

# Operationen am Knie nach GOÄ optimal abrechnen

München (online), den 21.9.2022

Referent:

Dr. med. Bernhard Kleinken

Stand der Bearbeitung: 30.9.2022

# HINWEISE

---

- In der vorgesehenen Zeit können nur Grundlagen angesprochen werden. Bitte stellen Sie Fragen!
- Sie dürfen darauf vertrauen, dass die Inhalte der Folien und der Vortrag dem aktuellen Wissensstand entsprechen.
- Fehler sind jedoch nicht völlig auszuschließen. Der Wissensstand kann sich ändern.
- Vortrag, Inhalte und Bestimmungen sind nicht unbedingt vollständig angeführt. Ziehen Sie bitte auch Ihre GOÄ hinzu.
- Dargestellt ist eine „Expertenansicht“. Sie ist und ersetzt keine Rechtsberatung.
- Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsprechung machen es notwendig, Haftung oder Gewähr auszuschließen.
- Das Skript darf - auch auszugsweise - ohne schriftliche Genehmigung des Autors nicht kopiert, gespeichert oder in sonstiger Weise vervielfältigt oder anderen Personen als den Seminarteilnehmern zugänglich gemacht werden.

Im Rahmen des zeitlich Zumutbaren werden offene Fragen und kontroverse Auffassungen im Nachgang diskutiert/geklärt. Evtl. ist dafür die Einsicht in die bisherige Abrechnung und Op-Berichte nötig.

Die Korrespondenz erfolgt nur über die DKG

# Inhalt

---

- Grundlagen: das „Zielleistungsprinzip“ in der GOÄ
- Standardoperation Knie-TEP
- Kommentierung (Auszug)
- Arthroskopische Knie-Operationen in der GOÄ
- Fragen und Antworten

# Prinzip der GOÄ-Anwendung

---

Als Rechtstext Rechtstext (eine „Norm“) ist die GOÄ in weitaus erster Linie nach dem Wortlaut anzuwenden (Wortlaut, Grammatik)

z.B. das LG Düsseldorf (Beschluss vom 9.10.2015, 20 KLS 32/14), bestätigt OLG Düsseldorf am 20.1.2017, III - 1 WS 482/15)

[Staatsanwaltschaft und Ärztekammer warfen Ärzten Abrechnungsbetrug bei in Apparategemeinschaft erbrachten Untersuchungen des Speziallabors vor]

„Diese Ansichten sind in Folge der Weiterverbreitung offenbar zu einer Art „Selbstläufer“ geworden, der vor allem für die Beschäftigung von Juristen gesorgt hat, die unnötig gewesen wäre, wenn man sich hier wie da **an dem Verordnungstext und der Regelungssystematik orientiert hätte. Wenn man etwas anderes will als insoweit in der GOÄ geregelt ist, muss man die GOÄ insoweit ändern.**“

– Wortlaut (und damit im Zusammenhang des „Gebührentatbestandes“ die Bewertung) sind entscheidend

## in der GOÄ 1996 eingeführt - die „Zielleistung“

---

Allgemeine Bestimmung vor Abschnitt „L“ der GOÄ:

*Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte **methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung**, so können sie nicht gesondert berechnet werden.*

*Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.*

Bitte beachten: „der in der jeweiligen **Leistungsbeschreibung** genannten“:

- nicht eines medizinischen Zusammenhangs, sondern des **Wortlautes** in der Leistungsbeschreibung

## in der GOÄ 1996 eingeführt - § 4 Abs. 2a

---

*„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 operativen Einzelschritte.  
Die Rufbereitschaft...“*

– erweitert die Bestimmung über „methodisch notwendige Teilschritte“ auf auch „besondere Ausführungen“

Bitte beachten: „Leistung nach dem Gebührenverzeichnis“:

Auch hier ist nicht die Rede von medizinischen Zusammenhängen, sondern von dem, was in der GOÄ steht

– Die GOÄ ist kein medizinisches Lehrbuch oder eine „Operationslehre“,

„Leistung nach dem Gebührenverzeichnis“ ist der Leistungstext, verbunden mit der Bewertung

– die GOÄ enthält „**Gebührentatbestände**“

(„Das musst Du machen, um den damit verbundenen Honoraranspruch zu haben“)

# Analogabrechnung

---

§ 6 Abs. 2 GOÄ: „**Selbständige** ärztliche Leistungen, die **in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen** sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

- auch das ist am Wortlaut der Leistungslegenden zu prüfen
- ist die durchgeführte Leistung unter dem Wortlaut subsumierbar, davon lediglich „eine besondere Ausführung“ (z.B. schwieriger/zeitaufwendiger, besonders in der „technischen“ Durchführung, anders als zum Zeitpunkt der Fassung der GOÄ)
  - ist eine Analogabrechnung nicht statthaft.

Ist die „besondere Ausführung“ aufwendiger, sieht die GOÄ dafür den Steigerungsfaktor vor, bis hin zur Abdingung (z.B. eines 5fachen Faktors)

## selbständig berechenbar? - 1

---

Um zu prüfen, ob eine in der GOÄ angeführte Leistung neben der „Kernleistung“ berechenbar ist oder nicht („Geht die Nebeneinanderberechnung?“)

gehen wir nach den dargestellten Grundsätzen und der Entwicklung der Rechtsprechung wie folgt vor:

1. – Gibt es in der GOÄ einen expliziten Ausschluss?

z.B. direkt bei der Leistung

(„Die Leistung nach Nr. 7 ist neben ... Nr. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig“)

z.B. in der allgemeinen Bestimmung

(„Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.“)

– das als „nicht anwendbar“ festzustellen, ist i.d.R. aussichtslos



## selbständig berechenbar? - 2

2. – Ist die andere Leistung methodisch notwendig zur Erbringung der „Kernleistung“ oder davon nur eine „besondere Ausführung“?

Dafür nehmen wir die GOÄ wörtlich, nicht nach medizinischer Vorstellung dessen, was damit verbunden ist  
 „BGH 5.6.2008 (III ZR 239/07) - Dekortikation etc. bei Lobektomie und Segmentresektion

Dass einem einheitlichen Behandlungsgeschehen auch **mehrere Zielleistungen** zugrunde liegen können, ist nach der jeweiligen Leistungslegende ebenfalls möglich....

- a) Das in § 4 Abs. 2a Satz 1 und 2 GOÄ enthalten Zielleistungsprinzip findet seine Grenze an dem Zweck der Bestimmung, eine **doppelte Honorierung** ärztlicher Leistungen zu vermeiden.
- b) Die Frage, ob im Sinn des § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ und des Absatzes 1 Satz 1 und 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L einzelne Leistungen methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, kann **nicht** danach beantwortet werden, ob sie im konkreten Einzelfall nach den **Regeln ärztlicher Kunst** notwendig sind, damit die Zielleistung erbracht werden kann. **Vielmehr** sind bei Anlegung eines **abstrakt-generellen Maßstabs** wegen des abrechnungstechnischen Zwecks dieser Bestimmungen vor allem der Inhalt und **systematische Zusammenhang** der in Rede stehenden Gebührenpositionen zu beachten und deren **Bewertung** zu berücksichtigen (Fortführung der Senatsurteile ...) (Hervorhebungen durch den Autor)

– Es kann in einem Behandlungsgeschehen mehrere Zielleistungen geben: „**Simultanoperationen**“

## BGH „typisches Bild“ / „Nebelkerze“ der PKV

---

weiter **BGH**: [9] {allg. Bestimmung Abschnitt L spricht von „typischen operativen Leistungen“ und „methodisch notwendig“  
daraus wird deutlich, dass der Verordnungsgeber bei der Beschreibung der verschiedenen Leistungen ein **typisches Bild** vor Augen hatte, zu dem nach den Kenntnissen medizinischer Wissenschaft und Praxis („Methode“) ein bestimmter Umfang von Einzelverrichtungen gehört.“

Die **PKV** (und auch mancher Gutachte) bezeichnen die „Zielleistung“ als „Leistungsziel“

– bitte halten Sie sich streng an die GOÄ-Terminologie. Es gibt dort kein „Leistungsziel“!

„Leistungsziel“ öffnet die Tür zur Vermengung gebührenrechtlicher Bestimmungen mit medizinischen Sachverhalten

„Leistungsziel“ ist z.B. dass der Patient schmerzfrei wird und nicht mehr hinkt.

- nicht die „Regeln ärztlicher Kunst“ oder die „medizinische Notwendigkeit“ sind entscheidend, sondern die Abgrenzbarkeit der „Gebührentatbestände“

## Bewertung

---

**BGH** 13.5.2004 (III ZR 344/03)- Kompartimentausräumung bei Radikalop. Schilddrüsen-Ca

„Für die Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ kommt es daher darauf an, dass die in Rede stehende Leistung eine andere als die im Leistungsverzeichnis beschrieben ist und nicht nur eine besondere Ausführung der letzteren.

**Wo die Grenze zwischen beidem liegt, lässt sich letztlich nicht ohne Einbeziehung wertender Gesichtspunkte bestimmen.“**

- obwohl die Operation unter die Leistungslegende Nr. 2757 fiel, erkannte der BGH die Analogberechnung an, weil der operative Aufwand (Zeitaufwand) erheblich höher war als das, was bei Fassung der Nr. 2757 zugrundelag

**BGH** 16.3.2006 (III ZR 217/05) - Hallux valgus mit Korrekturosteotomien (Akins, Swivel-Scarf)

„Die Frage, ob auch die in den Nummern 2260, 2064, 2134 und 2029 beschriebenen Leistungen als methodisch notwendige Einzelschritte der in Nr. 2297 beschriebenen Leistung anzusehen sind, kann aber nicht allein aufgrund der Begrifflichkeit beantwortet werden, dass hier eine sogenannte Hallux valgus-Operation vorgenommen worden ist. Vielmehr ist auch insoweit, unbeschadet des Umstands, dass das Gebührenverzeichnis grundsätzlich nur Leistungen beschreibt, ohne einer bestimmten ärztlichen Methode zu folgen oder die Ausführung der Leistung festzulegen, zu prüfen, **in welchem Sinnzusammenhang die in Rede stehenden Leistungsbeschreibungen zueinander stehen und welche Bewertung sie durch den Verordnungsgeber erfahren haben.“**

## „Bewertung“ - nicht absolut, sondern im GOÄ-Gefüge

---

die vom BGH angeführte „Berücksichtigung der Bewertung“

- bezieht sich auf das Bewertungsgefüge der GOÄ, nicht auf einen absoluten Wert

(absolut wird das Honorar durch den Faktor bestimmt und ist eine unzureichende Vergütung nur äußerst schwer als zulässigen Grund für eine gegen die Regeln einer Honorarordnung erfolgende Abrechnung heranzuziehen)

Kriterium:

kann die andere Leistung ihrer Bewertung nach in der Zielleistung enthalten sein?

(nochmal) **BGH** 16.3.2006 (III ZR 217/05) - Hallux valgus mit Korrekturosteotomien (Akins, Swivel-Scarf)

Hätte der Verordnungsgeber schon immer die Auffassung vertreten, eine Korrekturosteotomie, wie sie hier ausgeführt wurde, sei Bestandteil der in Nr. 2297 des Gebührenverzeichnisses beschriebenen Leistung, wäre es nur schwer zu erklären, weshalb er diese Leistung im Jahr 1988 in das Gebührenverzeichnis aufgenommen **und mit einer Punktzahl bewertet hat, die diejenige nach der Nr. 2297 um mehr als die Hälfte übersteigt.**“

Nr. 2297: Op des Hallux valgus mit.... und/oder Mittelfußosteotomie ..., 1180 P.

Nr. 2260: Osteotomie kleiner Röhrenknochen mit Osteosynthese, 1850 P.

## Vorrang des Wortlautes

---

**BGH** am 21.10.2010 (III ZR 147/09): **Knie-TEP** mit Navigationssystem, Nr. 2562 analog neben Nr. 2153

Der Einsatz des Navigationssystems beziehe sich nur darauf, die in Nr. 2153 (Knie-TEP) enthaltene Leistung „optimal“ zu erbringen. Ihre Wirkung entfalte sich erst während der OP.

Der BGH gab damit der Wortbedeutung den Vorrang, es sei nur eine „**besondere Ausführung**“, deshalb nur Faktor, nicht 2562 analog.

Obwohl er [RdNr. 6] sagte, der damit verbundene Aufwand sei bei der **Bewertung** der Nr. 2153 nicht berücksichtigt

(Anm.: nach Cerha, O. e.a. (der Orthopäde 12/2009) bei Kalkulation über 10 Jahre 136 € - bei 500 Op/a bis ca. 300 € - 100 Op/a)

und forderte [RdNr. 10] für die Beurteilung der Selbständigkeit einer Leistung eine eigenständige medizinische **Indikation**

## Nachweis unzureichender Bewertung

---

weiter BGH

[13] Ob die Nicht-Berücksichtigung der computergestützten Navigationstechnik und ihre Verbreitung dazu führt, dass die Honorierung ... 2153 ... für den Arzt nicht „auskömmlich“ ist, ist weder vorgetragen noch geltend gemacht worden....

Zu den wirtschaftlichen Auswirkungen fehlen jedoch nähere Darlegungen, so dass der Senat keinen Anhaltspunkt hat, die Anwendung der Gebührenordnung führe ... ausschließlich nach der Nr. 2153 ... zu einer Verletzung des Grundrechts des Arztes aus Art. 12 GG.

Hätte der BGH bei Darlegung der Kosten und der Bewertung Nr. 2153 zu einer Analogabrechnung kommen können?

Anm.: die Kosten sind nicht in der FP „versenkt“:

Kalkulationshandbuch Fallpauschalen, S.2 „vom G-DRG-System nicht erfasste Leistungs- und Kostenanteile sind aus der Kalkulationsbasis auszugliedern“

S. 13 „Sie (bezieht sich auf Wahlleistungen) sind durch den Vergütungsumfang des DRG-Systems nicht abgedeckt“

## die „eigenständige Indikation“

---

- ist zwingend bei Leistungen, die in der GOÄ ausdrücklich „als selbständige Leistung“ voraussetzen (z.B. Nr. 2583 - Neurolyse oder Nr. 5295 -DL )
- ist aber nicht absolute Voraussetzung  
(z.B. BGH 5.6.2008 ( III ZR 239/07) [12] ... eigenständige Indikation für die Dekortikation sei zweifelhaft, aber eigenständig berechenbar wegen der **Bewertungsrelationen**) und BGH am 13.5.2004 (III ZR 344/03): für Lymphadenektomie, Neurolysen und Unterbindung von Blutgefäßen bestand keine andere Indikation als Nr. 2757 - Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst einschl. Ausräumung regionärer Lymphstromgebiete und ggf. der Nachbarorgane
- die eigenständige Indikation ist zu prüfen am Wortlaut der Leistungslegenden und den Bewertungsrelationen

Hier ist **Ihr** Wissen gefordert um PKV u/o Gutachter entgegenzutreten

# Beweismittel Op-Bericht

---

## im Op-Bericht

(überhaupt und ganz besonders bei Leistungen, die im Text „als selbständige Leistung“ benannt sind)

**– die eigenständige Indikation und die über die Zielleistung hinausgehende Simultanoperation darstellen**

möglichst

- in eigenen Absätzen
- mit Begriffen, die man in der GOÄ wiederfindet

„Wer schreibt, der bleibt“ oder „Nicht an Ihren Taten, an den Daten werden sie gemessen“



---

„Standard-Operation“

# Knie-TEP - 1 (in Anlehnung an Pape, C., Hildebrand, F.: TOP 20 in der orthopädischen Chirurgie, Urban & Fischer, 2014)

---

- Lagerung, Anzeichnen, Desinfektion, Hautschnitt
- Zugang (gleich welcher Art)
- Kapseleröffnung, Absaugen der Gelenkflüssigkeit, Patella nach lateral luxieren
- ggf. Synovektomie
- Beurteilung des Gelenks, Resektion der Gelenkabschnitte
- i.d.R. erst Präparation des Femurs unter Schonung der zu erhaltenden Bänder: Maßnahmen zur Schonung von Bändern, Nerven etc. sind nicht eigenständig berechenbar. Anders: es liegt eine eigenständige Indikation vor, z.B. Ummauerung eines Nerven durch Narben oder Tumor)
- Präparation Tibia und Größenbestimmung Probekomponenten
- Erhalt des hinteren Kreuzbandes (was genau, „prima vista“ m.E. nicht eigenständig)
- Abschluss der Präparation. Implantation der Probekomponenten, Reposition

## Knie-TEP - 2

---

- i.d.R. erfolgt die Korrektur der Beinachse bereits bei den Resektionen an Femur und Tibia
  - mit den Probekomponenten erfolgt Weichteilbalancierung
  - **in Abhängigkeit von der Fehlstellung müssen Korrekturmaßnahmen erfolgen (Indikation!)**
  - die Patella muss auch bei offenen Weichteilen gut über die femorale Komponente laufen
  - Weichteilmaßnahmen wie Entlastung des Streckapparates und Raffung auf der Gegenseite sollten unterbleiben, statt dessen die Rotation der Komponenten korrigieren (?)
  - **Blutsperre**
  - Entfernung der Probekomponenten, abschließende Präparation der Resektionsflächen
  - Trocknen, Einzementieren der Prothesenkomponenten (zementieren: § 4.2.)
  - In Abhängigkeit vom Vorgehen kann die **Patella** bearbeitet werden (Trimmen, Denervieren, Rückflächenersatz)
  - Spülung, **Drainage** (was, wo?), Naht der Kapsel mit Rekonstruktion des Streckapparates, etc., steriler Verband, postop., je nach Vorerkrankung und Op-Verlauf **passive Motorschiene**
- Verband, Kontrolle der Beinachse

Anm.: **Kompressionsverband, Kühlung, Schienenverband**

---

## Kommentierung (Auszug)

Zur Kniegelenksendoprothetik ist die Diskussion dieselbe wie zur Hüft-Endoprothetik: Nach der in diesem **Kommentar** vertretenen Auffassung sind mit der Nr. 2153 nur die Maßnahmen abgegolten, die zur Durchführung der Alloarthroplastik des Kniegelenkes methodisch notwendig sind oder nur eine „besondere Ausführung“ dessen sind, was in der Leistungslegende genannt ist (vgl. Kommentierung zu § 4). Diese Auffassung wurde in den letzten Jahren vielfach in der Rechtsprechung bestätigt. Von den zur Kniegelenksendoprothetik ergangenen Urteilen, welche die hier vertretene Auffassung stützen, wird stellvertretend auf drei in der Diktion sehr klare **Urteile** hingewiesen. ....

Nr. **2103 (Weichteilbalancing am Kniegelenk):**

Bei verschiedenen Fehlstellungen und Funktionseinschränkungen des Kniegelenkes sind weichteilchirurgische Maßnahmen erforderlich, um eine zufriedenstellende Funktion des Kniegelenkes zu gewährleisten. Diese Maßnahmen sind nicht methodisch notwendig zur Implantation einer Kniegelenks-Endoprothese und auch nicht deren „besondere Ausführung“. Diese zusätzliche Operation ist demzufolge eigenständig neben der Nr. **2153** berechnungsfähig.

Dem entspricht der Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK (DÄB 99,45 (2002), S. A-3046, B-2574, C-2406) ....

Nr. **2103** kann für alle weichteilkorrigierenden Maßnahmen nur **einmal** angesetzt werden. Weitere Gebührenordnungspositionen für Weichteiloperationen sind neben der Nr. 2103 nicht ansetzbar. Um die Indikation zum Weichteilbalancing nachvollziehbar erkennen zu lassen, ist es notwendig, den präoperativen Befund hinsichtlich der Achsabweichung radiologisch, hinsichtlich der Stabilität und Funktion nach der Neutral-Null-Methode zu dokumentieren. Die weichteilkorrigierenden Maßnahmen sind je nach Ausmaß der Begleiterkrankung in unterschiedlichem Ausmaß erforderlich. Nur schwere Formen der Funktionsstörung rechtfertigen i. d. R. den Ansatz der Nr. **2103**.

Die ausschließliche Inzision des lateralen Retinaculums (des Lig. Patellae longitudinale laterale, **Patella Release**) wird mit Nr. **2072** berechenbar.

Eine gesonderte Berechnung der Entfernung medial und lateral gelegener **Osteophyten** an Tibia und Femur ist wegen der weitgehenden Leistungsüberschneidung neben der Nr. 2103 nicht möglich. Wenn funktionsbehindernde Osteophyten aber dorsal (Kniekehle) abgetragen werden müssen, so ist dies mit der Nr. **2257** auch neben der Nr. **2103** berechenbar. Die Osteophyten sollten anhand der Röntgenaufnahmen nachvollziehbar sein.

Nr. **2112 (Synovektomie am Kniegelenk)**: Liegt eine Synovialitis der Kniegelenkscapsel vor, so reicht es nicht, die Kapsel nur zu eröffnen, sie muss reseziert werden. Ansonsten blieben Beschwerden trotz korrekt durchgeführter Alloarthroplastik. Die ausgeprägte Synovialitis ist bei langjähriger Gonarthrose häufig. Sie zeigt sich intraoperativ v. a. durch eine Verdickung der Kapsel und Ergussbildung. Für die Synovektomie ist die Nr. **2112** eigenständig neben der Nr. **2153** berechenbar.

Dem entspricht der Beschluss des **Gebührenordnungsausschusses** der BÄK (DÄB 99,45 (2002), S. A-3046, B-2574, C-2406): ....

Die Indikationen für die Synovektomie sind in der BÄK-Empfehlung nur beispielhaft angeführt. Wesentlich ist, dass der intraoperative Befund so ist, dass eine Synovektomie angezeigt ist. Es ist unerheblich, ob eine reaktive oder systematische Synovialitis vorliegt. Eine histologische Untersuchung ist nicht zwangsläufig notwendig. Vgl. zu Nr. 2151 (Randziffer 9)

Nr. **2254 oder Nr. 2255 (Spongiosaplastik)**:

Bei Vorliegen größerer flächenhafter Erosionen oder von Knochenzysten (Defekte im Implantatbett der Tibia und des Femurs) ist eine spongioplastische Verbesserung des Endoprothesenlagers notwendig. Diese Leistung ist Nr. **2254** zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. **2153** berechnungsfähig, bei besonderer Begründung bis maximal dreimal im Behandlungsfall. Der Wiederaufbau einer Gelenkfläche durch Einfügen eines Knochenkeils (sog. **Wedge**) oder die Wiederherstellung der Gelenkfläche als Voraussetzung zur Implantation ist Nr. **2255** zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. **2153** einmal berechnungsfähig. Die Versetzung der Tuberositas tibiae zur Behandlung der Patella-Luxation zählt nicht zu den in dieser Empfehlung eingeschlossenen spongioplastischen Maßnahmen.

Dem entspricht der Beschluss des **Gebührenordnungsausschusses** der BÄK (DÄB vom 8.11.2002) ....

Die Defekte sind nicht unbedingt im präoperativen Röntgenbild nachweisbar. Die Lokalisation der Defekte sollte deshalb (wie auch die Durchführung der Maßnahme) im Op-Bericht nachvollziehbar beschrieben sein (insbesondere bei der möglichen Mehrfachberechnung). Eine mehr als zweimalige Berechnung sollte begründet werden.

## Nr. **2344 (Patellarrückflächenersatz):**

Wird neben Nr. **2153** ein Patellarrückflächenersatz oder eine Patella-Rekonstruktion (durch Osteotomie bzw. Firstung) durchgeführt, so ist diese analog nach Nr. **2344** (Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation, 1110 Punkte) als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

Dem entspricht der Beschluss des **Gebührenordnungsausschusses** der BÄK (DÄB vom 8.11.2002) ....

Der **retropatellare Gleitflächenersatz** war bei der Fassung und Bewertung der Nr. 2153 in der GOÄ noch nicht Stand der Alloarthroplastik des Kniegelenkes, sondern noch im Entwicklungsstadium. So das Amtsgericht Stuttgart am 17.1.2003 (Az.: 13 C 6481/01). Die wegen der grundsätzlichen Bedeutung zugelassene Revision wurde von der betreffenden PKV nicht wahrgenommen, das Urteil ist rechtskräftig. Wenn lediglich eine **Osteophytenabtragung** erfolgt, sollte anstelle der Nr. 2344 die Nr. **2257** berechnet werden (andererseits wird die Berechnung der Nr. 2344 mit dem 1,0fachen Gebührensatz empfohlen). Der Umfang des Eingriffs nach Nr. 2344 (Patella-Firstung oder Gleitflächenersatz) sollte — soweit dem nicht patientenindividuelle Gründe entgegenstehen — bei der Wahl des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden (2,3- bzw. bis 3,5fach). Die **Patelladenervation** ist bei Ansatz der Nr. 2344 inbegriffen. Bei Abrechnung der Nr. 2344 sollte die medizinische Notwendigkeit und der Umfang des Eingriffs sich aus dem prä- und postoperativen Röntgenbild nachvollziehen lassen.

## Nr. **2257 (Osteophytenabtragung):**

Nr. **2257** ist neben der Nr. **2103** (Weichteilbalancing) nur für die Abtragung dorsal gelegener, funktionsbehindernder Osteophyten berechenbar, nicht für die Abtragung medial und lateral gelegener Osteophyten. In seltenen Fällen, in denen Nr. 2103 nicht zum Ansatz kommen kann, kann Nr. 2257 auch für die Abtragung von Osteophyten am medialen und lateralen Femurkondylus oder der Tibia berechnet werden (einmal, keine Mehrfachberechnung). Die Berechnung einer **Notch-Plastik** (Nr. **2136**) dafür ist nicht möglich. Werden an der **Patella-Rückfläche** lediglich Osteophyten abgetragen, ist dies kein Gleitflächenersatz und nur mit Nr. **2257** berechenbar (nicht **2344**).

## Nr. 2580 (Patelladenervation):

Beschluss des **Gebührenordnungsausschusses** der BÄK (DÄB 99,45 (2002), S. A-3046, B-2574, C-2406) ....

Nr. 2580 nicht neben Nr. 2344.

**Der PKV-Verband** nahm zu den **BÄK-Empfehlungen** in PKV-Publik Nr. 2/03 und 3/03 Stellung: Zum Weichteilbalancing am Hüftgelenk wird darauf hingewiesen, dass der Empfehlung grundsätzlich zugestimmt wird, es sei aber darauf zu achten, dass die Berechnung des Weichteilbalancings analog GOÄ-Nr. **2103** nur in besonders schweren Fällen neben GOÄ-Nr. **2153** zulässig sei.

Zur subtotalen Synovektomie sieht der PKV-Verband keine Berechnungsmöglichkeit, denn ...

Der Verband lehnt ebenfalls die Berechnung der Spongiosaplastik, des Patellarückflächenersatzes und der Denervation des Kniegelenkes mit Bezug auf das „Zielleistungsprinzip“ als eigenständige Leistungen ab.

Die grundsätzliche Diskussion dieses Kommentars dazu wird nicht hier, sondern an anderer Stelle (insbesondere zum § 4 Abs. 2a und bei der Nr. **2151**, Randziffer 9) geführt.

Nr. 2562 (Navigation im Rahmen von Endoprothesen-Operationen): ....

.... = Zitate (Urteile, BÄK-Beschlüsse, PKV-Stellungnahme)



---

## arthroskopische Knie-Op

## Nrn. 2189 bis 2196

---

- 2196:** Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193, 250 P., 33,52 €
- 2189:** Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper – , 1500 P., 201,09 €
- 2190:** Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk, 1800 P.,  
241,31 €
- 2191:** Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbandes an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht – , 2000 P., 268,12 €
- 2192:** Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung, 500 P., 67,03 €
- 2193:** Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder **Hüftgelenk** bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten, 1800 P., 241,31 €
- 2195:** Zuschlag für **weitere operative Eingriffe** an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern **2102, 2104, 2112, 2117, 2119\***, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 – , 300 P., 40,22 €
- \* bezieht sich auf die Nrn. auch nicht-arthroskopischer Op, gilt deshalb auch bei anderen Operationen (auch der „arthroskopischen Schulter“)

## Nr. 2195 - weitere operative Eingriffe

---

**2195:** Zuschlag für **weitere Operative Eingriffe** an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 – , 300 P., 40,22 €

- ob z.B. Notchplastik, Endobutton, Plicaresektion, Hoffa-Resektion, Entfernung freier Gelenkkörper oder Coblation:

– trotz der Honorarrelationen ist das alles (nur einmal) **2195**

manchmal hilft ein Hinweis auf die Honorarrelationen und darauf, dass das Verfahren (Endobutton, Coblation) 1995 noch nicht berücksichtigt sein konnte

→ formal aber hat der Kostenträger bei Berufung auf 2195 Recht

## Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt L III

---

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, **2189, 2190, 2191** und/oder **2193** an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen **nicht mehrfach und nicht nebeneinander** berechnungsfähig.

Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern **2192, 2195 und/oder 2196** sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung **jeweils nur einmal** berechnungsfähig.

- das gilt nicht nur für die arthroskopischen Operationen der Nrn. 2189 ff., sondern auch bei offenen Eingriffen und an anderen „Zielorganen“ (z. B. an der Schulter)  
z.B. Nr. 2104 - Bandplastik Knie, 2112 - Synovektomie Schulter, Ellenbogen, Knie, 2117 - Meniskusoperation

## Auswirkungen am Beispiel VKB

---

1. **2083\*** für Hamstringsehne: zulässig. Ist nicht am Gelenk (2195), nicht methodisch notwendig oder besondere Ausführung von 2191, nicht von den allg. Bestimmungen betroffen

(**ggf. 2x** wenn **Semitendinosus-** und **Gracilissehne**)

\* oder anders, vgl. nä Folie

2. **2254** oder **2255** für Auffüllen des **Bohrkanals**: nicht wegen § 4 Abs. 2a

3. **2257** für **Notchplastik**: nicht, das ist **2195**

4. **2190** für **Meniskusnaht**: 2190 nicht neben 2191 (allg. Bestimmungen)

dafür auch **nicht 2195** wegen 2195 nur 1x je Sitzung (Plural in 2195 „Eingriffe“ und allg. Best.)

5. u.s.w. z.B. für **Fadenanker**, **Coblation**: **2195**

(dagegen spricht nicht, dass z.B. 2257 für Notchplastik häufig akzeptiert wird)

## Kommentierung zu Nr. 2083 (Hoffmann/Kleinken, Kohlhammer-Verlag)

*„Im Rahmen der arthroskopischen Operationen an den Bändern des Kniegelenkes sind häufig folgende Leistungen strittig:*

*2 × Nr. 2083 für „Sehnentransplantation“: Die Nrn. 2191 und 2192 beinhalten den „plastischen Ersatz“ des Bandes. Dafür muss das ersetzende Material zuvor gewonnen werden. Bei Fassung der Nrn. 2191 f. erfolgte dies häufig noch unter Verwendung alloplastischen Materials, heute unter Verwendung körpereigenen Materials. Dafür werden außerhalb des Kniegelenkes Sehnen des M. semitendinosus und des M. gracilis gewonnen, auf einer „Workstation“ hergerichtet und in spezieller Technik vernäht (**Hamstring-Technik**). Anschließend wird das gewonnene Transplantat in das Kniegelenk eingebracht und verankert.*

*Nr.2083 lautet „freie Sehnentransplantation“. Von der medizinischen Begrifflichkeit her zutreffend, ist mit der Transplantation jedoch die Einpflanzung am anderen Ort vergütet. Die Berechnung der Nr. 2083 neben den Nrn. 2191 f., obwohl von der Bewertung des aufwendigen Verfahrens im Vergleich zur Verwendung alloplastischen Materials (ohne eigenständige Berechenbarkeit) her angemessen, würde somit begrifflich eine Doppelhonorierung dieses Behandlungsschrittes mit sich bringen.*

*Etwas anderes gilt für die Gewinnung des Transplantates. Bei abstrakt-genereller Betrachtungsweise der Nrn. 2191 f. umfassen diese nur den Ersatz, nicht jedoch die Gewinnung des Transplantates. Die GOÄ sieht eigenständige Entnahmeleistungen auch für andere Transplantate vor, z. B. in den Nrn. 2582 (Nervenentnahme), 2807 (Arterienentnahme) oder 2808 (Venentnahme).*

*Für die Gewinnung der Sehnen kann jeweils (bei Hamstring-Sehne somit 2 ×) die Nr. 2064 analog berechnet werden, die angemessen und begrifflich („plastische Ausschneidung“) dem Verfahren nahesteht. ... (s. nä Folie)*

2083: freie Sehnentransplantation, 1650 P., 221,20 € / 2064: Sehnen... plastische Ausschneidung, 924 P., 123,87 €)

## Kommentierung zu Nr. 2083 - Fortsetzung

---

Auszug aus dem GOÄ-Kommentar „Hoffmann/Kleinken“ (Kohlhammer-Verlag) - Fortsetzung:

*Bisher ergangene Gerichtsurteile fielen sehr unterschiedlich aus: Von der Bestätigung der Abrechnung mit 2 × Nr. 2083, über die Bestätigung eigenständiger Berechenbarkeit jedoch mit der Nr.2808 analog bis hin zur völligen Ablehnung eigenständiger Berechenbarkeit.*

*Wie dargestellt ist nach Auffassung dieses Kommentars die Transplantatgewinnung eigenständig abrechenbar, jedoch weder mit der Nr. 2083 noch mit dem in verschiedenen Gerichtsurteilen herangezogenen analogen Ansatz der Nr. 2808 (die heute meist minimalinvasiv erfolgende Venenentnahme zum Gefäßersatz). Dieser Abgriff ist nicht „gleichwertig“ (§ 6), da er zwar eine Entnahme und Säuberung des Transplantates berücksichtigt (entsprechend einer Venenentnahme), nicht jedoch die aufwendige Herstellung der Hamstring-Sehne auf der Workstation.“*

Anm.: die Venen werden lediglich entnommen und gesäubert, können dann „herumgedreht“ (Venenklappen!) verwendet werden. Die „Längung“ erfolgt dann bei der Implantation.

Anm. 2: 2808: Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz, 400 P., 53,62 €

---

## Fragen und Antworten



## Neben 2153 - 1

---

Nr. 2064 (Sehnen, Faszien oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung, 2,3fach 123,87 €)

„Eingriff an der Kapsel“: Hierzu sind nähere Informationen erforderlich. Art des Eingriffs und Indikation.

---

2103 A „Release und Weichteilbalancing“: s. Folie 21

(Anm.: formaler Einwand: keine korrekte Analogkennzeichnung. Die GOÄ fordert erst die Anführung dessen, was man gemacht hat, dann den Zusatz „entsprechend“ (oder „analog“) und dann die Anführung der Ziffer(n) mit denen analog abgerechnet wird)

---

2112 „Synovektomie“: s. Folie 22, 24

---

2182 „Narkosemobilisation“ (2182 = Gewaltsame Lockerung... 2,3fach 50,81 €): Indikation wird teils verneint  
M.E. sind die Leistungen nicht vergleichbar, eher eine Nr. 5

---

2254 und 2257 „Zysten/Defekt-Auffüllung“: s. Folie 22

## Neben 2153 - 2

---

2257 „Osteophytenabtragung“: s. Folien 22, 23

---

2344 A „Patellarrückflächenersatz“: Auszug GOÄ-Kommentar „Hoffmann“: Nr. **2344 (Patellarrückflächenersatz)**:

Wird neben Nr. **2153** ein Patellarrückflächenersatz oder eine Patella-Rekonstruktion (durch Osteotomie bzw. Firstung) durchgeführt, so ist diese analog nach Nr. **2344** (Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation, 1110 Punkte) als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Dem entspricht der Beschluss des **Gebührenordnungsausschusses** der BÄK (DÄB vom 8.11.2002): ....

---

2405: „Bursektomie“: Auszug GOÄ-Kommentar zu Nr. 2151:Nr. **2405** (für die **Bursektomie**):

Liegt ein entzündlich veränderter **Schleimbeutel** (Bursa trochanterica) vor, ist dessen Entfernung (je nach Ausprägung der Veränderung) medizinisch indiziert. Die Entfernung des Schleimbeutels ist eigenständig mit der Nr. **2405** neben der Nr. **2151** berechenbar

---

2404 „Exzision einer größeren Geschwulst“: Hierzu sind nähere Informationen erforderlich. Art des Eingriffs und Indikation.

---

2580 „Denervierung“: vgl. Folien 23, 24

---

## Neben 2153 - 3 / „Begleitleistungen“ bei arthrosk. Op

---

2354, 5335 A und 2349 „A-Pin und Navigation“:

s. Folie 13 (s. BGH-Urteil): Navigation ist nicht selbständig berechenbar. Auch nicht mit anderen Verfahren und Ziffern! cave: Darin könnte Abrechnungsbetrug unterstellt werden.

Bitte ggf. nähere Informationen

---

Nr. 60: Angesprochen wurde speziell das mit dem Anästhesisten. Nach Anmerkung zu Nr. 60 nicht berechenbar für „routinemäßige Besprechung“. Berechenbar nur dann, wenn das Konsil nicht zu „Verfahrensfragen“ oder Ähnlichem erfolgte, sondern eine Erörterung (Abstimmung) erforderlich ist z.B. wegen vorbestehender Erkrankung(en), Herbeiführung der Narkose- oder Operationsfähigkeit oder wegen operationstechnischer Besonderheiten, auf die der Anästhesist für die Narkose eingehen muss (ein einfaches „ich klemme jetzt ab“ reicht nicht).

---

## Neben 2153 - 4 / „Begleitleistungen“ bei arthrosk. Op

---

Nr. 800: „eingehende“ Untersuchung verlangt die Untersuchung von mindestens drei Teilbereichen einer „vollständigen“ neurologischen Untersuchung (die umfasst Reflexe, Sensibilität, Motorik, Koordination, Hirnnerven, EPS, vegetatives Nervensystem und hirnversorgende Gefäße), typisch z.B. die erstgenannten drei oder vier. und das (weil „eingehend“) nicht nur orientierend (z.B. Sensibilität nicht nur an einem Bein). Wie detailliert im jeweiligen Bereich bestimmt sich aber nach der medizinischen Notwendigkeit.

Jeder Arzt kann das (nach Approbation). Kein Vorbehalt für bestimmte Fachgebiete. Strittig ist bei Orthopäden oft die „medizinische Notwendigkeit“ (die Indikation). Die bestimmt aber nicht die Versicherung, sondern Ihr Fach

---

Nr. 857: Ein „psychometrischer Test“. Deshalb nicht berechenbar für im Rahmen der Anamnese erhobenes einfaches „Grading“. Berechenbar aber dann, wenn die „Psyche“ einbezogen wird. Näheres dazu im GOÄ-Ratgeber des Deutschen Ärzteblattes, Heft 36-36 vom 5.9.2016. ([www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)>Archiv)

---

## Neben 2153 - 5

---

Scharnierprothese:

„im Gegensatz zum reinen Oberflächenersatz muss Femurschaft und Tibiaschaft aufgebohrt werden und ein Kasten präpariert werden. Außerdem muss der gesamte Seitenband abgetrennt werden!“

Fällt auch unter die Leistungslegende 2153. Der Kasten schafft m.W. „nur“ den Platz für die Prothese. Deshalb eine „besondere Ausführung“ (§ 4.2, vgl. Folien 6, 9) und nicht gesondert berechenbar. Die Seitenbänder müssen m.W. nicht in jedem Fall entfernt werden, Wenn doch, wäre das nicht berechenbar (auch § 4.2). Falls nur in bestimmten Fällen (Indikation!) wäre das zusätzlich berechenbar (2072 an).

Antwort prima vista. Bitte ggf. nähere Informationen

---

Eisbeutel: 530 auch für „Eisbeutel“. Sehr schön bestätigt vom LG Münster am 15.12.2005 (11 S 4/05). Ist bei openJur bzw mit Google zu finden. Auch interessant das AG Siegen vom 20.1.2010 (14 C 2336/07) - 44x530! Ablehnende Urteile befassen sich nicht mit dem „Eisbeutel“, sondern damit, ob das eine Leistung des Arztes oder eine pflegerische Maßnahme sei.

Wichtig: Zusatzbezeichnung muss sein (§ 4 Abs. 2). Ausdrückliche Anordnung durch den Arzt und Kontrollen (z.B. bei der Visite des Schwellungszustandes und Abfragen - Patient oder Personal, ob die Kühlung erfolgte). Dass der Arzt jede einzelne Durchführung kontrollieren müsse (LG Koblenz 20.6.2001, 12 S 357/00) ist Unsinn. Ausreichend dichte Stichproben reichen. Bitte dokumentieren!

---

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!