „assistierte Zirkulation“.

Für die ärztlichen Maßnahmen bei Einsatz der HLM ist demnach Nr. 3055 GOÄ berechnungsfähig.

Berechnung Nr. 3065 oder 3066 GOÄ für das Lösen von Verwachsungen

Nr. 3065 GOÄ (Operation am Perikard als selbständige Leistung) ist nicht berechenbar für das routinemäßige Lösen von Verwachsungen auf dem Zugangswege, erst recht nicht Nr. 3066 GOÄ (Operation der Perikarditis constrictiva). Nr. 3065 GOÄ ist nur dann für die Perikardiolysse berechenbar, wenn diese das Ausmaß einer eigenständig indizierten Eingriffs hat, z. B. nach Voroperation, Perikarditis, Trauma oder Radiatio und tatsächlich eine Perikardresektion erfolgte. Die Berechtigung im Einzelfall ist aus der Vorgesichte und dem Op-Bericht nachprüfbar.

Berechnung Nr. 3067 GOÄ im Rahmen einer Herzoperation

Nr. 3067 GOÄ (Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung) ist nicht berechenbar für „ausgedehnte retrosternale Lösung von Verwachsungen“. Eine Myokardbiopsie kann aber auch im Rahmen von Herzoperationen eigenständig indiziert sein, z. B. zur Abklärung evtl. vorliegender immunologischer Erkrankungen/Kardiomyopathien (z. B. bei Amyloidose).

Berechnung Nr. 3090 GOÄ neben den Nrn. 3088 oder 3089

Im Rahmen der Bypass-Operation (Nrn. 3088/3089) ist Nr. 3090 GOÄ (Operation von Anomalien der Koronararterien) nicht im Rahmen von standardmäßigen Operationen zur Koronarrevaskularisierung berechenbar. Sie kann lediglich dann berechtigt zur Anwendung kommen, wenn tatsächlich eine entsprechende Anomalie des Koronargefäßsystems operativ korrigiert wird. Dies ist in der präoperativen Angiographie nachprüfbar (die Durchführung im Operationsbericht). Wiederum wird darauf hingewiesen, dass die Besonderheit des Eingriffes schon in der Rechnungsstellung dokumentiert werden sollte.

Nr. 5345 GOÄ (PTA) für die Aufdehnung der Arteria mammaria

Die Aufdehnung der Arteria mammaria mittels Knopfsonde oder Durchspülung (z. B. Papaverin) ist keine eigenständig berechenbare Leistung. In seltenen speziellen Situationen (etwa 0,5 % der Eingriffe) muss aber eine echte Dilatation der Arteria mammaria interna oder eines anderen Gefäßes intraoperativ durchgeführt werden,

D 2a

wobei dann auch ein entsprechender Ballonkatheter verwendet wird. In dieser speziellen Ausnahmesituation sieht der Konsultationsausschuss die eigenständige Berechenbarkeit der Nr. 5345 GOÄ begründet. Im Hinblick auf eine angemessene Bewertung ist, weil die Leistung nicht perkutan, sondern am freigelegten Gefäß erfolgt, die Berechnung mit dem 1,0fachen Steigerungsfaktor sachgerecht.

Hinzuweisen ist darauf, dass das Erfordernis dieses zusätzlichen und eigenständigen Eingriffs bereits in der präoperativen Angiographie erkennbar und intraoperativ die Durchführung anhand der Druckwerte dokumentiert sein muss. Die Besonderheit des Eingriffes sollte bereits in der Rechnungsstellung nachvollziehbar sein.

V. Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule

1. Nrn. 2565/2566 GOÄ

Die Nrn. 2565/2566 sind nur einmal berechnungsfähig, auch wenn rechts- und linksseitig operiert wird. Dies gilt auch, wenn in einer Sitzung Nervenwurzeldekompressionen in bis zu drei benachbarten Segmenten durchzuführen sind. Sind jedoch mehr als drei Segmente in einer Sitzung zu behandeln, so ist ab dem vierten Segment der Ansatz der Nr. 2565/2566 ein weiteres Mal gerechtfertigt.

2. Nr. 2574 neben Nrn. 2565/2566 GOÄ

Neben der Dekompression der Nervenwurzel (verursacht durch lateralen Bandscheibenvorfall, knöcherne Veränderungen und anderes) nach den Nrn. 2565/2566 können Eingriffe im Wirbelkanal erforderlich sein, die als selbstständige Leistungen nach den Nrn. 2574 oder 2575 dann neben Nrn. 2565/2566 berechnet werden können, wenn zu diesem Zweck über den Zugang zum Nervenwurzelkanal hinaus weitere operative Zielgebiete, die in einem bildgebenden Verfahren erkennbar völlig außerhalb der operierten Nervenwurzelkanäle im Wirbelkanal liegen, präpariert werden müssen.

Bei der operativen Behandlung einer Spinalkanalstenose ist die Nr. 2574 je Segment berechnungsfähig, gegebenenfalls zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 2565/2566. Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 2574 für die operative Sanierung der Spinalkanalstenose ist, dass je Segment von beiden Seiten her operiert wurde. Osteophytenabtragungen können nicht einzeln abgerechnet werden, wenn diese zum selben Segment zählen.

Die Entfernung eines oder mehrerer in den Spinalkanal versprengter Sequester ist ebenfalls Nr. 2574 zuzuordnen, und gegebenenfalls neben Nr. 2565 oder Nr. 2566 berechnungsfähig. Nr. 2574 für die Entfernung eines in den Wirbelkanal versprengten Sequesters ist aber nur dann mehr als einmal berechnungsfähig, wenn eine Ausdehnung über mehr als drei benachbarte Wirbelsegmente vorliegt.

Wurde Nr. 2574 bereits für den operativen Eingriff bei Spinalkanalstenose in einem Segment berechnet, so kann bei Vorliegen bzw. Entfernen eines Sequesters in demselben Segment Nr. 2574 nicht erneut in Ansatz gebracht werden. Der erhöhte Aufwand muss in diesen Fällen über die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors bei Berechnung der Nr. 2574 abgebildet werden.

3. Nr. 2574, Nr. 2577 GOÄ

Eingriffe zur Entfernung raumbeengender epiduraler und anderer extraduraler Prozesse im Wirbelkanal, auch unter dem hinteren Längsband, sind dem Eingriff nach Nr. 2574 zuzuordnen. Die Berechnung der Nr. 2577 ist aus Sicht des Zentralen Konzultationsausschusses nur dann angemessen, wenn es sich hierbei um einen Eingriff zur Entfernung eines intra- und extraspinal gelegenen Befundes handelt.

4. Nr. 2584 GOÄ

Die Leistung nach Nr. 2584 ist im Rahmen von Bandscheibenoperationen und anderen Eingriffen zur Beseitigung raumfordernder Prozesse im Bereich der Nervenwurzeln und des Wirbelkanals nicht berechnungsfähig.

5. Nrn. 2802/2803 GOÄ

Gefäßunterbindungen im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 oder andere Maßnahmen zur Blutstillung oder Verhinderung einer intraoperativen Blutung im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 erfüllen keinen eigenständigen Zielleistungsinhalt und sind daher nicht als gesonderte Gebührenposition, zum Beispiel nach Nr. 2802, neben Nrn. 2565/2566 berechnungsfähig. Sollte eine Gefäßunterbindung im Zusammenhang mit der Schaffung eines transthorakalen, transperitonealen oder retroperitonealen Zugangsweges zur Wirbelsäule erforderlich sein, handelt es sich hierbei ebenfalls um eine unselbstständige Teilleistung, die entsprechend § 4 Abs. 2 a GOÄ zum Beispiel Nr. 2292 zuzuordnen ist. Eine Gefäßfreilegung oder -unterbindung kann nur bei eigenständiger Indikation berechnet werden, wie beispielsweise in den seltenen Fällen dekompressiver Eingriffe an der Arteria vertebralis. Hier ist auch bei der Freilegung in mehreren Segmenten nur der einmalige Ansatz von Nr. 2803 pro Seite möglich.

VI. Reproduktionsmedizinische Leistungen

1.1 Abrechnung der In-vitro-Fertilisation

Follikelentnahme nach Nr. 315 GOÄ.

Nr. 315 ist je Ovar einmal für die Follikelentnahme berechnungsfähig, auch wenn je Ovar mehr als ein Follikel entnommen wird. Die Berechnung der Nr. 297 für die Entnahme des einzelnen Follikels neben Nr. 315 für die Punktions des Ovars ist nicht zulässig (§ 4 Abs. 2 a GOÄ).

Punktion des Douglasraums zwecks Asservation ggf. weiterer Follikel nach Nr. 316.

Nr. 316 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Mikroskopisch-zytologische Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel analog Nr. 4852.

Die Untersuchung analog nach Nr. 4852 ist je entnommenem Follikel berechnungsfähig.

D 2a

Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen analog Nr. 4751.

Nr. 4751 analog für die Oozytenpräparation ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen analog Nr. 4873.

Nr. 4873 analog für die In-vitro-Eizell-Spermien-Kulturen ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Kultur angelegt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für die Eizell-Spermien-Kultur schließt sämtliche, damit methodisch in Zusammenhang stehende, Maßnahmen ein (unter anderem Umsetzen der gewonnenen Eizellen in vorbereitete Kulturschalen, mikroskopische Kontrolle der Vorkulturen, Ansetzen der eigentlichen Eizell-Spermien-Kulturen, Dokumentation der Entwicklung am folgenden Tag, Putzen der Eizellkumuluskomplexe unter mikroskopischer Kontrolle nach Beendigung der Eizell-Spermien-Kulturen).

Beurteilung des Pronukleus-Stadiums analog Nr. 4852.

Nr. 4852 analog für die Beurteilung des PN-Stadiums ist je Eizelle berechnungsfähig und schließt jeweils die Beurteilung, ob ein PN-Stadium erreicht wurde, die Beurteilung etwaiger Auffälligkeiten an der Eizelle sowie die Dokumentation ein.

Ansetzen der Prä-Embryonenkulturen analog Nr. 4873.

Die Analogposition ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Prä-Embryonenkultur angesetzt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für das Anlegen der Prä-Embryonenkulturen schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (unter anderem Ansetzen der Kulturen, Umsetzen der Embryonen in neue Kulturplatten zur Vorbereitung für den Transfer und jeweilige Dokumentation).

Mikroskopische Untersuchung der Prä-Embryonen vor Embryotransfer analog Nr. 4852.

Die Analogposition ist je Prä-Embryo berechnungsfähig und schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (unter anderem mikroskopisch-zytologische Untersuchung der Prä-Embryonenkulturen, Grading der Embryonenqualität, Schrift- und Fotodokumentation).

Embryotransfer, einschließlich Einführen eines speziellen Doppelkatheters, analog nach Nr. 1114.

Nr. 1114 ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als ein Embryo übertragen wird.

Über die in diesem Beschluss genannten Leistungen hinaus sind umfangreiche weitere Leistungen bei der Durchführung einer In-vitro-Fertilisation erforderlich. Eine Zusammenstellung der im Rahmen eines IVF-Zyklus in der Regel medizinisch erforderlichen Einzelleistungen (gynäkologische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Hormonlaborbestimmungen, künstliche ovariale Stimulation, Eizellentnahme, so genanntes spezielles IVF-Labor und Embryotransfer, klinische, sonographische und laborchemische Befundkontrollen nach Embryotransfer) ist auf Anforderung bei der Bundesärztekammer/Dezernat IV erhältlich.

1.2 Abrechnung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion

Wird zusätzlich zu der oben beschriebenen In-vitro-Fertilisation (IVF) eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt, so sind hierzu weitere, spezielle Maßnahmen an Eizellen und Spermien erforderlich. Im Zusammenhang mit den dabei anfallenden Einzelleistungen hat der Ausschuss „Gebührenordnung“ folgende Abrechnungsempfehlungen beschlossen:

Mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II -Oozyte unter Mikrokulturbedingungen, einschließlich Vorbehandlung des Follikelpunktats und Entfernung des Eizellkumulus, analog Nr. 4873.

Die Analogposition ist je punktierte Oozyte berechnungsfähig.

Insemination der Oozyte durch Injektion des Spermatozoons durch das Oolemm nach Nr. 1114.

Die Leistung ist je behandelte Eizelle berechnungsfähig.

Dichtegradientenisolierung der Spermien nach Nr. 4003.

Nr. 4003 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

1.3 Abrechnung von Leistungen bei Verwendung von kryokonservierten Hodengewebsproben

Werden zur Durchführung einer IVF oder einer mit ICSI kombinierten IVF Spermien verwendet, die aus operativ entnommenen kryokonservierten Hodengewebsproben entstammen, so sind hierfür nach Auftauen des Materials spezielle Leistungen zur Spermienförderung erforderlich. Der Ausschuss „Gebührenordnung“ hat hierzu folgende Abrechnungsempfehlungen beschlossen:

Biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermienförderung, einschließlich Untersuchung der Hodengewebsproben nach dem Auftauen, analog Nr. 4872.

Die Analogposition ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

VII. Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin

2.1 Kardiorespiratorische Polygraphie

Der Leistungskomplex der kardiorespiratorischen Polygraphie (so genanntes „Kleines Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens sechs Stunden Dauer, analog Nr. 653 GOÄ.
- Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ.
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ.

D 2a

- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP- oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche Registrierung beziehungsweise Überwachung über eine mindestens sechsstündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

2.2 Polysomnographie

Der Leistungskomplex der Polysomnographie (so genanntes „Großes Schlaflabor“) setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG-Aufzeichnung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 827.
- EOG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237.
- EKG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 653.
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 602.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605.
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 839.
- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714.
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer nCPAP-/oder BiPAP-Beatmungsmaske analog Nr. 518.

2.3 Polygraphische Vigilanzmessung am Tag

Der Leistungskomplex der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827, einmal pro Untersuchungstag.
- EOG nach Nr. 1237, einmal pro Untersuchungstag.
- EMG nach Nr. 838, einmal pro Untersuchungstag.

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten müssen an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand gemessen werden.

2.4 Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken,
analog Nr. 427.

2.5 Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske,
analog Nr. 518 je Sitzung.

2.6 Einsatz neuropsychologischer Testverfahren zur schlafmedizinischen Diagnostik,
analog Nr. 856.

Die Anerkennung der Leistung setzt voraus, dass mindestens zwei neuropsychologische Testverfahren, gegebenenfalls einschließlich psychometrischer und projektiver Verfahren, eingesetzt werden.

Anmerkungen:

Aus der Festschreibung der zur Abrechnung notwendigen Dauer einer Behandlung („... über mindestens sechs Stunden ...“), z. B. für die Nrn. 653, 602, 605, 714 GOÄ folgt, dass gebührenrechtlich eine Abrechnung der Gebührenposition oberhalb des Mittelwertes mit der Begründung „vermehrter Zeitaufwand (auch bei der Auswertung)“ nicht möglich ist, wenn diese Untersuchung beispielsweise sieben oder acht Stunden gedauert hat. Eine Abrechnung oberhalb des Mittelwertes kann nur dann erfolgen, wenn bei dem Patienten andere Kriterien des § 5 Abs. 2 GOÄ (Schwierigkeit der einzelnen Leistung, Schwierigkeit des Krankheitsfalles, Umstände bei der Ausführung) vorliegen. Erschwerte Umstände bei der Ausführung der Leistung könnten beispielsweise vorliegen, wenn der Patient sehr unruhig schläft und sich dabei mehrfach die Elektroden entfernt. Schwierigkeiten bei der Leistung ergeben sich u. U. auch bei besonders betreuungsintensiven, z. B. bei bewusstseinsgestörten oder vital gefährdeten Patienten oder Kindern.

VIII. Abrechnung von HNO-Leistungen

Operation an der Nasenmuschel

1) Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438
Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z. B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten.

Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 neben Nr. 1438 berechnet werden.

D 2a

Operationen am Nasenseptum

2 a) Nr. 1438 oder Nr. 2382 analog neben Nr. 1448

Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 oder analog nach Nr. 2382 neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2 b) Nr. 1441 neben Nrn. 1447/1448

Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 zuzuordnen. Nr. 1441 ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2 c) Nr. 2253 analog für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperationen oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447/1448.

Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die routinemäßige Reimplantation von gebrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikationen ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2 d) Nr. 2256 (analog) für die Abtragung der Lamina perpendicularis nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 oder Nr. 1448 abgegolten.

2 e) Nr. 2267 (analog) nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Knochenzerbrechung zur Begrädigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 abgegolten und kann nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 2267 (analog), neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2 f) Nrn. 1425/1426 nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Ausstopfung der Nase nach Nr. 1425 oder 1426 kann nicht neben den Nrn. 1447/1448 berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.

2 g) Postoperative Tamponaden-/Schienen-/Splintentfernung analog Nr. 1427 bzw. analog Nr. 1430

Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 analog berechnungsfähig. Nr. 1427 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden.

Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist Nr. 1430 analog berechnungsfähig. Nr. 1430 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhausthöhlen entfernt werden muss.

2 h) Nrn. 1429/1435 in derselben Sitzung nicht neben Nrn. 1447/1448

Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448, ggf. durch Ansatz eines höheren Faktors, abgegolten, und können nicht als selbstständige Leistungen, z. B. nach den Nrn. 1429/1435, neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

Operation an den Nasennebenhöhlen

3) Nrn. 1469/1470

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder 1470) zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellsystem gewählt werden.

Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) max. viermal berechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden. Bei Operation von mehr als einer Kammer der septierten Keilbeinhöhle kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

4) Nr. 1471, Nr. 1469 ggf. neben Nrn. 1469/1470

Werden bei endonasalmikroskopischer/endoskopischer Operationstechnik neben einer Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung die vorderen Siebbeinzellen nicht nur eröffnet, sondern ausgeräumt, so ist das Ausräumen der vorderen Siebbeinzellen mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten. Bei zusätzlicher Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) zusätzlich neben Nr. 1471 berechnungsfähig, vorausgesetzt, dass ein separater Zugangsweg zu den hinteren Siebbeinzellen geschaffen wurde.

5) Nr. 1486, subturbinale Fensterung

Wird bei einer endonasal-mikroskopischen/endoskopischen Kiefernöhrenoperation nach Nr. 1486 ein subturbinale Fenster zur Drainage angelegt, so ist diese zusätzliche Maßnahme durch die Berechnung der Nr. 1486 abgegolten, und nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 1468, neben Nr. 1486 berechnungsfähig. Der durch die zusätzliche subturbinale Fensterung verursachte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

6) Nr. 1488, Operation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite

Gegenüber dem alten Operationsstandard bei chronischer Sinusitis nach Nr. 1488 (Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite) wird in der modernen endoskopisch/mikroskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie das Ziel der schleimhautsicheren Funktionswiederherstellung der Nebenhöhle(n) unter Vermeidung größerer knöcherner Destruktionen verfolgt. Sofern für die operative Behandlung

D 2a

mehrerer Nasennebenhöhlen einer Seite jeweils getrennte endonasale Zugangswege gewählt werden, ist der je Nasennebenhöhle durchgeführte Eingriff als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anerkennung der Berechnung verschiedener Nasennebenhöhlen-Eingriffe nebeneinander ist, dass sich Indikationsstellung zum jeweiligen Eingriff sowie die Art der operativen Vorgehensweise aus dem OP-Bericht ableiten lassen. Die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschlossenen Abrechnungsempfehlungen für die Gebührenpositionen der einzelnen Nasennebenhöhlen-Eingriffe sind dabei jeweils zu beachten:

Bei Durchführung von Eingriffen zur Ausräumung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle müssen die diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen (vgl. Beschlussvorschlag Nr. 3, Nr. 1469 oder Nr. 1470, je Seite max. zweimal berechnungsfähig) beachtet werden. Erfolgt neben der Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung eine Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen, so ist dies mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten (vgl. Beschluss Nr. 4). Fakultativ zusätzliche Fensterungen der einzelnen Nasennebenhöhlen, z. B. das Anlegen eines zusätzlichen subturbinalen Fensters bei endoskopischer Kiefernöhrenoperation, sind nicht als selbstständige Leistungen zusätzlich zu der Gebührenposition für den operativen Eingriff an dieser Nasennebenhöhle berechnungsfähig; der hierdurch erhöhte Aufwand muss durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden (vgl. Beschluss Nr. 5).

7) Nr. 1480 nicht neben Eingriffen an der Nasennebenhöhle

Nr. 1480 kann nur als selbstständige Leistung, nicht für die intraoperative Absaugung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen berechnet werden.

Tonsillektomie

8) Nrn. 1499/1500

Die Exzision von hyperplastischem Tonsillen-Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis ist mit dem Ansatz der Nrn. 1499/1500 abgegolten.

Tympanoplastik/Otosklerose-Operation

9) Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614

Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfelldefekts oder zur endoprothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelchenkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Präparation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) abgegolten. Die Nr. 2253 analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes bzw. der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

10) Nr. 2583 (Neurolyse) ggf. neben Nrn. 1610/1613/1614

Bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ist ggf. die Neurolyse der Chordatympani oder des Nervus facialis aus wuchernden Epithelformationen erforderlich. In diesen Fällen ist Nr. 2583 neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

11) Nr. 2253 analog für die Verwendung von autologen Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbstständige Leistung,

z. B. nach den Nrn. 2380/2381/2382/2383/2384, anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 handelt. Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, der durch aufwendigere Maßnahmen, die in Beschlussvorschlag Nr. 8. a) nach Nr. 2253 bewertet sind, erforderlich ist. Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 analog einmal neben Nr. 1623 berechnungsfähig.

12) Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610/ 1613/1614

Nr. 1579 (Chemische Ätzung in der Paukenhöhle) kann in derselben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610/ 1613/1614 berechnet werden.

IX. Sonstige Analogbewertungen

Abrechnung der Kapselendoskopie

A 707 Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinale Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes. Analog Nr. 684 GOÄ plus Nr. 687 GOÄ (2700 Punkte)

Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie).

Ein Arzt oder eine Ärztin, der/die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachgewiesen wird.

Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.

Beschluss zur Netzimplantation in der Hernienchirurgie

Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes, analog Nr. 3286 (Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches — gegebenenfalls mit Darmresektion, 2 000 Punkte).

Allg. Bestimmungen Satz 3 zu O IV. 3.

Hochvoltbestrahlung bösartiger Erkrankungen

„Bei Bestrahlung von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z. B. Mantelfeld oder umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.“

D 2a

Definition Zielvolumen

Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldanordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.

Auslegung der Allg. Bestimmungen zu O IV. 3.

Hochvoltbestrahlung Satz 3

Wird eine Hochvoltbestrahlung von **Systemerkrankungen** (z. B. Non-Hodgkin, Hodgkin) **oder metastasierten Tumoren** (Tumor mit nachgewiesenen Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) nach den Nrn. 5836 und ggf. 5837 GOÄ durchgeführt, so kann die Bestrahlung eines Zielvolumens einmal je Fraktion berechnet werden. Mehrere Zielvolumina, z. B. Tumorbett der Mamma und Lymphknotenmetastasen der Regio suprACLicularis, gelten dann als ein Zielvolumen, wenn diese Zielvolumina indikationsgerecht, d. h. im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen O IV Ziffer 2 und unter Berücksichtigung spezialgesetzlicher Regelungen (StrlSchV § 81, RöV § 25), in einem Großfeld (Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden können.

Können diese beiden Zielvolumina aus strahlenschutzrechtlichen Gründen zur Vermeidung der Strahlenexposition anderer Organe nicht in einem Großfeld bestrahlt werden, so treffen die Allgemeinen Bestimmungen O IV. 3 Satz 3 nicht zu. In der Folge kann für das oben genannte Beispiel sowohl für das Tumorbett der Mamma als auch für die Lymphknotenregion die Nr. 5836 GOÄ (und ggf. 5837 GOA) jeweils einmal je Fraktion angesetzt werden.

Für eine Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger **nicht metastasierter Tumoren** (ohne klinisch oder pathologisch nachgewiesene Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) im Bestrahlungsfeld haben die Allgemeinen Bestimmungen zu O IV. Satz 2 Vorrang und die Allgemeinen Bestimmungen zu O IV. 3. treffen nicht zu. Wird eine Hochvoltstrahlenbehandlung bei einem nicht metastasierten Tumor nach den Nrn. 5836 GOÄ (und ggf. 5837 GOÄ) durchgeführt, so kann diese Gebührenposition einmal je Fraktion und je Zielvolumen berechnet werden. Werden beispielsweise das Tumorbett der Mamma und adjuvant (begleitend), ohne Nachweis von Metastasen, das Lymphabflussgebiet der Axilla bestrahlt, so handelt es sich um zwei Zielvolumina, die jeweils zur Abrechnung der Nrn. 5836 GOÄ (und ggf. 5837 GOÄ) führen.

A 5830

Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung, analog der Nr. 5378 GOÄ (1000 Punkte)

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann.

Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.

Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5878 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

A 5860

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger — einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske —, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners,

analog 6 x 5855 GOÄ (6900 P.)

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.

Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom.

Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

A 5861

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger — einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske —, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners,

analog 3,5 x 5855 GOÄ (6900 P.)

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.

Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom.

Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

Operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa nach Nr. 2820 GOÄ

Für die operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa kann die Nr. 2820 GOÄ nur dann angesetzt werden, wenn die Arteria carotis externa im Sinne eines Umgehungs Kreislaufes an der Blutversorgung des Gehirns teilnimmt und daher als funktionelle Hirnarterie (= hirnversorgend) anzusehen ist.

D 2a

Abzug von Eröffnungsleistung nicht notwendig bei Carotischirurgie

Die Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Leistungsverzeichnisses der GOÄ schreibt den Abzug einer Eröffnungsleistung in den Fällen vor, in denen mehrere Eingriffe „in der Brust- oder Bauchhöhle“ im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt werden. Bei gleichzeitigem gefäßchirurgischen Eingriff an beiden Carotiden (Arteria carotis communis und interna) nach den Nrn. 2820 und/oder 2821 GOÄ „Rekonstruktive Operation an einer extrakranialen Hirnarterie (mit Anlegen eines Shunt)“ unter Verwendung eines Zuganges ist der sich überschneidende Leistungsbestandteil der Eröffnungsleistung der beiden selbstständigen Leistungen so geringfügig, dass eine Anwendung der für die Nebeneinandererbringung von Eingriffen in „Brust- oder Bauchhöhle“ geltenden Bestimmung des Abzugs nicht auf die Carotischirurgie übertragbar ist.