

INFORMATION

Sicherheits-
information onlinePersönliche
Leistungserbringung
sollte dokumentiert
werden!

► Patientensicherheit

MRT: Vorsicht bei implantierten Medikamentenpumpen!

| MRT-Untersuchungen können bei Patienten mit implantierter Medikamentenpumpe Fehlfunktionen des Implantats (z. B. Über- oder Unterdosierungen, Motorblockierungen etc.) auslösen. Das berichtet die US Food and Drug Administration (FDA) als Aufsichtsbehörde in einer aktuellen Sicherheitsinformation (online unter tinyurl.com/zrbtj8v). |

PRAXISHINWEIS | Inwieweit der Chefarzt haftet, wenn ein nachgeordneter Arzt bzw. der Radiologe es versäumt sich zu überzeugen, ob der Patient eine Medikamentenpumpe trägt, erläutert der CB in einem Folgebeitrag.

➤ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die FDA-Sicherheitsinformation finden Sie online unter tinyurl.com/zrbtj8v.

► Privatliquidation

Leserforum: Persönliche Leistungserbringung bei Infusionen

| **FRAGE:** „Die Nrn. 271 und 272 GOÄ sehen eine persönliche Leistungserbringung durch den Wahlarzt oder seinen Stellvertreter vor. Ich frage mich schon seit Längerem, was dies bei diesen Ziffern konkret bedeutet. Muss dabei z. B. jede Infusion persönlich angehängt werden? Wie sieht es mit mehreren Kurzinfusionen aus? Kann jede Infusion über sechs Stunden mit der Nr. 274 GOÄ abgerechnet werden?“ |

ANTWORT: Grundsätzlich sehen die Bestimmungen in § 4 Abs. 2 GOÄ die persönliche Leistungserbringung der Nrn. 271 und 272 GOÄ bei stationären Wahlarztpatienten durch den Wahlarzt oder ständigen ärztlichen Vertreter vor. Bei gehäuftem Ansatz der Nrn. 271 bzw. 272 im Rahmen der Rechnungsstellung ist deshalb auch mit Rückfragen der Kostenträger zu rechnen. Eine entsprechende Dokumentation der persönlichen Leistungserbringung ist deshalb sinnvoll. Ziffer 274 (Laufzeit über sechs Stunden) ist von dieser Bestimmung ausgenommen. Mehrere Kurzinfusionen mit zeitlicher Unterbrechung erfüllen nicht den Leistungsinhalt von 274.

PRAXISHINWEIS | Weiterhin ist die unterschiedliche Terminologie bei den allgemeinen Bestimmungen bei der Abrechnung zu beachten:

1. Die Leistungen nach den Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. (Hier ist eindeutig der „Behandlungstag“ Ausschlusskriterium.)
2. Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag. (Diese Bestimmung erklärt einen Ausnahmetatbestand zu Punkt 1. im Hinblick auf eine zweimalige Berechnungsfähigkeit bei unterschiedlichen Gefäßzugängen am gleichen Tag.)