

GOÄ aktuell:

Zur Berechnung einzelner ärztlicher Leistungen

A. Schleppers

EEG und evozierte Potentiale (EP) zur peri- / postoperativen Überwachung

Bei gefäßchirurgischen Operationen, die das Cerebrum betreffen, insbesondere bei Carotis- und Aneurysmaoperation sowie bei kardiochirurgischen Eingriffen wird häufig ein intraoperatives EEG zur frühzeitigen Erfassung cerebraler Ischämien abgeleitet. Mit diesem kontinuierlichen elektrophysiologischen Überwachungsverfahren können die Spontanaktivität der Großhirnrinde beurteilt sowie verschiedene Modalitäten evozierter Potentiale erfaßt werden, welche die reizinduzierte Aktivität kortikaler, subkortikaler und sogar peripherenervöser Strukturen erkennen lassen. Als wichtigste Modalität werden vor allem somatosensorisch evozierte Potentiale (SEP) für das intraoperative Monitoring eingesetzt (1, 2). So sind zum Beispiel die nach Stimulation des N. medianus ausgelösten SEP dazu prädisponiert, eine zerebrale Minderperfusion im Versorgungsgebiet der A. cerebri media bei Eingriffen an hirnversorgenden Gefäßen zu dokumentieren (3, 4, 5).

Zahlreiche Studien belegen, daß eine kritische zerebrale Minderperfusion im Rahmen von Operationen, infolge temporärer Clippings, akzidenteller Okklusion, Gefäßretraktion oder Luft- bzw. Plaqueembolien, zuverlässig durch die Aufzeichnung somatosensorisch evozierter Potentiale erfaßt werden kann. Dieser Nutzen wird jedoch nicht bei unkomplizierten Eingriffen und bei Aneurysmen im Bereich der posterioren Zirkulation evident, sondern zeigt sich insbesondere bei der Operation von Mediaaneurysmen, multilobulären Aneurysmen, rekonstruktiven Eingriffen an der Carotisbifurkation und herznahen Gefäßen (6, 7) sowie Klappenersatzoperationen.

Dieses neurophysiologische Überwachungsverfahren ermöglicht eine kontinuierliche und risikolose Überwachung der Patienten und wird sehr häufig von Anästhesisten während der Operation durchgeführt. Durch die hohe Sensitivität kann die Gefahr ischämisch bedingter bleibender neurologischer Defizite auch bei Hochrisikopatienten zuverlässig gemindert werden.

Da es in der aktuellen GOÄ (4. Änd. VO, 1996) keine Nummer für die EEG-Überwachung und die Messung evozierter Potentiale während Narkose und Operation bei entsprechendem Risiko gibt und der Leistungsumfang der GOÄ Nrn. 827 und 828 über die in der Anästhesiologie relevanten Fragestellungen in Breite und Tiefe hinausgeht, hat die Gebührenkommission des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) eine Empfehlung zur Liquidation dieser beiden Leistungen erarbeitet:

- Elektroenzephalographische Untersuchungen während einer Narkose mit mindestens zwei Ableitungen bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender cerebraler Ischämie (z.B. Carotis- TEA, extreme Kopflagerung bei gestörter cerebraler Perfusion). Die Ableitungen müssen registriert werden. Eine regelhafte EEG-Überwachung, z.B. zur Bestimmung der Narkosetiefe, ist Bestandteil des Narkoseverfahrens und nicht gesondert abrechenbar.

EEG während Narkose
GOÄ Nr. 827 605 Punkte 68,97 DM*

- Messung evozierter Potentiale während einer Narkose mit mindestens zwei Ableitungen bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender cerebraler Ischämie (z.B. Carotis TEA, extreme Kopflagerung bei gestörter cerebraler Perfusion).

Die Ableitungen müssen registriert werden. Eine regelhafte Überwachung, z.B. zur Bestimmung der Narkosetiefe, ist Bestandteil des Narkoseverfahrens und nicht gesondert abrechenbar.

Messung evozierter Potentiale während Narkose
GOÄ Nr. 828 605 Punkte 68,97 DM*

Zu beachten ist, daß das EEG und die Messung evozierter Potentiale während Narkose nicht als Analogziffern, sondern als Originalziffern zu berechnen sind, da es sich im Sinne des § 6 Abs. 2 der GOÄ um gleichartige und nicht um gleichwertige Leistungen handelt.

Hyperbare Oxygenierung

In zunehmendem Maße werden Patienten im Rahmen einer Druckkammertherapie zur hyperbaren Oxygenierung von Anästhesisten betreut. Die hyperbare Oxygenierung (HBO) gehört zu den alternativen Behandlungsmethoden mit der Beschränkung auf einzelne Indikationen, u.a. Perceptionsstörungen des Innenohres, verbunden mit Tinnitusleiden und periphere Ischämien. In der GOÄ gibt es keine eigene Nummer für die HBO-Therapie, auch fehlt eine offizielle Analogbewertung in der Analogliste der BÄK.

* Reduzierter Gebührenrahmen (1fach / 1,8fach / 2,5fach). Die Leistung ist nur einmal je Sitzung berechenbar. Die Leistungen nach Nr. 827 und Nr. 828 sind in gleicher Sitzung nicht nebeneinander berechenbar.

Gebührenfragen

Der Verordnungstext der GOÄ zu § 6 Abs. 2 hebt bei der Auswahl der analogen Bewertung auf eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung ab.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat bereits 1984 in ihrer Empfehlung zu analogen Bewertungen unter anderem ausgeführt: *"Analog heranziehbar ist nur eine Leistungsposition, die in technischer Durchführung, normalem Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand sowie in den Kosten mit der im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung vergleichbar ist"*.

Diese Auffassung hat die BÄK in "Analoge Bewertungen in der GOÄ" im Deutschen Ärzteblatt, 94, Heft 28-29, S. A-1060 mit einer nicht unwesentlich präzisierenden Ergänzung wiederholt: *"Wenn eine analoge Abrechnung in Frage kommt, muß eine GOÄ Position gewählt werden, die in der technischen Durchführung, im Zeitaufwand, im Schwierigkeitsgrad und in den Kosten der erbrachten Leistung möglichst nahe kommt"*.

- Unter Berücksichtigung dieser Auswahlkriterien schlägt der Berufsverband Deutscher Anästhesisten BDA als Analogbewertung für die HBO-Therapie die Ziffer 792 vor; gleicher Auffassung ist auch die BÄK in ihren Informationen zu besonderen Therapiemethoden (8).

A792 HBO-Therapie 440 Punkte 50,16 DM*

Wir sind der Auffassung, daß die von uns vorgeschlagene analoge Bewertung nach Nr. 792 für die HBO-Therapie den Kriterien nach § 6 Abs. 2 der GOÄ entspricht und angemessen ist.

Darüber hinaus werden im ambulanten Bereich, wie auch bei anderen Anästhesieverfahren, diejenigen Arzneimittel und sonstige Materialien, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, nach § 10 GOÄ zusätzlich berechnet. Im Falle der HBO-Therapie wird als Medikament ein großes Volumen des Arzneimittels "Sauerstoff" eingesetzt. Dieser Betrag wird unter dem Bereich Sachkosten der Liquidation hinzugerechnet. Der hierfür anzusetzende Betrag liegt üblicherweise bei ca. 250 DM pro HBO-Behandlung.

Eine zusätzlich erbrachte Beratungs- und Untersuchungsleistung kann - unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen - nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 der GOÄ auch neben der HBO-Therapie nach A792 berechnet werden.

Transösophageale Echokardiographie

Seit Einführung der transoesophagealen Echokardiographie (TEE) im Jahre 1980 und der zunehmenden technischen Verbesserung der Geräte gewinnt dieses Verfahren zur Diagnostik und Überwachung kardialer Funktionen und herznaher Strukturen zunehmend an Bedeutung. Durch eine zweidimensionale realtime-

Darstellung ist es für den Anästhesisten möglich, die Anatomie und die physiologische Funktion des Herzens in der perioperativen und intensivmedizinischen Phase zu überwachen (12). Ergänzt wird dieses Verfahren noch durch die Möglichkeit der dopplersonographischen Flußdarstellung. Hierdurch bietet die TEE-Untersuchung eine Alternative zum invasiven Pulmonalarterienkatheter in Kombination mit einer ST-Segmentanalyse im EKG.

Frühzeitig können mit der TEE beispielweise myokardiale Wandbewegungsstörungen als Zeichen einer Minderperfusion bei koronarkranken Patienten erfaßt werden. In der Anästhesie bei kardiochirurgischen Eingriffen können die perioperative Klappenfunktion und paravalvulären Leckagen erfaßt sowie Anastomosenkontrollen durchgeführt werden (12). In der Intensivmedizin kann eine TEE-Untersuchung zur Beurteilung der rechts- und linksventrikulären Füllung sowie der Klappenfunktion im Rahmen hämodynamischer Entgleisungen und septischer Krankheitsbilder herangezogen werden (9).

Die TEE stellt dabei kein Routineverfahren dar, sondern die Indikation muß sorgfältig auf den individuellen Zustand und die prädisponierenden Erkrankungen des Patienten abgestimmt werden. Für den Anästhesisten ist es daher unabdingbar, über umfangreiche theoretisch und praktische Kenntnisse in der Echokardiographie und der differenzierten Interpretation der Befunde von Herzfunktion und Klappenapparat einschließlich der Dokumentations- und Archivierungsmöglichkeiten zu verfügen.

Um diese Anforderungen im Hinblick auf die geforderte hohe Qualität der anästhesiologischen Patientenbetreuung zu gewährleisten, hat die DGAI ein qualifiziertes Fortbildungsprogramm „TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin“ aufgelegt, welches mit einem Zertifikat durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) abgeschlossen werden kann (10, 11).

Da die transösophageale Echokardiographie im klinischen Alltag für den Anästhesisten zunehmend an Bedeutung gewinnt, haben im Referat für Gebührenfragen des BDA auch die Anfragen zugenommen, wie diese Leistung im Bereich der Privatliquidation honoriert werden kann. Die Gebührenkommission des BDA hat diese Frage ausführlich diskutiert und schlägt für die TEE-Untersuchung während der Narkose folgende Bewertung vor:

Transösophageale Echokardiographie (TEE) mehrdimensional, zur Funktionsdiagnostik, Überwachung und Therapiekontrolle während einer Narkose für herzchirurgische Eingriffe sowie bei erheblicher kardialer Vorschädigung und chirurgischen Eingriffen, die mit einem hohen Risiko hämodynamischer Entgleisungen einhergehen.

GOÄ Nr. 424 700 Punkte 79,80 DM*

Der Zuschlag nach Nummer 402 für die trans-

* (Diese Ziffer ist nur einmal je Sitzung berechenbar).

ösophageale" Leistung ist im Zusammenhang mit der Nummer 424 einmal je Sitzung berechenbar. Der Zuschlag nach Nummer 404 für die zusätzliche "Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation" ist im Zusammenhang mit der Nummer 424 einmal je Sitzung berechenbar.

Zu beachten ist auch hier, daß die TEE-Untersuchung während Narkose nicht als Analogziffer, sondern als Originalziffer zu berechnen ist .

Literatur

1. *Dinkel M*: Neurophysiologisches Monitoring in der perioperativen Phase – Grundlagen, Problematik, Indikationen. *Anästh. & Intensivmed.*, 36, 3-10 (1995)
2. *Emerson R G, Turner C A*: Monitoring during supratentorial surgery, *J. Clin. Neurophysiol.* 10, 404-411 (1993)
3. *Dinkel M*: Funktionelles hämodynamisches und metabolisches Neuromonitoring in der Karotischirurgie, *Abbott, Wiesbaden* (1995)
4. *Friedman W A, Chadwick G M, Verhoeven F J S*: Monitoring somatosensory evoked potentials during surgery for middle cerebral artery aneurysms, *Neurosurg.*, 29, 83-88 (1991)
5. *Schramm J, Koth A, Schmidt G, Pechstein U, Taniguchi M, Fahlbusch R*: Surgical and electrophysiological observation during clipping of 134 aneurysms with evoked potential monitoring, *Neurosurg.*, 26, 61-70 (1990)
6. *Wang A D, Cone J, Symon L*: Somatosensory evoked potential monitoring during management of aneurysms, *Neurosurg.*, 60, 264-268, (1984)
7. *Manninen P, H, Lam A M, Nantau W E*: Monitoring of somatosensory evoked potentials during temporary arterial occlusion in cerebral aneurysm surgery, *J. Neurosurg. Anästh.* 2, 97-104 (1990)
8. *Besondere Therapiemethoden, Analoge Bewertung der Hyperbaren Sauerstofftherapie*, *BÄK*, 24.07., *AZ.*: 574.420 (1991)
9. *Loick H M, Kehl G, Schmidt Ch*: Tranösophagealen Echokardiographie (TEE) in der Anästh. & Intensivmed. – Grundlagen und Indikationen, *Anästh. & Intensivmed.*, 39, 288-298, (1998)
10. *Loick H M, Greim C A, Roewer N, Van Aken H*: Richtlinien zur Weiterbildung in der tranösophagealen Echokardiographie für Anästhesisten: Indikationen – Ausbildung – Zertifizierung, *Anästh. & Intensivmed.*, 40, 67-71, (1999)
11. *Verbandsmitteilung: Qualifizierte Fortbildung der DGAI "TEE in der Anästhesiologie und Intensivmedizin"*, *Anästh. & Intensivmed.*, 40, 217, (1999)
12. *Brandt L, Krauskopf K, Simons*: *Handbuch der Kardiomanästhesie*, *WVG Stuttgart*, (1996), 264, 267, 287.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Alexander Schleppers*
Referat für Gebührenfragen (GOÄ) des BDA
Sossenheimer Weg 19
D-65843 Sulzbach.

Anästhesiespezifische Liquidationsprogramme

In den letzten Monaten stiegen im Referat für Gebührenfragen des BDA die Anfragen zur Empfehlung eines privatärztlichen Liquidationsprogrammes, welches auf die speziellen Bedürfnisse der Anästhesisten zugeschnitten ist. In zunehmendem Maße gehen Anästhesisten dazu über, ihre privatärztlichen Liquidationen in Eigenarbeit zu erstellen. Um diese Arbeit überhaupt neben den täglichen Anforderungen erledigen zu können, wird ein Programm benötigt, welches die anwenderfreundliche, zeitsparende und kostengünstige Abwicklung der erforderlichen Vorgänge ermöglicht. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten hat sich daher entschlossen, ein solches, speziell für Anästhesisten geeignetes Liquidationsprogramm zu entwickeln, und empfiehlt für die privatärztliche Abrechnung das anästhesiespezifische Liquidationsprogramm narLIS[®].

narLIS Konzept:

Modularer Aufbau

- Abrechnungsprogramm
- Abrechnungsverwaltung, offene Posten, Statistik etc.
- Gebührenkommentar*
- Interne formale Gebührenprüfung.

Systemicherheit durch Aufbau auf Standardsoftware (MS Access 97).

Individuelle Beratung durch Kooperation mit dem Referat für Gebührenfragen (GOÄ) des BDA.

Geeignet für die stationäre und ambulante privatärztliche Abrechnung.

* Zum DAK 2000 erscheint der neue Fachkommentar GOÄ Anästhesiologie unter dem neuen Titel „Anästhesiekommentar zur GOÄ“ von W. Weißbauer u. A. Schleppers als Lose-Blatt-Sammlung und EDV-gestütztes Informationssystem zu narLIS[®].

Vorteile:

Zeitersparnis durch hohe Anwenderfreundlichkeit

Schnelle Übersicht über eigene Leistungsstatistiken

Sicherheit in der Abrechnung und in der Argumentation mit den Versicherungen durch kombinierbaren anästhesiespezifischen Gebührenkommentar und interne formale Gebührenprüfung

Regelmäßiger Update – Service bei Änderungen oder Ergänzungen in der GOÄ

Kostengünstig durch Paketpreis oder Leasingangebot.

Weitere Informationen und eine unverbindliche Demoversion erhalten sie beim Referat für Gebührenfragen (GOÄ) des BDA (Adresse siehe oben).