

Abschnitt C

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmungen

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z.B. von Blut, Liquor, Gewebe.

Kommentar

Die im Rahmen einer Punktion durch die liegende Kanüle durchgeführten Instillationen, Injektionen, Spülungen und Entnahmen von Blut, Liquor und Gewebe sind Bestandteil der Leistungen des Kapitels C III und nicht gesondert berechenbar.

Dies gilt sowohl für die therapeutischen als auch diagnostischen Punktionen.

Davon nicht betroffen sind andere Leistungen, die im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontaktes erbracht werden. So können z.B. in gleicher Sitzung Blutentnahmen aus einer peripheren Vene oder venöse Injektionen von Medikamenten berechnet werden, die nicht durch die liegende Kanüle im Rahmen der Punktion nach Kapitel C III, sondern durch eine gesonderte Gefäßpunktion erfolgen. Um Mißverständnisse zu vermeiden, empfiehlt sich, in solchen Fällen eine kurze Begründung mit Zeitangabe und Angabe der Medikamente in der Rechnung, um diese Leistungen klar von denen des Kapitels C III abzugrenzen.

GOÄ Nummer 305

Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)

350 Punkte einfach = 20,40 €

Kommentar zu Nr. 305

Nr. 305 kann berechnet werden für eine diagnostische oder therapeutische Punktion des Liquorraumes subokzipital oder lumbal.

Wird der Liquorraum im Rahmen einer Sitzung aus medizinischer Indikation sowohl subokzipital als auch lumbal punktiert, so kann die Leistung nach Nr. 305 je einmal berechnet werden.

Neben Nr. 305 sind die Nrn. 256 und 257 für dieselbe Leistung nicht berechenbar. Bei Injektionen in den Subarachnoidalraum kann jedoch die höher bewertete Nr. 257 berechnet werden.

Die im Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Punktion erbrachten Anästhesieleistungen (z.B. Lokalanästhesie nach Nr. 490) sind neben der Leistung nach Nr. 305 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 305 fällt nicht unter die Enumerierung der Leistungsnummern, die in den Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 435 von der Berechnung ausgeschlossen sind.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 307

Punktion des Pleuraraumes oder der Bauchhöhle

250 Punkte einfach = 14,57 €

Kommentar zu Nr. 307

Nr. 307 kann berechnet werden für eine diagnostische oder therapeutische Punktion des Pleuraraumes (z.B. bei Erguß oder Empyem) oder der Bauchhöhle (z.B. bei Aszites oder Blutung).

Werden im Rahmen einer Sitzung aus medizinischer Indikation sowohl der Pleuraraum als auch die Bauchhöhle punktiert, so kann die Leistung nach Nr. 307 je einmal berechnet werden.

Für die Anlage einer Pleuradrainage ist Nr. 2970 berechenbar.

Die im Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Punktion erbrachten Anästhesieleistungen (z.B. Lokalanästhesie nach Nr. 490) sind neben der Leistung nach Nr. 307 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 307 fällt nicht unter die Enumerierung der Leistungsnummern, die in den Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 435 von der Berechnung ausgeschlossen sind.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 310

Punktion des Herzbeutels

350 Punkte einfach = 20,40 €

Kommentar zu Nr. 310

Nr. 310 kann berechnet werden für eine diagnostische oder therapeutische Punktion des Herzbeutels (z.B. bei Perikarderguß).

Die im Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Punktion erbrachten Anästhesieleistungen (z.B. Lokalanästhesie nach Nr. 490) sind neben der Leistung nach Nr. 310 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 310 fällt nicht unter die Enumerierung der Leistungsnummern, die in den Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 435 von der Berechnung ausgeschlossen sind.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, die von dem Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.

GOÄ Nummer 318

Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruches

120 Punkte einfach = 6,99 €

Kommentar zu Nr. 318

Nr. 318 kann berechnet werden für eine diagnostische oder therapeutische Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruches.

Die Punktion der Harnblase durch den Anästhesisten kann im Rahmen eines akuten Harnverhaltens, z.B. durch Abflußbehinderungen im Bereich der Harnröhre (Blutkoagel, Tumoren, Entzündungen), sowohl prä-, intra- oder postoperativ als auch im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung notwendig werden. Eine weitere Indikation zur Punktion kann die Gewinnung von Urin zur laborchemischen oder mikrobiologischen Untersuchung darstellen.

Wird im Rahmen einer Harnblasenpunktion eine perkutane Harnblasenfistel angelegt, so ist diese Leistung anstelle der Nr. 318 berechenbar.

Die Katheterisierung der Harnblase mittels Einmalkatheter ist nach Nr. 1728 oder 1730, die Einlage eines Verweilkatheters ist nach Nr. 1732 zu berechnen.

Die im Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Punktion erbrachten Anästhesieleistungen (z.B. Lokalanästhesie nach Nr. 490) sind neben der Leistung nach Nr. 318 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 318 fällt nicht unter die Enumerierung der Leistungsnummern, die in den Abrechnungsbestimmungen zu Nr. 435 von der Berechnung ausgeschlossen sind.

Zur Begrenzung des Gebührenrahmens nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztliche Leistungen, die von dem

Wahlarzt oder seinem ständigen Vertreter nicht persönlich erbracht werden, vgl. Vorbemerkungen zu den Nrn. 250 ff, Anm. 5.