



DGH

— Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie —

GOÄ Leitlinien

1.

Der Inhalt der Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ

Nach § 4 Abs. 2a GOÄ darf der ärztliche Leistungserbringer für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Ärzte ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Gleiches gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte.

Ärztliche Leistungen sind demnach nach Maßgabe des § 4 Abs. 2a GOÄ im Bereich aller ärztlichen Fachrichtungen unter drei Voraussetzungen nicht abrechenbar:

- Die ärztliche Leistung ist Bestandteil einer anderen ärztlichen Leistung und der ärztliche Leistungserbringer rechnet für diese andere ärztliche Leistung eine Gebühr ab.
- Die ärztliche Leistung ist eine besondere Ausführung einer anderen ärztlichen Leistung, für die der Arzt eine Gebühr abrechnet.
- Die ärztliche Leistung gehört zu den methodisch notwendigen operativen Einzelschritten bei der Erbringung einer anderen ärztlichen Leistung, für die eine Gebühr abgerechnet wird.

Die erste Fallgruppe erschließt sich regelmäßig schon aus den Inhalten der einzelnen Gebührentatbestände des Gebührenverzeichnisses. So ist die Teilresektion des Magens (Ziffer 3145 GOÄ) Bestandteil der totalen Magenentfernung (Ziffer 3147

GOÄ) und deshalb nicht separat abrechenbar, obwohl der ärztliche Leistungserbringer auch den Leistungsinhalt der Ziff. 3145 GOÄ erfüllt hat. Die gleiche Sachlage kann vorliegen, wenn der Leistungsinhalt der Gebührenziffer aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ weit gefaßt ist, wie beispielsweise die Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und ggfs. der Nachbarorgane (Ziffer 2757 GOÄ). Leistungen im Zusammenhang mit der Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete sind dann nicht separat berechenbar (s.a. BGH, Urteil vom 13.05.2004, Az. III ZR 344/03, GesR 2004, 341).

Die zweite Fallgruppe in § 4 Abs. 2a GOÄ, die besondere Ausführung einer anderen ärztlichen Leistung, kann dann vorliegen, wenn der Leistungsinhalt einer Gebührenziffer des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ eine „bestimmte Ausführung“ einer ärztlichen Leistung beinhaltet. Wenn der ärztliche Leistungserbringer dann nicht diese „bestimmte Ausführung“ bei der Leistungserbringung wählen sollte, sondern eine „besondere Ausführung“, so ist dies nicht zusätzlich berechenbar.

Die dritte Fallgruppe des § 4 Abs. 2a GOÄ betrifft ärztliche Leistungen, die zwar im Prinzip selbständig sind, die aber als methodisch notwendige operative Einzelschritte bei der Erbringung einer anderen ärztlichen Leistung trotzdem nicht separat berechnet werden können. Diese Fallgruppe hat die größte praktische Relevanz, weshalb hier die Auslegung des § 4 Abs. 2 a GOÄ besonders umstritten ist.

2.

Die Auslegung der Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ

Von Seiten der privaten Krankenversicherungen wird bei der Auslegung der Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ im allgemeinen und bei der Frage, was unter einem methodisch notwendigen operativen Einzelschritt in § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ und damit dem Kernbegriff der dritten Fallgruppe im besonderen zu verstehen ist, an das sogenannte Zielleistungsprinzip angeknüpft, ein Begriff, der sich in der Gebührenordnung für Ärzte selbst nicht findet, der zwischenzeitlich aber weite Verbreitung gefunden hat und auch von der Rechtsprechung übernommen wurde. Das Zielleistungsprinzip wird dabei durchaus unterschiedlich verstanden. Teilweise wird die Auffassung vertreten, daß bei einer Operation im Rahmen einer stationären Behandlung regelmäßig nur eine operative Hauptleistung, die sogenannte Zielleistung, abrechenbar sei, wobei üblicherweise die im Gebührenverzeichnis der GOÄ am höchsten bewertete Leistung genommen wird, da im Gesetz nicht definiert wird, wie eine Zielleistung zu ermitteln ist. Teilweise werden bei einer Operation auch mehrere Zielleistungen anerkannt, die dann erstattet werden. Die Zielleistung wird ausgehend von der Erkrankung des Patienten verstanden. Alles was medizinisch notwendig ist, um das mit der Operation verfolgte Ziel, die Behebung der Erkrankung des Patienten zu erreichen, ist nicht separat abrechenbar, wobei die Begriffe „medizinisch notwendig“ und „methodisch notwendig“, der von Seiten des Gesetzgebers verwendet wurde, gleichgesetzt werden (so u.a. Uleer/Miebach/

Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 2. Auflage, Seite 26 bis 58; LG Koblenz, Urteil vom 20.06.2001, 12 S 357/00; LG Hannover, Urteil vom 10.04.2003, 19 S 103/02).

Dieser Auslegung der Vorschrift läßt sich mit guten Gründen entgegenhalten, daß die Gebührenordnung für Ärzte in § 4 Abs. 2a GOÄ nicht von medizinisch notwendigen, sondern ausschließlich von methodisch notwendigen operativen Einzelschritten spricht. Ein methodisch notwendiger operativer Einzelschritt ist nicht mit einem medizinisch notwendigen operativen Einzelschritt gleichzusetzen, sondern wesentlich enger zu fassen. Methodisch notwendige operative Einzelschritte sind demnach diejenigen ärztlichen Leistungen, die notwendig sind, damit sich der ärztliche Leistungserbringer den Zugang zum Operationsgebiet verschaffen kann, der Leistungsinhalt der sogenannten Zielleistung und der anschließende schichtweise Wundverschluß. Als methodisch notwendige Einzelschritte müssen sie immer anfallen, damit der ärztliche Leistungserbringer den Leistungsinhalt einer Gebührensatzung aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ erfüllen kann und dürfen nicht nur gelegentlich notwendig werden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist eine Rechtsverordnung, die in ihrem Gebührenverzeichnis unter den dort aufgeführten Gebührensätzen jeweils bestimmte ärztliche Leistungen und nicht Erkrankungen beschreibt. Weil es in der Gebührenordnung für Ärzte nicht darum geht, was zur Behebung bestimmter Krankheitsbilder notwendig ist, sondern allein darum, was zur Erfüllung der Leistungsinhalte der einzelnen Gebührensätze notwendig ist, hat der Begriff des medizinisch notwendigen Einzelschritts dort nichts zu suchen. Die Frage, ob eine ärztliche Leistung im Einzelfall methodisch notwendig war und damit nicht selbständig abrechenbar ist oder auf einer eigenständigen Indikation beruht und damit separat berechnet werden kann, läßt sich nur im Einzelfall durch die Auslegung der Leistungsinhalte der jeweils betroffenen Gebührensätze beurteilen (so u.a. Schulte-Nölke, Zur Vergütung privatärztlicher Operationsleistungen, NJW 2004, Seite 2273; Harneit/Poetsch, die Bedeutung von § 4 Abs. 2a GOÄ/§ 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ in der Systematik des (zahn-)ärztlichen Gebührenrechts, GesR 2004, Seite 11; LG Stade, Urteil vom 31.03.2004, GesR 2004, Seite 344; LG Karlsruhe, Urteil vom 28.03.2004, 1 S 106/02; LG Memmingen, Urteil vom 27.10.2004, 1 S 1425/04).

Der Bundesgerichtshof hat sich erstmalig anhand der sogenannten Schilddrüsenradikaloperation nach der Ziffer 2757 GOÄ mit der Auslegung der Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ auseinandergesetzt. Die Grundtendenzen dieser Entscheidung, die für alle ärztlichen Fachrichtungen von Bedeutung sind, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Voraussetzung für die separate Berechnung weiterer ärztlicher Leistungssätze neben einer sogenannten Zielleistung ist jeweils das Vorliegen einer eigenständigen medizinischen Indikation, für die unter diesen Leistungssätzen abgerechneten ärztlichen Leistungen, wobei diese Indikation jeweils hinreichend dokumentiert werden muss.
- Der ärztliche Leistungserbringer kann zum Ausgleich von Honorareinbußen auf Grund der Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ grundsätzlich nicht auf die Möglichkeit

der Erhöhung des Steigerungssatzes für die Zielleistung nach § 5 Abs. 2 GOÄ bzw. auch den Abschluß einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ verwiesen werden.

- In den Fällen, in denen sich der qualitative und der quantitative Aufwand für den ärztlichen Leistungserbringer bei einer Operation infolge des medizinischen Fortschritts erheblich erweitert, ohne daß dies sich in einer Neufassung des Gebührentatbestandes der für diese Operation abrechenbaren Gebührensätze und in einer Neubewertung des Punktwertes für diese Operation und damit in einer Erhöhung des Honorars niederschlägt, kann eine Regelungslücke in der Gebührenordnung für Ärzte vorliegen, die durch die zusätzliche Analog-Berechnung zumindest einer weiteren Gebührensatz aus dem Gebührenverzeichnis geschlossen werden kann (BGH, Urteil vom 13.05.2004, III ZR 344/03, GesR 2004,341).

Die Auffassung des BGH, daß Voraussetzung für die Abrechenbarkeit weiterer ärztlicher Leistungssätze neben der sogenannten Zielleistung das Vorliegen einer eigenständigen medizinischen Indikation für die unter diesen Gebührensätzen abgerechneten ärztlichen Leistungen ist, kann mit guten Gründen als Bestätigung der Auffassung angesehen werden, daß § 4 Abs. 2a GOÄ grundsätzlich entgegen der Auffassung der privaten Krankenversicherungen auszulegen ist. Wenn eine ärztliche Leistung methodisch notwendig ist, um die sogenannte Zielleistung durchführen zu können, so fehlt es ihr an einer eigenständigen medizinischen Indikation, umgekehrt kann sie, wenn sie eigenständig medizinisch indiziert ist, nicht zu den methodisch notwendigen operativen Einzelschritten der sogenannten Zielleistung gehören. Das Vorliegen einer eigenständigen medizinischen Indikation für eine im Streit stehende Leistungssatz muß der ärztliche Leistungserbringer im Streitfall jeweils darlegen und beweisen können. Von Seiten privater Krankenversicherungen und ihrer Prozeßvertreter ist nach der Veröffentlichung der Entscheidung des BGH v. 13.05.04 vielfach die Auffassung vertreten worden, daß mit diesem Urteil deren Position zur Auslegung des § 4 Abs. 2a GOÄ bestätigt worden sei. Zur Begründung für diese Auffassung wurde auf einen Absatz in den Entscheidungsgründen verwiesen, wo das Gericht ausgeführt hat, daß man komplexe Operationsleistungen nicht in ihre Einzelschritte aufteilen und diese Einzelschritte separat abrechnen könne. Dabei wird jedoch übersehen, daß sich diese Passage des Urteils ausdrücklich auf den weit gefaßten Gebührentatbestand der Ziffer 2757 GOÄ bezieht und nicht auf die Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ und der BGH zudem in seiner Entscheidung ausdrücklich auf die oben skizzierten Abrechnungsmöglichkeiten hinweist (so auch: LG Düsseldorf, Urteil v. 12.05.2005, Az. 22 S 284/04, und das LG Paderborn in einem rechtlichen Hinweis an die Parteien, Protokoll v. 21.07.2005, Az. 1 S 46/05).

II.

Die Wahlleistungsvereinbarung

Ärztliche Leistungen im Bereich der Handchirurgie erfolgen, soweit sie stationär

erbracht werden, überwiegend in Krankenhäusern, die dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) unterliegen. Wenn diese Leistungen als wahlärztliche Leistungen von leitenden Krankenhausärzten mit eigener Liquidationsberechtigung erbracht werden, ist Voraussetzung für ihre Berechenbarkeit nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte der Abschluß einer Wahlleistungsvereinbarung zwischen Patient und Krankenhausträger vor Beginn der ärztlichen Behandlung.

Die Wahlleistungsvereinbarung muß den Anforderungen des KHEntgG genügen (§ 17 KHEntgG), die in den letzten Jahren von der Rechtsprechung insbesondere des BGH konkretisiert worden sind. Fehler bei der Gestaltung der Wahlleistungsvereinbarung durch den Krankenhausträger können zu deren Unwirksamkeit führen mit der Folge, daß die liquidationsberechtigten leitenden Krankenhausärzte ihren Anspruch auf Erstattung der von ihnen erbrachten wahlärztlichen Leistungen verlieren bzw. bereits empfangenes Wahlarzthonorar zurückzahlen müssen. Gleiches gilt für den Krankenhausträger hinsichtlich der nichtärztlichen Wahlleistungen.

In der Wahlleistungsvereinbarung ist darauf hinzuweisen, auf wen sich die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt, wobei der seit dem 01.01.2005 geltende Gesetzestext zu beachten ist (§ 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG):

„Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären, sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.“

Wenn dieser Hinweis in der Wahlleistungsvereinbarung unklar formuliert ist, kann dies zur Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung insgesamt mit den genannten Rechtsfolgen führen (OLG Stuttgart, Urteil v. 17.01.2002, Az. 2 U 147/01, MedR 2002, 411; LG Konstanz, Urteil v. 09.10.2002, Az. 2 O 58/02).

Der Patient ist vor Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen schriftlich zu unterrichten (§ 17 Abs. 2 S. 1 KHEntgG). Zur Unterrichtung gehört hinsichtlich der nichtärztlichen Wahlleistungen, daß die Zuschläge genannt werden, die der Krankenhausträger für diese Wahlleistungen täglich verlangt. Hinsichtlich der ärztlichen Wahlleistungen muß über die Art und Weise des Zustandekommens der Preise für diese Leistungen unterrichtet werden. Dies bedeutet im einzelnen (BGH, Urteil v. 27.11.2003, Az. III ZR 37/03; BGH, Urteil v. 08.01.2004, Az. III ZR 375/02; BGH, Urteil v. 22.07.2004, Az. III ZR 355/03; BGH, Urteil v. 04.11.2004, Az. III ZR 201/04):

- Eine kurze Charakterisierung des Inhalts wahlärztlicher Leistungen, wobei deutlich werden sollte, daß diese Leistungen von den liquidationsberechtigten Krankenhausärzten persönlich erbracht werden, verbunden mit dem Hinweis darauf,

daß der Patient auch ohne Abschluß einer Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte erhalten würde;

- eine kurze Erläuterung der Preisermittlung für ärztliche Leistungen nach der GOÄ und der GOZ (Bedeutung von Punktzahl und Punktwert; Möglichkeit, den Gebührensatz je nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand zu erhöhen; Hinweis auf Gebührenminderung nach § 6a GOÄ etc.);
- ein Beispiel für die Preisermittlung, wobei an eine beliebige Gebührenziffer aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ angeknüpft werden kann;
- ein Hinweis darauf, daß die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung für den Patienten bedeuten kann;
- ein Hinweis darauf, daß die Gebührenordnung für Ärzte auf Wunsch eingesehen werden kann, die ungefragte Vorlage ist nicht erforderlich.

Ein Kostenvoranschlag vor Beginn der Behandlung ist nicht erforderlich.

Nachdem der Gesetzgeber in § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG eine schriftliche Unterrichtung des Patienten über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen verlangt, bedeutet dies zunächst, daß das, worüber unterrichtet wird, schriftlich fixiert werden muß. Anschließend ist von Seiten desjenigen, der die Unterrichtung vorgenommen hat, zu unterschreiben.

Fehler bei der Unterrichtung des Patienten über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im einzelnen führen zur Unwirksamkeit der Wahlleistungsvereinbarung mit den bereits genannten Rechtsfolgen.

Für eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung ist jeweils der Krankenhausträger zuständig. Im Verhältnis zu angestellten leitenden Krankenhausärzten ergibt sich diese Verpflichtung aus der arbeitsvertraglichen Fürsorgepflicht, im Verhältnis zu beamteten Chefärzten aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn. Bei Nichtbeachtung dieser Fürsorgepflichten macht sich der Krankenhausträger grundsätzlich Schadensersatzpflichtig.

III.

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung

Ärztliche Leistungen im allgemeinen und ärztliche Wahlleistungen im besondere sind durch den ärztlichen Leistungserbringer grundsätzlich persönlich zu erbringen.

Die Verpflichtung des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung ergibt sich aus einer Reihe von Gesetzesvorschriften. Der Behandlungsvertrag zwischen Wahlarzt

und Privatpatient im Zusammenhang mit der Erbringung von als ärztliche Wahlleistungen abrechenbaren stationären Krankenhausleistungen ist als Vertrag höherer Ordnung anzusehen, bei dem der Wahlarzt als Dienstverpflichteter im Zweifel den Dienst in Person zu leisten hat (§ 613 S. 1 BGB). Der Privatpatient, der mit dem Krankenhausträger zuvor eine Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen hat, kauft sich im Rahmen dieser Vereinbarung die Dienste hochqualifizierter Spezialisten der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte des Hauses zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen hinzu, die diese persönlich zu erbringen haben. Die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung ergibt sich im übrigen aus § 19 S. 1 Musterberufsordnung, wonach der Arzt seine Praxis persönlich ausüben muß, was so in die Berufsordnungen der einzelnen Landesärztekammern übernommen wurde und aus § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ, wonach der Arzt nur selbständige ärztliche Leistungen berechnen kann, die er entweder selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden.

Zu den ärztlichen Leistungen, die der Arzt selbst erbringen muß, um sie abrechnen zu können, gehören bei wahlärztlichen Leistungen regelmäßig die Durchführung des operativen Eingriffs und eine Reihe von Beratungs- und Untersuchungsleistungen. Dieser Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung kann sich der Arzt gerade im Bereich der Wahlleistungen nur unter eng begrenzten Voraussetzungen entziehen. In der Wahlleistungsvereinbarung selbst geregelt werden können diejenigen Fälle, in denen die Verhinderung des Wahlarztes bei der persönlichen Leistungserbringung im Kernbereich wahlärztlicher Leistungen bei Abschluß des Wahlleistungsvertrages nicht vorhersehbar war, worunter eine anderweitige notfallmäßige Inanspruchnahme oder eine plötzliche Erkrankung des Wahlarztes zu verstehen sind (OLG Karlsruhe, Urteil vom 20.02.1987, 15 U 160/86, *Arztrecht* 1987, 266; OLG Stuttgart, Urteil vom 17.01.2002, 2 U 187/01, *MedR* 2002, 411). In allen anderen Fällen, in denen die Verhinderung des Wahlarztes bei Abschluß der Wahlleistungsvereinbarung bereits vorhersehbar ist, etwa weil sich dieser im Urlaub befindet oder anderweitig verhindert ist, kann seine Vertretung bei Beibehaltung des Liquidationsrechts nicht im Rahmen der Wahlleistungsvereinbarung wirksam geregelt werden. Statt dessen muß mit dem jeweiligen Patienten eine individuelle Vertretungsvereinbarung geschlossen werden, in der der Patient in die Vertretung des Wahlarztes durch einen namentlich benannten Stellvertreter und in die Abrechnung durch den Wahlarzt, obwohl dieser die ärztlichen Leistungen nicht selbst erbracht hat, einwilligt. Der Abschluß einer solchen individuellen Vertretungsvereinbarung wird von der wohl überwiegenden Rechtsprechung grundsätzlich als zulässig angesehen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 20.02.1987, ebenda; LG Marburg, Urteil vom 13.01.2000, 1 O 263/99). Entscheidend für die Wirksamkeit einer solchen individuellen Vertretungsvereinbarung ist, daß der Privatpatient die Möglichkeit hat, sich vor ihrem Abschluß zwischen verschiedenen Alternativen zu entscheiden, wozu auch der Verzicht auf ärztliche Wahlleistungen wegen der Abwesenheit des Wahlarztes gehören sollte (LG Bonn, Urteil vom 04.02.2004, 5 S 207/03; LG Hamburg, Urteil vom 12.11.2004, 332 O 305/04).

Zu den Alternativen, zwischen denen der Patient sich vor dem Abschluß einer individuellen Vertretungsvereinbarung entscheiden können sollte, gehören u.a.:

- Die Behandlung nach Maßgabe der allgemeinen Krankenhausleistungen mit Facharztstandard bei Verzicht auf ärztliche Wahlleistungen;
- die Verschiebung des Krankenhausaufenthaltes bis zur Rückkehr des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes, soweit dies die Erkrankung zuläßt
- und die Vertretung des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes durch einen namentlich benannten ärztlichen Vertreter bei Abrechnung durch den Wahlarzt.

Nachdem die Rechtsprechung den Abschluß einer individuellen Vertretungsvereinbarung fordert, kann hier nicht mit standardisierten Mustertexten gearbeitet werden, sondern es kann vorab nur das „Gerüst“ einer solchen Vereinbarung entwickelt werden, das im Einzelfall jeweils ergänzt werden muß (so z.B. durch den individuellen Verhinderungsgrund und den jeweils benannten ärztlichen Vertreter).

GOÄ Leitlinien

Leitlinie Daumensattelgelenksarthrose

Die Arthrose des Daumensattelgelenkes wird auf unterschiedliche Art operativ behandelt. Die selbständigen einzelnen operativen Leistungen haben jeweils ihre eigene Indikation. Die Indikationen dieser eigenständigen Operationen hängen von der Ausprägung der Arthrose ab: Es kann eine Resektion mit oder ohne Sehnensuspension, eine Synovialektomie, eine Arthrodese oder ein endoprothetischer Gelenkersatz notwendig werden.

1.

Arthrodese des Sattelgelenkes

Das Daumensattelgelenk wird durch zwei Knochen gebildet: Das große Vielecksbein (Os trapezium) des Handgelenkes und der erste Mittelhandstrahlknochen. Aus diesem Grunde ist für die operative Versteifung zunächst die Ziffer 2131 GOÄ ansetzbar. Daneben kann auch die Ziffer 2123 GOÄ abgerechnet werden. Nachdem die Versteifung des Gelenkes sowohl durch dessen Verödung oder Ruhigstellung als auch Transfixation erreicht werden kann, ist die Resektion der Gelenkflächen kein methodisch notwendiger operativer Einzelschritt bei der Arthrodese des Sattelgelenkes.

Der Leistungsinhalt beider Gebührenziffern wird zudem im Gebührenverzeichnis zur GOÄ annähernd als gleichwertig angesehen. Die Ziffer 2123 GOÄ ist mit 1110 Punkten bewertet, für die Ziff. 2131 GOÄ beträgt der Punktwert 1300 Punkte. Wenn die erstgenannte Bestandteil der letztgenannten Gebührenziffer wäre, würde für die operative Versteifung als von der Schwierigkeit her der Resektion zumindest

gleichwertige ärztliche Leistung ein wesentlich geringerer Punktwert verbleiben. Der Gesetzgeber ist somit ganz offensichtlich davon ausgegangen, daß beide Leistungsziffern nebeneinander berechnet werden können. Der Berufung auf den Punktwert einzelner Leistungsziffern im Gebührenverzeichnis, um deren Nebeneinanderberechnung zu begründen, wird hier zwar immer wieder mit dem Argument entgegengetreten, daß es sich hierbei um Ungereimtheiten handeln würde, die der Gesetzgeber beseitigen müsse. Dabei wird jedoch übersehen, daß diese sogenannten Ungereimtheiten bei Einführung des § 4 Abs. 2a GOÄ zum 01.01.1996 bereits bekannt waren. Wenn der Gesetzgeber damals von Ungereimtheiten ausgegangen wäre, hätte deren Beseitigung nahegelegen. Die Tatsache, daß dies unterblieben ist, läßt nur den Schluß zu, daß der Punktwert für eine ärztliche Leistung im Gebührenverzeichnis als ein maßgebliches Indiz für ihre Selbständigkeit im Verhältnis zu anderen Leistungsziffern angesehen werden muß.

Bei der Einbringung autologer Spongiosa vom Beckenkamm in das Daumensattelgelenk können neben den Ziffern 2123 und 2131 GOÄ auch die Ziffern 2254 oder 2255 GOÄ abgerechnet werden. Voraussetzung ist, daß die Einbringungen von Spongiosa eigenständig medizinisch indiziert war, was im Operationsbericht dokumentiert werden sollte. Die Tatsache, daß das Einbringen von Spongiosa bei der Arthrodesse des Daumensattelgelenks zusätzlich berechenbar ist, ergibt sich auch aus einem Vergleich der Ziffer 2131 GOÄ mit der Ziffer 2132 GOÄ für die operative Versteifung des Hüftgelenkes. Dem Leistungsinhalt der Ziffer 2132 GOÄ ist das Einbringen von Knorpelspanen oder alloplastischem Material bei entsprechend höherer Bewertung dieser Gebührenziffer mit eingeschlossen, bei der Ziffer 2131 GOÄ dagegen nicht. Die Ziffer 2253 GOÄ, die nur die Knochenspanentnahme beinhaltet, ist dagegen neben den Ziffer 2254 und 2255 GOÄ nicht separat ansetzbar.

2.

Flexor-carpi-radialis(FCR-)-Plastik

Die Entfernung des Os trapeziums kann mit der Ziffer 2263 GOÄ berechnet werden, die Entfernung freier Gelenkkörper mit der Ziffer A 2118 GOÄ. Die Ziffer 2118 GOÄ kann hier nur analog angesetzt werden, da in der Leistungsbeschreibung dieser Gebührenziffer die operative Entfernung freier Gelenkkörper nicht aufgeführt wird, die nicht mit den dort genannten Fremdkörpern gleichzusetzen sind. Nachdem freie Gelenkkörper auch im Handgelenk vorkommen können, liegt einer ärztliche Leistung vor, die bisher nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurde. Wenn sich freie Gelenkkörper im Handgelenk befinden, was im Operationsbericht dokumentiert werden sollte, liegt eine eigenständig medizinisch indizierte und damit selbständige ärztliche Leistung vor, die nach § 6 Abs. 2 GOÄ analog angesetzt werden kann. § 4 Abs. 2a GOÄ steht einer Abrechnung nicht entgegen.

Bei entzündlichen Veränderungen der Gelenkschleimhaut, die nicht medikamentös behandelt werden können, kann eine Synovektomie mit der Ziffer 2111 GOÄ abgerechnet werden. Die Synovektomie muß hier als selbständige Leistung angesehen

werden, die durch die Entzündung der Gelenkschleimhaut, die im Operationsbereich dokumentiert werden sollte, eigenständig indiziert ist. § 4 Abs. 2a GOÄ steht hier einer Abrechnung nicht entgegen.

Wenn der Daumenmittelhandknochen durch die umgelagerte FCR-Sehne unterstützt wird, um eine Proximalverschiebung und einen Kraftverlust zu verhindern, ist die Ziffer 2074 GOÄ ansetzbar und bei Führung der Sehne durch einen Bohrkanal durch den Mittelhandknochen die Ziffer 2250 GOÄ. Die Ansetzung der Ziff. 2074 GOÄ erfolgt für die Umlagerung der FCR-Sehne. Die Ziffer 2250 GOÄ kann nur analog angesetzt werden. Es handelt sich hier nicht um einen methodisch notwendigen operativen Einzelschritt der ärztlichen Leistung nach der Ziffer 2074 GOÄ, da auch andere Möglichkeiten der Sehnenführung denkbar sind, so daß § 4 Abs. 2a GOÄ schon deshalb einer Abrechnung nicht entgegensteht. Im übrigen ergibt sich schon aus dem Leistungsinhalt der Ziffer 2074 GOÄ, daß die ärztliche Leistung, für die die Ziffer 2250 GOÄ analog angesetzt werden kann, hier nicht erfaßt wird.

Wenn die umlagerte Sehne zusätzlich mit Knocheneinbolzung unter Verwendung eines Knochentransplantats fixiert und gesichert wird, kann daneben auch die Ziffer 2254 GOÄ abgerechnet werden. Es liegt kein methodisch notwendiger operativer Einzelschritt bei der Umlagerung der Sehne vor, da diese ärztliche Leistung nicht regelmäßig anfällt, sondern nur dann, wenn eine besondere Indikation vorliegt.

3.

Endoprothese

Für den vollständigen endoprothetischen Ersatz des Daumensattelgelenkes kann die Ziffer 2142 GOÄ angesetzt werden, die Ziffer 2123 GOÄ dagegen nur, wenn beide Leistungen zeitversetzt erfolgt sind. Die bisher hier vertretene Auffassung, daß die Nebeneinanderberechnung beider Gebührenziffern in jedem Fall möglich ist, wird aufgegeben. Statt dessen wird empfohlen, der Tatsache, daß die ärztliche Leistung hier mit der Ziffer 2142 GOÄ allein nicht adäquat bewertet ist, durch den Abschluß einer Honorarvereinbarung Rechnung zu tragen.

Bei plastischen Maßnahmen an der Gelenkkapsel kann zusätzlich die Ziffer 2101 GOÄ analog abgerechnet werden. Voraussetzung ist, daß die Verstärkung der Gelenkkapsel bei Luxationsneigung der Endoprothese erforderlich ist und somit eine eigenständige Indikation vorliegt, die erst eine selbständige Leistung begründet, so daß § 4 Abs. 2a GOÄ einer Abrechnung nicht entgegensteht.

Leitlinie Karpaltunnelsyndrom

Unter dem Begriff Karpaltunnelsyndrom versteht man ein Drucksyndrom des Nervus medianus. Diese Drucksymptomatik kann durch unterschiedliche Erkrankungen oder Verletzungen hervorgerufen werden. Am häufigsten liegt dem Karpal-

tunnelsyndrom eine Verdickung des Retinaculum flexorum oder eine Synovialitis der Beugesehnen unterschiedlicher Genese im Handgelenksbereich zugrunde. Ursachen für die Drucksymptomatik können aber auch Tumore, Ganglien oder verletzungsbedingte Einengungen des Karpaltunnels sein. Aufgrund des Umstandes, daß das Karpaltunnelsyndrom verschiedene Ursachen haben kann, können auch mehrere eigenständige operative Maßnahmen erforderlich werden, um die Krankheitssymptomatik und ihre Ursache zu behandeln. Für die einfache Dekompression des Nervus medianus mit Durchtrennen des verdickten Retinaculum flexorum kann die Ziffer 2070 GOÄ abgerechnet werden. Diese Leistung wird regelmäßig bei endoskopischen Operationen erbracht. Durch das Endoskop kann lediglich das Retinaculum flexorum gespalten und eine Synovektomie oder Tumorentfernung oder Bandnähte durchgeführt werden.

Wenn als weitere Ursache des Karpaltunnelsyndroms neben der Verdickung des Retinaculum flexorum eine Synovialitis der Beugesehnen hinzukommt, muß zusätzlich zu der Spaltung des Retinaculum flexorum eine Synovektomie der Beugesehnen erfolgen, um den Tunnelinhalt zu reduzieren und um nach Vernarbung des Retinaculum flexorum ein Rezidiv zu verhindern. Erforderlich ist dann eine Synovektomie aller neun im Karpaltunnel liegenden Beugesehnen. Hier ist die Ziffer 2091 GOÄ zusätzlich berechenbar (so auch: Amtsgericht Kempten/Allgäu, Zwst. Sonthofen, Urteil v. 13.09.2004, Az. 2 C 892/03; AG Hamburg, Urteil v. 14.07.05, Az. 8 B C 45/05). Eine Mehrfachberechnung der Ziffer 2091 GOÄ scheidet aufgrund ihres Leistungsinhalts (Sehnenscheidenradikaloperation) aus. Die Auffassung, daß bei der Operation des Karpaltunnelsyndroms neben der Ziffer 2070 GOÄ noch weitere Leistungsziffern abrechenbar sind, wird hinsichtlich der Synovektomie darauf gestützt, daß diese nicht zu den methodisch notwendigen operativen Einzelschritten bei der Operation des Karpaltunnelsyndroms nach der Ziffer 2070 GOÄ gehört, sondern vielmehr nur dann erfolgt, wenn eine eigenständige Indikation für diese zusätzliche ärztliche Leistung vorliegt, so daß § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ einer separaten Berechnung nicht entgegenstehen dürfte (so: AG Kempten und AG Hamburg und auch Neumann/Brüser/Buck-Gramcko, Kommentar Handchirurgischer GOÄ-Ziffern der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie, 1993, zu 2070 GOÄ).

Wenn zusätzlich eine Adhäsion oder Vernarbung des Epineuriums der Nerven vorliegt, kann eine Neurolyse notwendig werden, um die Leitfähigkeit der Nerven wieder herzustellen, wobei je nach intraoperativem Vorgehen entweder die Ziffer 2583 oder die Ziffer 2592 GOÄ im Einzelfall bei Rezidiven abrechenbar ist. Bei der mikrochirurgischen Neurolyse wird das äußere Nervenüllgewebe, das Epineurium, und teilweise auch das innere Nervenüllgewebe, das Perineurium, entfernt, um die Faszikelbündel zu entlasten. Zusätzlich erfolgt ggf. eine mikrochirurgische Freilegung des motorischen Nervenastes zum Daumenballen. Die Abrechnung der Ziffern 2583 oder 2592 GOÄ für die Neurolyse wird darauf gestützt, daß diese ärztliche Leistung keinen notwendigen Bestandteil der Operation eines Karpaltunnelsyndroms darstellt. Der Hinweis auf die notwendige Dekompression der Nerven in der Leistungslegende der Ziffer 2070 GOÄ kann sich nicht darauf beziehen, daß zum Leistungsinhalt dieser Gebührenziffer auch eine Neurolyse gehört. Die Formulierung stellt lediglich darauf ab, daß die Muskelkanalbildung oder die Operation durch Druck-

entlastung des Nerven führen muß, weil sie sonst sinnlos wird (so zutreffend: Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl., Kommentiertes Gebührenverzeichnis Nr. 2067-2092, Rn 2). Eine eigenständige Indikation für die Neurolyse neben der Ziffer 2070 GOÄ liegt dann vor, wenn der Nervus medianus durch Verwachsungen zusätzlich geschädigt ist, was keineswegs zwangsläufig der Fall sein muß. Die Neurolyse ist damit nicht notwendiger Bestandteil der Operation des Karpaltunnelsyndroms und als selbständige Leistung anzusehen, weshalb § 4 Abs. 2a GOÄ ihrer Abrechnung nicht entgegensteht (so auch: AG Kempten/Allgäu, Urteil v. 13.09.04, und AG Hamburg, Urteil v. 14.07.05). Die Abrechnung der sehr seltenen mikrochirurgischen Neurolyse nach der Ziffer 2592 GOÄ neben der Ziffer 2070 GOÄ kann zusätzlich mit den Punktwerten für beide Leistungen begründet werden. Der Punktwert der Ziffer 2592 GOÄ beträgt 1800, der Punktwert für die Ziffer 2070 GOÄ dagegen nur 1680 Punkte. Die mikrochirurgische Neurolyse kann schon deshalb nicht Bestandteil der Ziffer 2070 GOÄ sein.

Leitlinie Dupuytren'sche Kontraktur

Bei der Dupuytren'schen Kontraktur handelt es sich nach der WHO-Definition um eine tumorähnliche Erkrankung. Diese ist gekennzeichnet durch eine Neubildung und Schrumpfung der bindegewebigen Stränge der Palmaraponeurose und der Faszien systeme der Finger. Diese Veränderungen können multilokulär gleichzeitig auftreten und zu Beugekontrakturen der Finger und/oder zu einer Adduktionskontraktur des ersten Strahles führen. Sekundär entstehen aufgrund langandauernder Krankheitsverläufe Gelenkeinstellungen und Hautschrumpfungen. Sogenannte Seitenstränge verdrängen die Gefäßnervenbündel aus ihrer normalen anatomischen Lage. Insbesondere ummauern derbe Knotenbildungen die Nerven und Gefäße, trennen und komprimieren diese anatomischen Strukturen. Bei Rezidiven entstehen durch starke Vernarbungen zusätzlich Fehlstellungen und Gelenkkontrakturen. Um dieses komplexe Krankheitsbild fach- und situationsgerecht operativ behandeln zu können, werden je nach Ausprägung des Krankheitsbildes eigenständige Operationen mit jeweils eigener Indikation erforderlich.

Die operative Beseitigung einer sogenannten Dupuytren'schen Kontraktur der Hand ist nach den Ziffern 2087, 2088 GOÄ, die Beseitigung der Dupuytren'schen Kontraktur nach der Ziffer 2089 GOÄ abrechnungsfähig.

Die Ziffer 2087 GOÄ kann dann angesetzt werden, wenn die Hohlhandaponeurose nicht vollständig entfernt wird, wenn nur isolierte Fingerstrahlen betroffen sind oder bei Rezidivoperationen, wenn die Palmaraponeurose im wesentlichen schon durch die Erstoperation entfernt wurde. Die Ziffer 2088 GOÄ ist dann abrechnungsfähig, wenn die Palmaraponeurose vollständig entfernt wird. Isolierte Knoten- und Strangresektionen fallen unter Ziffer 2087 GOÄ. Die Ziffer 2089 GOÄ beinhaltet die Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektionen an einzelnen Fingern, sowie einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken.

Die Ziffer 2087 GOÄ kann zweimal berechnet werden, wenn isoliert voneinander ein Finger und der Daumen betroffen sind. Die Leistungslegende der Ziffer 2087 GOÄ beinhaltet die Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur, so daß hiernach eine Mehrfachberechnung möglich ist. Die Systematik des Gebührenverzeichnisses steht dieser Mehrfachberechnung nicht entgegen. Zwar ergibt sich bei zweifacher Abrechnung der Ziffer 2087 GOÄ ein höherer Punktwert als beim Ansatz der Ziffer 2089 GOÄ, dies erscheint jedoch durch den mit der Operation von Finger und Daumen verbundenen erhöhten operativen Aufwand gerechtfertigt. Zudem ist ohne eine vollständige Entfernung der Palmaraponeurose der Leistungsinhalt der Ziffer 2089 GOÄ ohnehin nicht erfüllt, was dem Ansatz dieser Gebührenziffer in einem solchen Fall entgegenstehen würde.

Neben den Ziffer 2087 bis 2089 GOÄ sind grundsätzlich weitere Leistungsziffern aus dem Gebührenverzeichnis zur GOÄ abrechenbar, sofern die jeweils notwendigen gebührenrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Wenn sich als sekundäre Veränderung der Kontraktur die Schrumpfung einer oder mehrerer Gelenkkapseln herausstellt, wodurch die vollständige Streckung eines oder mehrerer Finger verhindert wird, liegt eine Indikation für die ärztliche Leistung nach der Ziffer 2134 GOÄ vor, die dann als selbständige Leistung einmal pro Finger in Ansatz gebracht werden kann, nachdem der Leistungsinhalt dieser Gebührenziffer eine Mehrfachberechnung zuläßt. § 4 Abs. 2a GOÄ steht einer Abrechnung dieser Leistung nicht entgegen, da es sich um Sekundärschäden handelt, die sich nicht mit der eigentlichen operativen Therapie der Dupuytren'schen Erkrankung beseitigen lassen. Nachdem die Arthroplastik, die mit der Ziffer 2134 GOÄ abgerechnet werden kann, eigenständig medizinisch indiziert sein muß, liegt kein methodisch notwendiger operativer Einzelschritt bei der Operation einer bzw. der Dupuytren'schen Kontraktur vor.

Die Ziffern 2381, 2382 und 2383 GOÄ für einfache Hautlappenplastiken, schwierige Hautlappenplastiken, Spalthauttransplantationen oder Vollhauttransplantationen sind grundsätzlich neben den Ziffern 2087-2089 GOÄ abrechnungsfähig, sofern der Leistungsinhalt dieser Gebührenziffern jeweils erfüllt ist und die Leistungserbringung im Operationsbericht dokumentiert wurde. Eine Ausnahme gilt nur für die Ziffer 2381 GOÄ im Verhältnis zu der Ziffer 2089 GOÄ, da die erstgenannte in der letztgenannten Gebührenziffer mit eingeschlossen ist. Dies wird inzwischen auch durch den Verband der privaten Krankenversicherung in seinem Rechenschaftsbericht für das Jahr 2002 anerkannt. Im Konfliktfall lassen sich zur Begründung für die Abrechenbarkeit dieser Leistungsziffern neben den Gebührenziffern für die Operation einer bzw. der Dupuytren'schen Kontraktur noch eine Reihe von Argumenten anführen. Zunächst ist auf die Leistungslegende für die Gebührenziffern 2087-2089 GOÄ zu verweisen. Für die Ziffer 2089 GOÄ hat der Gesetzgeber festgelegt, daß hier die Z- und/oder Zickzackplastiken mit eingeschlossen sind. Dies bedeutet im Umkehrschluß, daß die Gebührenziffern 2381-2383 GOÄ dort, wo sie in der Leistungslegende der Ziffern 2087-2089 GOÄ nicht erwähnt werden, auch abrechenbar sind.

Die Ziffern 2381-2383 GOÄ sind grundsätzlich auch mehrfach berechenbar, nach-

dem die Leistungsbeschreibung dieser Gebührensätze jeweils von einer Leistung ausgeht, der Gesetzgeber somit jeweils den Singular gewählt hat.

Neben den Gebührensätzen für die Operation einer bzw. der Dupuytren'schen Kontraktur ist grundsätzlich auch die Ziffer 2583 GOÄ abrechenbar, sofern deren Leistungsinhalt erfüllt ist und eine eigenständige medizinische Indikation für den Ansatz dieser Leistungsnummer besteht. Diese liegt dann vor, wenn in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung Fingernerven mikrochirurgisch aus der Ummauerung operiert werden müssen, wobei die Ziffer 2583 GOÄ pro Nerv und damit mehrfach berechnet werden kann (s.a. Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl., Kommentiertes Gebührenverzeichnis Nr. 2067-2093, Rn 12; Brück/Hess/Klakow-Franck/Warlo, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl., Bd. 2, S. 743 f). Auch der BGH hält in der Entscheidung zur Schilddrüsenradikaloperation die separate Berechnung einer Neurolyse in dem Fall für denkbar, daß ein Nerv durch Tumor oder Narbengewebe ummauert ist und daraus gelöst werden muß (BGH, Urteil v. 13.05.2004, Az. III ZR 344/03, GesR 2004, 341, 342). Unter den gleichen Voraussetzungen ist auch die Ziffer 2584 GOÄ berechenbar, wenn deren Leistungsinhalt erfüllt ist. Die Abrechenbarkeit der Ziffer 2584 GOÄ neben der Ziffer 2087 bzw. der Ziffer 2089 GOÄ bestätigt auch die Rechtsprechung der Instanzgerichte (AG Schleiden, Urteil v. 26.04.05, Az. 10 C 760/04; AG Hamburg, Urteil v. 27.06.02, Az. 13 B C 175/01).

In den Fällen, in denen eine Hyperextension des Endgelenkes vorliegt, kann eine Tenotomie der Strecksehne eigenständig medizinisch indiziert sein, die mit der Ziffer 2072 GOÄ abgerechnet werden kann. Diese Leistung gehört nicht zu den methodisch notwendigen operativen Einzelschritten bei der Operation einer bzw. der Dupuytren'schen Kontraktur, so daß § 4 Abs. 2a GOÄ einer Abrechnung nicht entgegensteht.