

GOÄ-Kommentar
für komplexe viszeralchirurgische Eingriffe

GOÄ-Kommentar

für komplexe viszeralchirurgische Eingriffe

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.

Verfasser

Ch. Gebhardt †, Nürnberg
W. Hohenberger, Erlangen
D. Löhlein, Dortmund

Autoren

H. Bauer, Altötting-Berlin □ H.J. Buhr, Berlin
Ch. Gebhardt †, Nürnberg □ W. Hohenberger, Erlangen
J. Izbicki, Hamburg □ D. Löhlein, Dortmund
P. Neuhaus, Berlin □ M. Rothmund, Marburg □ K. Rückert, Hamburg
J.R. Siewert, München □ W. Teichmann, Hamburg
B. Ulrich, Düsseldorf



Kaden Verlag Heidelberg

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Werner Hohenberger
Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
Klinikum der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen

Prof. Dr. med. Dietrich Löhlein
Direktor der Chirurgischen Klinik
Klinikum Dortmund gGmbH
Klinikzentrum Mitte
Beurhausstraße 40
44137 Dortmund

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://www.dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2005 Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg
Herstellung: Ch. Molter, Kaden Verlag, 69115 Heidelberg
Layout und Satz: W. Zekai, 68163 Mannheim
Druck und Verarbeitung: Kösel GmbH & Co. KG, 87452 Altusried-Krugzell

ISBN 3-922777-70-8

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, Übersetzung, Entnahme von Abbildungen, Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege, Speicherung in DV-Systemen oder auf elektronischen Datenträgern sowie die Bereitstellung der Inhalte im Internet oder anderen Kommunikationssystemen ist ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages auch nur bei auszugsweiser Verwertung strafbar.

Die Ratschläge und Empfehlungen dieses Buches wurden vom Autor und Verlag nach bestem Wissen und Gewissen erarbeitet und sorgfältig geprüft. Dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Autors, des Verlages oder seiner Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Sofern in diesem Buch eingetragene Warenzeichen, Handelsnamen und Gebrauchsnamen verwendet werden, auch wenn diese nicht als solche gekennzeichnet sind, gelten die entsprechenden Schutzbestimmungen.

Vorwort

Der vorliegende Kommentar wurde von Chirurgen erstellt, die auf ihrem Gebiet über herausragende Erfahrungen verfügen. Er verfolgt das Ziel, den leistungserbringenden Chirurgen wie auch den Patienten und ihren Kostenträgern unter Orientierung an den vorliegenden Leitlinien (AWMF online, awmf@uni-duesseldorf.de, Deutsche Krebsgesellschaft, Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002 und www.dgrs.de, Leitlinie kolorektales Karzinom 2004) und damit qualitätsorientiert eine möglichst objektive Entgeltzuordnung zu ermöglichen.

Hierbei wurde auch der Tatsache Rechnung getragen und Lösungen dafür erarbeitet, daß die GOÄ aufgrund des zwischenzeitlichen Fortschrittes der *operativen Therapie* in ihrem Leistungskatalog Lücken aufweist, moderne operative Verfahren nicht vertreten sind, durch einzelne dort beschriebene Leistungen – vor allen Dingen bei schwierigen Operationen – der Operationsumfang nicht berücksichtigt wird und am Ziel-Leistungs-Prinzip (siehe Seite 5) – insbesondere unter Berücksichtigung der Operationsindikation – nicht immer festgehalten werden kann.

Die Notwendigkeit, den vorliegenden Kommentar zu erstellen, basiert auf der Tatsache zunehmender Abrechnungsschwierigkeiten im Rahmen der privatärztlichen Behandlung, die seit der letzten Novellierung der GOÄ 1996 Jahr für Jahr ein immer größeres Ausmaß annehmen. Zumindest aus der Sicht der Leistungserbringer und der be-

troffenen Patienten ist diese, häufig zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führende Entwicklung unbefriedigend.

Grundlage der 1982 verabschiedeten GOÄ war der am 1. Juli 1978 eingeführte Einheitliche Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM). Eine grundsätzliche Neufassung der GOÄ aus dem Jahr 1982 war die 4. Änderungsverordnung zur GOÄ vom 18. Dezember 1995, die eine Novellierung der Abschnitte B, C, M und O vorsah und in der GOÄ-Fassung von 1996 niederlegte. Eine Novellierung des Kapitels „Operative Leistungen“ (L) ist jedoch nicht erfolgt. Aus diesem Grunde beziehen sich die heutigen, in diesem Kapitel aufgeführten GOÄ-Leistungen im Wesentlichen noch auf das Jahr 1978 (EBM) bzw. 1982. Dies bedeutet, daß der rasante Fortschritt in der operativen Medizin der vergangenen 25 Jahre vom Gesetzgeber weder sachlich noch bewertungsmäßig berücksichtigt wurde. Hierauf hat insbesondere das Oberlandesgericht Düsseldorf Bezug genommen, so daß mit diesem Kommentar auch eine inzwischen gerichtlich geforderte Regelungslücke geschlossen wird (Urteil des Oberlandesgerichtes Düsseldorf vom 27. 9. 2001 – 8 U 181/00), daß es nämlich Aufgabe ärztlicher Verbände und der Ärztekammern ist, moderne Operationsverfahren (welche in der GOÄ nicht abgebildet sind) durch angemessene Analogempfehlungen abrechnen zu können.

Inhalt

Vorwort	V
In der GOÄ fehlende Leistungen	
Anteriore oder tiefe anteriore Rektumresektion	1
Partielle Duodenopankreatektomie	1
Hemihepatektomien, Trisegmentektomien, anatomische Lebersegmentresektionen	2
Zur Operation führende Indikation	3
Ziel-Leistungs-Prinzip	
Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen nicht gesondert abrechenbar	5
Ziel-Leistungs-Prinzip: Schließt alle <i>methodisch</i> notwendigen Einzelschritte der Standardoperation ein	5
Gesondert abrechenbar: Selbständige Leistungen aufgrund eigenständiger medizinischer Indikation	6
Neue Operationsverfahren: Über GOÄ-Standard hinausgehende Leistungen analog abrechenbar	7
GOÄ-Struktur: Wissensstand des Jahres 1982	8
Gebührenrahmen	
Bemessungskriterien	11
Rezidivoperationen	11
Überschreiten des jeweiligen Gebührenrahmens	12
Qualitätsorientierte chirurgische Therapie	13
Stellungnahme des PVS-Verbandes zur GOÄ-Anpassung	17

Stellungnahme der BÄK zur GOÄ-Anpassung.....	19
---	-----------

Schilddrüsenchirurgie

Grundsätzliches

Operationsindikation	21
----------------------------	----

Behandlungsziel	21
-----------------------	----

Operative Maßnahmen

Allgemeine Hinweise	22
---------------------------	----

Abrechenbarkeit beidseitiger Eingriffe	23
--	----

Abrechenbarkeit der Präparation des Nervus recurrens	24
--	----

Abrechenbarkeit der direkten Stimulation des Nervus recurrens	25
---	----

Abrechenbarkeit der Präparation des Nervus laryngeus superior	25
---	----

Abrechenbarkeit der Präparation des Epithelkörperchens.....	25
---	----

Schnellschnittuntersuchung.....	26
---------------------------------	----

Operationsverzögerung durch Schnellschnittuntersuchung	26
--	----

Operationserschwernisse, die eine Anwendung eines mehrfachen Gebührensatzes begründen.....	27
---	----

Gutartige Erkrankungen

Exzision von Schilddrüsenknoten	27
---------------------------------------	----

Resektion eines Lobus pyramidalis	28
---	----

Einseitige Schilddrüsenresektion oder Lobektomie	28
--	----

Beidseitige Schilddrüsenresektion	29
---	----

Replantation eines Epithelkörperchens	30
---	----

Retrosternale Strumen	30
-----------------------------	----

Bösartige Erkrankungen

Operation bei Schilddrüsenkarzinom.....	32
---	----

Thyreoidektomie mit zentraler Lymphknotendissektion beidseits.....	33
--	----

Radikale einseitige Halsdissektion.....	35
---	----

Mediastinale Lymphknotendissektion	37
--	----

Nebenschilddrüsenchirurgie

Gutartige Erkrankungen

Operation bei Hyperparathyreoidismus, Adenom der Nebenschilddrüse.....	39
Parathyreoidektomie	39
Operation bei sekundärem Hyperparathyreoidismus	40

Bösartige Erkrankungen

Operation bei Nebenschilddrüsenkarzinom	42
---	----

Diagnostische Laparoskopie und explorative Laparotomie

Indikation zur Exploration.....	43
Explorative Laparotomie	44
Diagnostische Laparoskopie	47

Operative Eingriffe an Ösophagus und Zwerchfell

Gutartige Erkrankungen

Operation des Zenkerschen Divertikels	49
Operation des Ösophagusleiomyoms	50
Kardiomyotomie bei Achalasie	51
Operation bei Refluxösophagitis.....	52

Bösartige Erkrankungen

Operation bei Ösophaguskarzinom.....	53
Abdomino-rechtsthorakales Vorgehen.....	53
Transhiatales Vorgehen	58
Zusatzmaßnahmen	58

Operative Eingriffe am Magen

Gutartige Erkrankungen	
Vagotomie	59
Pyloroplastik	60
Magenresektion bei Ulkusleiden	60
Duodenalverschluß	60
Operation einer gastrokolischen Fistel	61
Umwandlungsoperation	61
Operation bei nicht stillbarer Ulkusblutung, Ulkusperforation	61
Maligne Erkrankungen	63
Operation des Magenkarzinoms	64
Kochersche Mobilisation	65
Splenektomie	65
Lymphadenektomie	66
Rekonstruktion mit Rouxscher Schlinge	67
Anlegen eines Magenpouches	67
Gastrektomie mit distaler Ösophagusresektion	68
Multiviszerale Resektionen	70
Eingriffe bei inkurablem Magenkarzinom	71

Operative Eingriffe an der Leber

Gutartige Erkrankungen	
Resektion gutartiger Tumoren	73
Operationen von Zysten und Abszessen	75
Bösartige Erkrankungen	
Resektion bösartiger Tumoren	77
Formale Hepatektomie rechts/links	79

Operative Eingriffe am extrahepatischen Gallengangssystem

Gutartige Erkrankungen	
Laparoskopische Cholezystektomie beim Steinleiden	83
Offene Choledochusrevision	84
Bösartige Erkrankungen	
Operation des Gallenblasenkarzinoms.....	86
Resektion des proximalen Gallengangskarzinoms	88

Operative Eingriffe am Pankreas..... 89

Gutartige Erkrankungen	
Pankreaslinksresektion.....	90
Drainage-Operationen.....	93
Pankreaskopfresektionen	
Kausch-Whipple-Operation	95
Pyloruserhaltende partielle Duodenopankreatektomie	96
Operation nach Beger	96
Operation nach Frey	97
Operative Eingriffe bei nekrotisierender Pankreatitis.....	99
Nekrosektomie	100
Gutartige Tumoren.....	100
Tumorsektion.....	100
Papillotomie, Papillenexzision	101
Erweiterte Papillenresektion.....	101
Bösartige Tumoren	
Kausch-Whipple-Operation mit radikaler Lymphknotendisektion	103
Totale Pankreatektomie mit Splenektomie	105
Subtotale linksseitige Pankreasresektion.....	105

Operative Eingriffe bei Morbus Crohn	109
Operative Eingriffe bei Colitis ulcerosa	113
Operative Eingriffe bei Sigmadivertikulitis	
Elektive Sigmaresektion	115
Notfalleingriffe wegen Sigmadivertikulitis.....	117
Hartmannsche Operation	117
Wiederanschlußoperation nach vorausgegangener Diskontinuitätsresektion ...	119
Operative Eingriffe an Kolon und Rektum	
Gutartige Tumore	121
Limitierte Kolonresektion wegen gutartiger Adenome oder T1-Karzinome	121
Maligne Tumore	123
Hemikolektomie rechts bei Zökum-/Aszendenskarzinom	123
Erweiterte Hemikolektomie rechts	126
Transversumresektion bei Karzinomen des Colon transversum.....	126
Subtotale Kolektomie bei Karzinomen der linken Kolonflexur	127
Hemikolektomie links bzw. Sigmaresektion	129
Resektionen bei Rektumkarzinom.....	131
Behandlung bei inoperablem Kolon- oder Rektumkarzinom.....	135
Häufig infragegestellte Leistungen	
Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	137
Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle	138
Transposition eines Darmteiles bzw. eines Darmteiles und/oder des Magens	139
Tabellenübersicht	141
Sachregister	143

In der GOÄ fehlende Leistungen

Anteriore oder tiefe anteriore Rektumresektion

Für viele Operationsverfahren gibt es nach wie vor keine eigenen GOÄ-Nrn., was dazu führt, daß die zwischenzeitlich unter Umständen häufig angewandten operativen Vorgehensweisen „konstruiert“ werden müssen. So findet sich in der GOÄ z. B. mit Nr. 3233 bzw. 3235 lediglich die Rektumexstirpation, die früher am häufigsten zur Behandlung des Rektumkarzinoms angewandt wurde. Inzwischen wird dieses Verfahren allenfalls bei etwa 30% aller Mastdarmtumore eingesetzt. Für die zur Behandlung dieser Tumoren derzeit am häufigsten durchgeführte Operation, die anteriore oder tiefe anteriore Rektumresektion, gibt es nach wie vor keine GOÄ-Leistung. Demzufolge müssen hierfür Analog-Nummern gesucht werden.

Zudem nimmt die GOÄ keinen Bezug zu der Indikation für eine Operation. Resezierende Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse werden z. B. bei einer chronischen Entzündung wie auch bei Tumoren durchgeführt. Hierbei ist wiederum zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren zu unterscheiden, was zudem erheblichen Einfluß auf die Art und den Umfang der Operationen nimmt. Zusätzlich ist die GOÄ in verschiedenen Punkten in sich inkonsistent:

Partielle Duodenopankreatektomie

Die partielle Duodenopankreatektomie (z. B. nach Whipple) – in der GOÄ noch als Pankreoduodenektomie (Nr. 3198) bezeichnet – ist mit 5000 Punkten bewertet; die Resektion des gesamten Pankreas hingegen (Nr. 3197), welche zum einen in der Regel die zusätzliche Entfernung der Milz und eine über die Rechtsresektion hinausgehende Entfernung auch des linken Teiles des Pankreas bedingt und darüber hinaus alle Maßnahmen der Nr. 3198 beinhaltet, wird lediglich mit 4620 Punkten bewertet.

Die partielle Duodenopankreatektomie umfaßt in der Regel die Entfernung von Teilen des Gallenganges mit der Gallenblase, des

Bauchspeicheldrüsenkopfes mit dem Zwölffingerdarm, unter Umständen Anteile des Magens unterschiedlichen Ausmaßes und des Anfangsteiles des Dünndarmes. Sie beinhaltet grundsätzlich nach Eröffnung der Bauchhöhle annähernd den gleichen operativen Aufwand für die einzelnen Schritte, wie er auch z. B. als abschließliche Operation für die alleinige Resektion eines Magenanteiles wegen einer gutartigen Geschwulst anerkannt wird. Alleine die Entfernung der Gallenblase (Nr. 3186) oder die Entfernung eines Magenanteiles (Nr. 3145) wird mit 2500 bzw. 2770 Punkten bewertet. Selbst wenn man hierbei die für die Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken veranschlagten 1110 Punkte einmalig abzieht, ergibt die Summe dieser beiden Operationen fast die gleiche Punktzahl, wie sie für die Resektion des gesamten Pankreas in der GOÄ veranschlagt wird.

Hemihepatektomien, Trisegmentektomien, anatomische Lebersegmentresektionen

Eklatant ist auch das Beispiel der Lebereingriffe. Hierfür gibt es in der gesamten GOÄ nur eine einzige Leistung (Nr. 3185, Operation an der Leber). Dieses ist darin begründet, daß in den späten 70er bzw. Anfang der 80er Jahre kaum größere Eingriffe an der Leber durchgeführt wurden. Dies bedeutet, daß heute durchgeführte, diffizile Operationen wie Hemihepatektomien, Trisegmentektomien oder auch anatomische Segmentresektionen in der GOÄ überhaupt nicht aufgeführt sind, was naturgemäß zu einer Addition der entsprechend durchgeführten Einzelleistungen bei der Abrechnung führen muß. Auch für die Lebertransplantation gibt es nur eine Leistung (Nr. 3184), wobei z. B. die Explantation überhaupt nicht berücksichtigt wurde. Diese Leistung ist so unterbewertet, daß das Oberlandesgericht Düsseldorf jetzt erstmals von einer sogenannten Regelungslücke spricht und ein völlig anderes Bewertungsverfahren für diesen Eingriff angibt, wobei die ursprüngliche in der GOÄ niedergelegte Punktzahl von 7500 auf 60 000 (!) Punkte angehoben wurde.

Zur Operation führende Indikation

Unberücksichtigt bleibt auch die zur Operation führende Indikation. Bei malignen Tumoren werden über die in der GOÄ vorgegebenen Leistungen hinaus eine beträchtliche Zahl weitergehende Operationsschritte erforderlich, die entsprechend den Leitlinien empfohlen werden, z. B. Lymphknotendissektionen unter Umständen in mehreren, anatomisch getrennten Regionen. Eine unbegründete Unterlassung der in den Leitlinien genannten Operationsschritte kann unter Umständen sogar als Behandlungsfehler bewertet werden.

Ziel-Leistungs-Prinzip

Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen nicht gesondert abrechenbar

Die Diskussion um die Abrechenbarkeit von GOÄ-Leistungen hat häufig ihren Anlaß darin, daß im §4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ das sog. Ziel-Leistungs-Prinzip in den Vordergrund gestellt wird. Dort heißt es: *„Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte“.*

Danach ist also eine Leistung unselbständig und nicht gesondert abrechenbar, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen abrechnungsfähigen Leistung ist. Nicht gesondert abrechenbar sind sog. Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sie notwendigerweise aufgrund des methodischen Inhaltsaufbaues einer Leistungslegende dazugehört oder die anatomischen und funktionellen physiologischen Bedingungen eine so enge Zusammengehörigkeit aufweisen, daß – bezogen auf den einzelnen Krankheitsfall – eine Leistung nicht gesondert betrachtet werden kann. Unter Berücksichtigung dieser genannten Kriterien ist das Ziel-Leistungs-Prinzip grundsätzlich sinnvoll.

Ziel-Leistungs-Prinzip: Schließt alle *methodisch notwendigen Einzelschritte der Standardoperation* ein

Für das Verständnis der Zielleistung kommt es neben dem vorrangigen Wortlaut der Leistungslegende der GOÄ auf die medizinische Sichtweise an.

Die Legende einer Leistung in der GOÄ umfaßt nur die zur Ausführung der in dieser Leistungslegende beschriebenen Tätigkeit methodisch, d. h. typischerweise notwendigen Schritte, wie die Schaffung des operativen Zugangs, die Operationsleistung selbst und den sich anschließenden Wundverschluß.

Für die Beurteilung einer Zielleistung ist somit die – alle methodisch notwendigen Einzelschritte einschließende – Standardoperation zugrunde zu legen, neben der aber alle Leistungen gesondert abrechenbar sind, die als nicht methodisch notwendige abweichende oder weitergehende Leistungen im konkreten und vom Operateur allein zu beurteilenden Einzelfall über diese Standardoperation hinausgehen.

Ausgangspunkt ist somit die Vornahme der operativen Leistung, wie sie in der Leistungslegende beschrieben ist. Methodisch notwendige operative Einzelschritte in § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ und den Allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses (Chirurgie, Orthopädie) sind nur diejenigen ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Erbringung der Standardoperation stets routinemäßig anfallen, nicht jedoch ärztliche Leistungen, die aufgrund einer im gegebenen Einzelfall eigenständigen medizinischen Indikation über die in der Leistungslegende beschriebene Standardoperation hinausgehen. Der Begriff der methodisch notwendigen operativen Einzelschritte ist wesentlich enger als der Begriff der medizinisch notwendigen operativen Einzelschritte (vgl. LG Karlsruhe, Urt. v. 28.3.2003 - 1 S 106/02 -, LG Stade, Urt. v. 31.3.2004 - 2 S 81/03 -).

Gesondert abrechenbar: Selbständige Leistungen aufgrund eigenständiger *medizinischer* Indikation

Gesondert abgerechnet werden können aber nur selbständige Leistungen. Hierbei handelt es sich um diejenigen ärztlichen Leistungen, bei denen eine eigenständige medizinische Indikation vorliegt, d.h. die nicht nur erbracht werden, um die in der Leistungslegende beschriebene Zielleistung zu erreichen (z. B. Fälle, in denen bei einer Ummauerung des Nervs durch Tumor- oder Narbengewebe eine eigenständige Indikation zur Neurolyse vorliegt, etwa beim Herauslösen des Nervus recurrens aus dem Narbengewebe bei Rezidivstruma, vgl. BGH, Urt. v. 13.5.2004 - III ZR 344/03 -).

Der individuelle Befund, der medizinisch bedingt weitere Operationsschritte erfordert, die dann über die methodisch immanenten hinausgehen, muß jedoch plausibel als Besonderheit dargestellt und verbal beschrieben werden. Stehen die Leistungen in methodisch notwendigem Zusammenhang mit der als Hauptleistung durchgeführten Operation, können sie als unselbständige Teilleistungen der Komplexleistung nicht berechnet werden.

In der GOÄ gibt es ferner das Problem, daß ein einer Zielleistung zuzuordnender Einzelschritt nicht gesondert berechnungsfähig ist, weil er vom Wortlaut der Leistungslegende mitumfaßt oder nicht selbständig ist, oder die Zielleistung in ihrer Bewertung – welches der wesentliche Sinn ihrer Beschreibung ist – den ihr methodisch zuzuordnenden Einzelschritt nicht umfaßt – z. B. weil die Operationsmethode bei der Fassung der Leistungslegende der noch nicht bekannt war.

Neue Operationsverfahren: Über GOÄ-Standard hinausgehende Leistungen analog abrechenbar

Die privaten Versicherer haben hierzu immer wieder angeführt, daß auch moderne Operationsverfahren, die von der Leistungsbeschreibung abweichen oder erheblich aufwendiger sind, lediglich eine besondere Ausführung der unter der GOÄ-Nummer beschriebenen anderen Leistung seien und nur über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden können.

Dieser Auffassung hat der BGH in seinem Urteil v. 13.5.2004 - III ZR 344/03 - eine klare Absage erteilt. Er sieht besonders aufwendige neue Operationsverfahren, die aufgrund dessen nicht mehr dieselbe Leistung darstellen wie in der Leistungslegende beschrieben, nicht als bloße besondere Ausführung dieser Leistung an, sondern als eine nicht im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistung. Damit wird der Weg für eine analoge Berechnung dieser Leistung über die analoge Abrechnung gem. § 6 Abs. 2 GOÄ zusätzlich zu der beschriebenen Leistung eröffnet. Soweit also nach der Aufnahme einer Leistung in das Gebührenverzeichnis in diesem Bereich ein bedeutender medizinischer Fortschritt verzeichnet werden kann, bei dessen Betrachtung die in der Ziffer beschriebene Leistung nur noch als Teilmenge der tatsächlich erbrachten Leistung gesehen werden kann, und die Bewertung der Leistung deshalb unangemessen niedrig ist, kann nach der – vom BGH teilweise bestätigten – Rechtsprechung des OLG Düsseldorf eine Nebeneinanderberechnung über eine Analogberechnung zulässig sein.

Im Gegensatz hierzu sind in der Vergangenheit mehrere Privatversicherungen dazu übergegangen, die Situation auf den Kopf zu stellen und selbst die Zielleistung zu definieren, der jegliche weitere Maßnahmen untergeordnet seien. Dies geht soweit, daß z.B. der Magenresektion (GOÄ-Nr. 3145) auch im Falle einer

Tumorresektion alle weiteren Maßnahmen unterzuordnen seien. Dies ist jedoch eine völlig falsche Interpretation des Zielleistungsprinzips.

Finden sich keine entsprechenden Komplexziffern, wie es für die meisten viszeralchirurgischen Tumoroperationen festzustellen ist, so muß zusätzlich eine entsprechende Bewertung durch verschiedene Ziffern möglich sein. Das Verhalten verschiedener Privatversicherungen führt in Einzelfällen dazu, daß der Punktwert der von der Versicherung nicht akzeptierten Zusatzziffern insgesamt eine höhere Punktzahl aufweist als die als Zielleistung vorgeschlagene GOÄ-Ziffer.

GOÄ-Struktur: Wissensstand des Jahres 1982

Die Struktur der geltenden GOÄ beruht auf dem medizinischen Wissensstand des Jahres 1982; das seinerzeit möglicherweise der Mehrzahl der Operationen gerecht werdende Ziel-Leistungs-Prinzip trägt dem aktuellen Leistungsstand nur sehr unzureichend Rechnung. Auch die Neuauflagen der GOÄ (Stand 1.5.2001) haben keine grundsätzlichen Änderungen diesbezüglich eingeführt, so daß auch dieser Kommentar die erforderliche Neustrukturierung, insbesondere der operativen Leistungen klare Voraussetzungen zur Anwendung der im § 4, Abs. 2a, Satz 1 formulierten Vorschrift schafft.

Die GOÄ beschreibt die Behandlung einer Erkrankung, reine Resektionsleistungen, reine Rekonstruktionsleistungen und Komplexziffern, die sowohl Resektionen wie auch Rekonstruktionen beinhalten (siehe nachfolgende Beispiele):

Behandlung einer Erkrankung:

GOÄ-Nr. 2757 Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst – einschließlich Ausräumung der regionären Lymphknotengebiete und ggf. der Nachbarorgane

Reine Resektionsleistungen:

GOÄ-Nr. 3195 Resektion des Kopfteils vom Pankreas

GOÄ-Nr. 3196 Resektion des Schwanzteils vom Pankreas

GOÄ-Nr. 3197 Resektion des ganzen Pankreas

Reine Rekonstruktionsleistungen:

GOÄ-Nr. 3176 Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens

GOÄ-Nr. 3177 Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus

GOÄ-Nr. 1807 Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon

GOÄ-Nr. 3188 Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes

Komplexleistungen:

GOÄ-Nr. 3194 Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes

GOÄ-Nr. 3202 Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt – gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose

GOÄ-Nr. 3181 Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm – gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm – mit Anastomose