

Kardiologe 2013 · 7:39–44
 DOI 10.1007/s12181-012-0473-0
 Online publiziert: 14. Februar 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

G. Steinbeck¹ · J. Brachmann² · W. Reuter³

¹ Zentrum für Kardiologie am Klinikum Starnberg, Starnberg

² II. Medizinische Klinik, Kardiologie-Angiologie-Pneumologie, Klinikum Coburg, Coburg

³ DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln, Köln

Gebührenrechtliche Problematik bei der Abrechnung der elektrophysiologischen Untersuchung (EPU)

Gespräch am Aufnahmetag

GOÄ-Nr. 34

Das Gespräch am Aufnahmetag wird häufig nach Nr. 34 berechnet.

Die stationäre Aufnahme erfolgt in der Regel jedoch zur elektiven Ablation bereits seit geraumer Zeit bestehender, bekannter und häufig bereits abgeklärter Rhythmusstörungen. Nummer 34 ist jedoch nur berechnungsfähig für die Erörterung (Dauer mindestens 20 min) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung *in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung* einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung. Hiervon ist im Zusammenhang mit der stationären Aufnahme zur elektiven Ablation regelmäßig nicht auszugehen. In diesem Fall wird empfohlen, Nr. 3 zum Höchstsatz in Ansatz zu bringen.

Besteht jedoch ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung der Erkrankung, ist Nr. 34 ansatzfähig.

Ein solcher Fall liegt beispielsweise dann vor, wenn im Rahmen der stationären Aufnahme oder Verlegung das *erste* Aufklärungsgespräch bzgl. der vorliegenden Erkrankung, des individuellen Befundes, des Behandlungsziels, des Behandlungsablaufs, möglicher Behandlungsalternativen und typischer oder eher seltener Risiken und Nebenwirkungen mit dem Patienten geführt wird.

Ist dieses Gespräch hingegen bereits im Vorfeld des stationären Aufenthalts geführt worden, ist Nr. 34 nicht abrechnungsfähig.

Intravenöse Infusionen und Injektionen

GOÄ-Nrn. 253 und 272

Nummer 272 für die intravenöse Infusion für mehr als 30 min ist am Tag der elektrophysiologischen Untersuchung (EPU) grundsätzlich einmal berechenbar. Sie kann ausnahmsweise 2-mal ansatzfähig sein, wenn die Infusionen über 2 getrennte Zugänge erfolgen oder es kann, wenn die Infusion über einen Zeitraum von mehr als 6 h erfolgt, Nr. 274 berechnet werden.

Nummer 253 für intravenöse Injektionen kann neben Nr. 272 nicht berechnet werden. Die Medikamentengabe ist hier nach Nr. 261 (je Medikament) berechenbar, wobei die Medikamente in der Rechnung anzugeben sind. Dies gilt jedoch nicht für Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidote, sofern eine nach Nr. 451 ff. berechnete Narkoseleistung erbracht wird.

Messung des zentralen Venen- oder Arteriendrucks und intraarterielle Injektion bzw. Infusion

GOÄ-Nrn. 254, 277, 278 neben 648

Wird eine Leistung nach Nr. 648 (Messungen des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung – einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und ggf. Röntgenkontrolle) durchgeführt, ist diese bei entsprechender Dokumentation eines getrennten Zugangs auch berechenbar.

Der zusätzliche Ansatz intraarterieller Injektionen bzw. Infusionen nach den Nrn. 254, 277 oder 278 ist daneben jedoch nicht möglich.

Infiltrationsanästhesie zur Einbringung von Kathetern

GOÄ-Nrn. 490 und 491

Für die Punktion zur Einbringung des Katheters im Rahmen einer EPU wird in der Regel lediglich ein kleiner Bezirk lokalanästhesiert. Die hierfür erforderliche Lokalanästhesie ist nach Nr. 490 berechnungsfähig. Als Beispiel für einen kleinen Bezirk wird im Kommentar Lang/Schäfer/Stiel/Vogt die Versorgung einer kleinen Wunde oder die Punktion eines großen Gelenks angeführt. Da die Lokalanästhesie für die Punktion zur Kathetereinführung mit letzterem zu vergleichen ist,

sollte von der Berechnung der Nr. 491 im Regelfall abgesehen werden.

Sofern jedoch über eine Region mehrere Schleusen und/oder großlumige Schleusen gelegt werden, kann bei entsprechender Dokumentation im Einzelfall auch Nr. 491 berechnet werden.

Nichtinvasive Blutdruckmessung zur Überwachung

GOÄ-Nr. 643

Diese Nummer wird häufig fälschlicherweise für eine nichtinvasive Blutdruckmessung zur Überwachung angesetzt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine nichtinvasive Blutdruckmessung zur Überwachung zum einen eine unselbstständige Teilleistung im Sinne des Monitorings darstellt und zum anderen auch nicht dem Leistungsinhalt der Nr. 643 (periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung) entspricht, da diese sich auf eine zu diagnostischen Zwecken dienende Ultraschalluntersuchung bezieht.

Nummer 643 kann daher für eine nicht invasive Blutdruckmessung zur Überwachung nicht berechnet werden.

Radiologische Darstellung der Pulmonalvenen

GOÄ-Nrn. 346, 347, 5329 und 5335

Die radiologische Darstellung der Pulmonalvenen wird regelmäßig gesondert berechnet. Die Maßnahme erfolgt u. a. unter verschiedenen Gesichtspunkten: optimale Positionierung des EPU-Katheters, Klärung der anatomischen Konfiguration des linken Vorhofs im Hinblick auf die dreidimensionale Rekonstruktion, Ausschluss anatomischer Varianten, die den Therapieprozess beeinflussen würden. Damit ist eine gesonderte Berechenbarkeit gegeben.

Überwiegend werden hier bislang die Nrn. 346, 347, 5329 und 5335 angesetzt, teilweise aber auch die Nrn. 5324 A/5325 A bzw. 5326 A sowie die 360 A/361 A (für die Kontrastmittel(KM)-Einbringung) und andere GOÄ-Nummern. Letztere Abrechnungen sind jedoch nicht möglich. Gebührenrechtlich ist bei der

Darstellung von Pulmonalvenen von einer Venographie im Bereich des Brustraums auszugehen. Diese ist in der GOÄ mit Nr. 5329 abgebildet, sodass der Rückgriff nach §6 GOÄ auf eine andere Nummer nicht zulässig ist.

Eine Überschreitung des Schwellenwerts bei den Nrn. 346 und 347 sollte nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen. Die Nrn. 5329 und 5335 sollten hingegen nur mit dem 1,8-fachen Steigerungsfaktor berechnet werden, da lediglich eine abschnittsweise Darstellung der Pulmonalvenen erfolgt und bei der radiologischen Bewertung keine besonderen Schwierigkeiten bestehen.

Einbringen von Elektrodenkathetern

GOÄ-Nr. 656 A

Das menschliche Herz verfügt über 4 Herzhöhlen (linkes Atrium, linker Ventrikel, rechtes Atrium, rechter Ventrikel). Weitere Strukturen, die als Herzhöhle bezeichnet werden können, bestehen zum Zweck der Privatliquidation nicht. Koronarsinus, Pulmonalvenen wie auch die Anteile des Reizleitungssystems sind den 4 Herzhöhlen zuzuordnen und nicht als gesonderte anatomische Strukturen anzusehen.

Beispiel: Da die Aktivität des Koronarsinus der Aktivität des linken Vorhofs entspricht, ist der Koronarsinus diesbezüglich dem linken Vorhof zuzuordnen.

Nach Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) kann die Nr. 656 A einmal je eingebrachter Elektrodenkatheter berechnet werden, sofern der Katheter der Diagnostik (Ableitung und Stimulation) dient. Dies gilt auch für multipolare Katheter, die ggf. Ableitungen/Stimulationen im Bereich unterschiedlicher anatomischer Herzstrukturen ermöglichen.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass in der modernen Elektrophysiologie häufig vielfache Umplatzierungen in eine andere Herzhöhle notwendig werden. Wird ein Katheter dazu verwendet, nach Ableitung und Stimulation in einer Herzhöhle, z. B. rechter Vorhof, nach Manövrierung in eine andere Höhle, z. B. rechter Ventrikel, dort eine Ableitung und Stimulation vorzunehmen, beinhaltet diese Leistung die

Manipulation und Untersuchung einer weiteren Herzhöhle, ohne aber einen neuen Katheter einzuführen. Deswegen wird vorgeschlagen, bei Untersuchung einer zweiten Position des Herzens bei Wechsel der Herzhöhle mit dem gleichen Katheter diese Leistung mit dem 1,0-fachen Satz nach Nr. 656 A zu vergüten.

Zur Klarstellung: es sollte für die Erstplatzierung und die Einführung eines (ggf. auch multipolaren) Katheters in eine Herzhöhle einmalig Nr. 656 A zum 2,3- bis 3,5-fachen Faktor und für die fallweise erforderliche Umplatzierung des gleichen Katheters in eine andere Herzhöhle ggf. noch einmal Nr. 656 A, aber lediglich zum 1,0-fachen Steigerungssatz, berechnungsfähig sein. Nur in den seltenen Fällen, in denen die Umplatzierung aus patientenspezifischen Gründen (z. B. Vorhofgröße) besonders schwierig ist (Dokumentation notwendig), kann auch bei der Umplatzierung die Wahl eines höheren Steigerungssatzes begründet sein.

Die Einbringungen des Mapping- sowie des Ablationskatheters sind nicht gesondert nach Nr. 656 A berechenbar. Diese Kathetereinbringungen sind vielmehr mit dem Ansatz der jeweiligen Gebühr für das Mapping bzw. die Ablation abgegolten.

Rechtsherz- und Einschwemmkatheter in der EPU

GOÄ-Nrn. 626, 630 und 632

Neben den eingebrachten Diagnostikkathetern nach Nr. 656 A werden vielfach weitere Katheter berechnet. Im Rahmen einer EPU sind diese Maßnahmen jedoch medizinisch nicht plausibel. Der zusätzliche Ansatz der Nrn. 626, 630 und 632 sollte daher unterbleiben.

Zusätzliche Stimulationssonde im rechten Ventrikel

GOÄ-Nr. 631

Für das zusätzliche Einbringen einer Stimulationssonde in den rechten Ventrikel ist diese Nummer ansatzfähig. Dies gilt jedoch nur dann, wenn mittels geeigneter Dokumentation nachgewiesen werden kann, dass neben den Diagnostik- und

Ablationskathetern tatsächlich noch eine zusätzliche Schrittmachersonde eingebracht wurde.

Intrakardiale Ableitung und Stimulation

GOÄ-Nr. 828 A

Die Berechnung der Nr. 828 A erfolgt vielfach nicht unter Berücksichtigung der Aussagen der BÄK, sondern für jede durchgeführte Stimulation bzw. Ableitung. Aufbauend auf der Berechnungsfähigkeit der Nr. 656 A ist Nr. 828 A nach Auffassung der BÄK 2-mal pro Elektrokatheter gemäß Nr. 656 A vor und nach der Intervention bzw. Ablation berechnungsfähig, sofern über den entsprechenden Katheter nicht nur gemessen, sondern auch stimuliert wird (entsprechend nur einmal, wenn nur gemessen oder stimuliert wird).

Die maximale Berechnungsfähigkeit der Nr. 828 A ist daher an die Berechnungsfähigkeit von 656 A geknüpft. Sie kann damit bis zu 2-mal pro Herzhöhle berechnet werden, sofern über den entsprechend umplatzierten Katheter nicht nur gemessen, sondern auch stimuliert wird. Analog den Ausführungen zur Nr. 656 A sollte bei einer Untersuchung einer zweiten Position des Herzens mit Umplatzierung des Diagnostikkatheters in eine andere Herzhöhle mit dem gleichen Katheter Nr. 828 A erneut berechnungsfähig sein.

Transseptale Punktion

GOÄ-Nr. 629 A für eine transseptale Punktion

Die transseptale Platzierung der eingebrachten Katheter wird vielfach zusätzlich zur Gebühr für die Kathetereinbringung berechnet. Zur Einführung von Mapping- bzw. Ablationskathetern in den linken Vorhof zur Ablation von Vorhofflimmern ist die transseptale Punktion eine unabdingbare Voraussetzung. Somit kommt hier prinzipiell eine Bewertung dieser Leistung als methodisch notwendig in Betracht. Die transseptale Punktion wird mit einem völlig anderen Instrumentarium durchgeführt als dem Mapping-

Kardiologie 2013 · 7:39–44 DOI 10.1007/s12181-012-0473-0
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

G. Steinbeck · J. Brachmann · W. Reuter

Gebührenrechtliche Problematik bei der Abrechnung der elektrophysiologischen Untersuchung (EPU)

Zusammenfassung

Aufgrund der veralteten Ärztlichen Gebührenordnung GOÄ einerseits und der zunehmenden Bedeutung sowie raschen technologischen Entwicklung der invasiven elektrophysiologischen Untersuchung und Katheterablation von Herzrhythmusstörungen andererseits ist eine angemessene Honorierung im Rahmen der Privatliquidation seit Jahren zwischen den Kardiologen als Leistungserbringern und den Krankenkassen heftig umstritten. Ziel eines Treffens der Projektgruppe GOÄ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie mit Vertretern der privaten Krankenversicherung DKV und der Abrechnungsfirma Unimed im Jahre 2011 war es, für strittige Abrechnungsfragen einen für alle Seiten annehmbaren Kompromiss zu erzielen. Dem-

entsprechend wird im Folgenden ein allseits konsentierter Vorschlag für die Abrechnung u. a. der Einbringung von Elektrokathetern, intrakardiale Ableitung und Stimulation, transseptale Punktion, Kontrastmitteldarstellungen, Mappingverfahren sowie schließlich die Katheterablation gemacht. In der Erwartung, dass die bestehende Gebührenordnung noch gewisse Zeit gilt, basieren alle Abrechnungsvorschläge auf der derzeit gültigen GOÄ.

Schlüsselwörter

Ärztliche Gebührenordnung · Angemessene Honorierung · Privatliquidation · Deutsche Gesellschaft für Kardiologie · Strittige Abrechnungsfragen

Legal problems of medical fees for billing electrophysiological investigations

Abstract

Due to the out-dated medical scale of charges (GOÄ) on the one hand and the increasing importance and rapid technological development of invasive electrophysiological investigations and catheter ablation of cardiac arrhythmia on the other, an appropriate remuneration for private billing has been a matter of heavy dispute between cardiologists and health insurance companies for years. The aim of a meeting in 2011 between the project group GOÄ of the German Society of Cardiology with representatives of the private health insurance company DKV and the billing company Unimed was to achieve an acceptable compromise for disputed questions on billing for all parties involved. Accord-

ly, a consensus suggestion from all parties will be presented in this article concerning the billing of inter alia, the placement of electrode catheters, intracardiac leads and stimulation, transseptal puncture, contrast medium visualization procedures, mapping procedures and finally catheter ablation. In the expectation that the existing scale of charges will remain unchanged for some time, all billing suggestions are based on the currently valid GOÄ.

Keywords

Fees, medical · Appropriate remuneration · Private billing · German Society of Cardiology · Disputed questions on payment

oder Ablationskatheter im linken Vorhof; für diesen aufwendigen Arbeitsschritt in der EPU wird empfohlen, Nr. 629 A zum 1,5-fachen Faktor in Ansatz zu bringen.

Dies gilt ebenfalls für eine eventuell notwendige zweite Punktion; eine solche sollte aber die Ausnahme sein. Für eine Fehlpunktion kann Nr. 629 A nicht berechnet werden.

Endokardiales Mapping

GOÄ-Nr. 3091 A/629 A (Mapping)

Die Bundesärztekammer führt in ihrer Stellungnahme vom 19.07.1993 zur differenzierten intrakardialen Lokalisationsdiagnostik folgendes aus:

„Sachgerecht heranziehbar sind für das endokardiale Kathetermapping bei supraventrikulären Tachykardien GOÄ-Nr. 628 (Herzkatheterismus, 1820 Punkte) ana-

log bzw. für das endokardiale Kathetermapping bei ventrikulären Tachykardien Nr. 3091 (Operation am Reizleitungssystem, 4500 Punkte)“.

Die Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer für EPU und Ablation stammt aus dem Jahr 1993. In der zum damaligen Zeitpunkt gültigen GOÄ bezeichnete Nr. 628 den Herzkatheterismus einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle und war mit 1820 Punkten bewertet. Im Rahmen der Novellierung der GOÄ zum 01.01.1996 wurde Nr. 628 jedoch überarbeitet. Diese Nummer beschreibt nunmehr den Herzkatheterismus mit Druckmessung und oxymetrischen Untersuchungen einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle im zeitlichen Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360 und ist auf Grund der teilweisen Leistungsüberschneidungen mit den Nrn. 355 und 360 nur noch mit 800 Punkten bewertet. Da die Bundesärztekammer bei ihrer Abrechnungsempfehlung das endokardiale Kathetermapping nach Art, Kosten- und Zeitaufwand (§6 Abs. 2 GOÄ) einer mit 1820 Punkten bewerteten Gebührenposition zugeordnet hat, ist es plausibel und nachvollziehbar, wenn auf Grund der Änderung der GOÄ das endokardiale Kathetermapping nunmehr über die mit 2000 Punkten bewertete Nr. 629 analog abgerechnet wird, da nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass die lediglich mit 800 Punkten bewertete Nr. 628 diese Leistung nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbar abbildet.

Die Ursprungslokalisierung sollte daher aufgrund der Schwierigkeit des Vorgehens wie folgt abgerechnet werden:

- Ursprungslokalisierung bei AV-Knoten-Reentry, Vorhofflattern, fokalen atrialen Tachykardien, paroxysmalem Vorhofflimmern: Nr. 629 A.
- Wolff-Parkinson-White(WPW)-Syndrom: entgegen der Stellungnahme der Projektgruppe „Gebührenordnung, Sonderentgelte und Fallpauschale“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislauforschung vom 10.08.2000 wird die Ursprungslokalisierung des WPW-Syndroms in Bezug auf Schwierigkeitsgrad und Behandlung nicht mehr

mit der Ursprungslokalisierung einer ventrikulären Tachykardie, sondern mit der Ursprungslokalisierung einer supraventrikulären Tachykardie gleichgesetzt. Es sollte daher die Nr. 629 A für die Ursprungslokalisierung bei WPW-Syndrom vergütet werden. Gleiches gilt für das Mahaim-Syndrom.

- Ursprungslokalisierung bei ventrikulären Tachykardien: Nr. 3091 A.
- Ursprungslokalisierung bei atrialen Makro-Reentry-Tachykardien und bei chronischem Vorhofflimmern, wenn gleichzeitig die Abtastung multipler, teils fraktionierter Potenziale (linkes Atrium, Koronarsinus, Mitralklappenannulus, rechtes Atrium) vorgenommen wird: Nr. 3091 A. Aufgrund der Komplexität der Prozedur und der erheblichen und z. T. lebensbedrohlichen Risiken (z. B. Perikardtamponade, Lungenvenenverengung oder Lungenvenenverschluss) handelt es sich bei der invasiven Diagnostik und Therapie von Vorhofflimmern um eine der schwierigsten, wenn nicht um die schwierigste Prozedur der invasiven elektrophysiologischen Diagnostik/Therapie von Tachykardien überhaupt. Die komplexe Katheterdiagnostik mit Mapping bei chronischem Vorhofflimmern wie auch bei atrialen Makro-Reentry-Tachykardien kann aufgrund des hohen Schwierigkeitsgrads, der langen Lernphase und der langen Prozedurdauer in keinem Fall mit dem Kathetermapping bei den anderen regelmäßigen supraventrikulären Tachykardien verglichen werden und übersteigt sogar häufig die Komplexität und die Gefährlichkeit der Diagnostik bzw. des Mappings ventrikulärer Tachykardien. Daher ist für das differenzierte Mapping des Vorhofflimmerns (z. B. inkl. Analyse des „complex fractionated atrial electrogram“, CFAE) die Nr. 3091 A anzusetzen. Lediglich im Falle eines gezielten Mappings zwecks Durchführung einer ausschließlichen Pulmonalvenenisolation kommt die Nr. 629 A zur Abrechnung (s. oben).

Mehrfachansatz der GOÄ-Nr. 3091 A (Ablation)

Werden in einer Sitzung 2 unterschiedliche Tachykardieformen behandelt, sollten die Einführung der Elektrodenkatheter, die intrakardiale Ableitung und Stimulation, die Ursprungslokalisierung von Tachykardien, die Terminierung von Tachykardien, die Katheterablation und die Wiederholungsuntersuchung nach medikamentöser Intervention oder nach Ablation für die zweite Tachykardieform zusätzlich berechnet werden, sofern für die zweite Tachykardieform weitere Elektrodenkatheter eingeführt werden. *Bei einem zweiten Ansatz der Nr. 3091 A ist jedoch Nr. 2990 A einmalig in Abzug zu bringen.*

Als 2 Tachykardieformen gelten *klinisch manifeste Herzrhythmusstörungen in 2 Herzhöhlen* (z. B. Vorhofflattern und WPW-Syndrom, Vorhofflattern und Vorhofflimmern). Als 2 getrennte Tachykardieformen gelten hingegen nicht Clockwise- und Counterclockwise-Formen von Vorhofflattern oder verschiedene Formen von AV-Knoten-Reentry, prophylaktische Ablationen oder auch Rhythmusstörungen, deren Charakter und Ablationsort sich im Zuge einer EPU verändern (z. B. Pulmonalvenenisolation mit Defragmentierung im linken Atrium, Koronarsinus, Mitralklappenannulus, rechtes Atrium).

Minderung von GOÄ Nr. 3091 A bei mehrfachem Ansatz

GOÄ-Nr. 2990 (Minderung)

Unabhängig davon, ob Nr. 3091 A für das Mapping oder die Ablation berechnet wird, ist nach den Bestimmungen der GOÄ ab dem zweiten Ansatz jeweils eine Minderung um die Gebühr der Nr. 2990 vorzunehmen.

Oberflächen-EKG während EPU

GOÄ-Nr. 651/653 etc. während der EPU

Die während der EPU durchgeführten EKG's (Monitoring) stellen unselbständige Teilleistungen dar und sind daher mit den berechenbaren Gebühren der EPU abgegolten.

EPU – Dokumentationsbogen

Patient:	geb. am:	EPU vom:
Untersucher: 1.		
2.		
3.		

a) Diagnostische Katheter

Katheter-Typ (Handelsbezeichnung)	Punktionsort / Schleusen- größe	Zeitpunkt zur Ablation		Position/-en (Angabe einschl. Herzhöhle)	Messung		Stimu- lation	
		Vorher	Nachher		Ja	Nein	Ja	Nein
1.								
2.								
3.								
4.								

b) Gesonderter Mapping-Katheter

Katheter-Typ (Handelsbezeichnung)	Punktionsort / Schleusen- größe	Position/-en * (Angabe einschl. Herzhöhle)	Untersuchte HRST
1.			
2.			

c) Gesonderter Ablationskatheter

Katheter-Typ (Handelsbezeichnung)	Punktionsort / Schleusen- größe	Position/-en * (Angabe einschl. Herzhöhle)	Ablation Ja / Nein	Behandelte HRST
1.				
2.				

*supraventrikulär z.B.: atrial, AV-Knoten, His-Bündel, VCS, VCI, linker Vorhof, akzessorische Leistungsbahn

Einführen und Entfernen einer Schleuse

GOÄ-Nr. 2007 A

Nummer 2007 A wird häufig für das Setzen und Entfernen einer Schleuse in Ansatz gebracht. Dies ist in dieser Form nicht möglich. Da jedoch die Schleuse mit einem Faden fixiert ist, kann das Entfernen des Fadens mit Nr. 2007 (Entfernen von Fäden oder Klammern) originär berechnet werden.

Neurologische Untersuchung

GOÄ-Nr. 800

Nach der EPU erfolgt eine Prüfung, ob und inwieweit neurologische Ausfälle bzgl. Motorik und Sensibilität des Beins, an dem die Punktion vorgenommen wurde bzw. Auffälligkeiten im Bereich der Hirnleistungsfunktionen bestehen. Damit sollen eventuelle Komplikationen der Gefäßpunktion, der Untersuchung selbst und der Kontrastmittelgabe ausgeschlossen werden. Eine umfassende Untersuchung nach Nr. 800 stellt dies jedoch nicht dar. Es wird empfohlen, hierfür Nr. 5 in Ansatz zu bringen.

Echokardiographiekontrollen nach erfolgter Ablation zum Ausschluss eines Perikardergusses

Für diese Leistung werden häufig Nr. 424 (zweidimensionale dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation) sowie die Zuschläge 404, 405 und 406 berechnet. Eine Leistung nach Nr. 424 ist jedoch im Rahmen einer allein der Ausschlussdiagnostik myoperikardialer Punktions- und Behandlungsfolgen dienenden Ultraschallkontrolle nach durchgeführter EPU nicht erforderlich. Für die echokardiographische Untersuchung zum Ausschluss eines Perikardergusses ist vielmehr Nr. 423 zu berechnen.

Abb. 1 ▲ EPU-Dokumentationsbogen

EKG mittels Telemetrie

GOÄ-Nr. 653

In vielen Fällen wird ab Aufnahme-tag täglich Nr. 653 berechnet.

Der grundsätzliche Ansatz der Nr. 653 bei allen Patienten, die abliedert werden, ist nicht angemessen. Bei Patienten mit Vorhofflimmern oder ventrikulären Tachykardien kann eine telemetrische Überwachung beginnend mit dem Aufnahme-tag jedoch indiziert sein. Damit die Nummer tatsächlich zur Abrechnung kommen kann, müssen jedoch zusätzlich zur medizinischen Indikation auch eine entsprechende Dokumentation des Überwachungszeitraums sowie ein entsprechender Befund vorhanden sein.

Magnetische Navigation bzw. stereotaxiegeführte Kathetereinbringung und -platzierung

Die magnetische Navigation bzw. das stereotaxiegeführte Einbringen und Platzieren des Katheters wird häufig durch Nr. 2562 A berechnet.

Es handelt sich bei dieser Maßnahme jedoch um eine unselbständige Teilleistung der elektrophysiologischen Untersuchung und Intervention. Eine eigenständige Gebührenberechnung kommt daher nicht in Betracht. Der ggf. erhöhte Aufwand kann nur in die Wahl des Steigerungssatzes für die entsprechende Nr. 656 A einfließen, wobei berücksichtigt werden muss, dass die magnetische Navigation den Untersuchungsablauf grundsätzlich erleichtert und beschleunigt.

Eine eigenständige Berechnung der magnetischen Navigation bzw. stereotaxiegeführten Kathetereinbringung und -platzierung ist daher ausgeschlossen.

Zuschlag bei transösophagealer Echokardiographie (TEE)

Bei transösophagealen Echokardiographien wird z. T. anstelle des Zuschlags nach Nr. 402 z. B. Nr. 691 (Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff), Nr. 683 (Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler Instrumente) und andere GOÄ-

Nummern berechnet. Dies ist nicht möglich.

Dem erhöhten Aufwand eines transösophagealen Ultraschalls wird ausschließlich über den Zuschlag nach Nr. 402 Rechnung getragen. Der Ansatz einer anderen Gebührennummer, auch in analoger Form, ist bei eindeutiger Regelung der GOÄ nicht zulässig.

NavX als dreidimensionales Verfahren

GOÄ-Nr. 5335 A

Für die Anwendung des NavX-Verfahrens oder ähnlicher dreidimensionaler Verfahren wird entsprechend den Aussagen der Bundesärztekammer Nr. 5335 A berechnet.

Eine andere Gebührenposition kann für diese Verfahren nicht in Ansatz gebracht werden.

Dokumentation

Um Kostenträgern die Überprüfung eingereicher Rechnungsstellungen zu erleichtern und somit eine zeitnahe Erstattung und Ausgleich der Liquidationen zu ermöglichen, ist eine sorgfältige und nachvollziehbare Dokumentation unabdingbar. Aus dieser sollten v. a. folgende Angaben hervorgehen:

- Typ der eingebrachten Katheter (z. B. Handelsbezeichnung),
- Punktions- und Zielort der eingebrachten Katheter,
- mit welchem Katheter werden welche Messungen und Stimulationen an welcher Position vorgenommen?

Wir schlagen zu diesem Zweck die Verwendung des beigefügten Dokumentationsbogens (■ **Abb. 1**) vor, aus dem die nötigen Angaben hervorgehen. Wir weisen darauf hin, dass die auf dem Dokumentationsbogen getätigten Angaben durch das EPU-Protokoll verifizierbar sein müssen. Zweck des Dokumentationsbogens ist die einfache Nachvollziehbarkeit der in der elektrophysiologischen Untersuchung erfolgten Maßnahmen. Das Ausfüllen des Bogens enthebt den Untersucher aber selbstverständlich nicht von der vorgeschriebenen Doku-

mentationspflicht im Rahmen des EPU-Protokolls und des EPU-Befundes.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Steinbeck

Zentrum für Kardiologie am Klinikum Starnberg
Oßwaldstr. 1, 82319 Starnberg
g.steinbeck@kardiozentrum-starnberg.de

Danksagung. Für wertvolle Mithilfe bei der Erstellung des Manuskripts wird Frau Dr. Claudia Knippig, Herrn Dr. Volker Senger und Herrn Schild, DKV, sowie Frau Jana Sternitzky und Frau Bärbel Therre, Fa. UNIMED, herzlich gedankt.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.