

**Stellungnahme  
des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.  
zur Abrechnung bauchchirurgischer Leistungen**

(Stand: 16. Dezember 2016)

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist in weiten Teilen veraltet und bildet – insbesondere im Bereich der operativen Fächer – den aktuellen Stand der Medizin nicht ab. In dieser Bewertung besteht unter Experten seit Langem Einigkeit. Die daraus resultierenden Unsicherheiten hinsichtlich einer gebührenrechtlich korrekten Abrechnung führen zu Streitigkeiten zwischen den Beteiligten (Ärzten, Patienten/Versicherten, Kostenträgern), die nicht selten vor Gericht ausgetragen werden. Unerfreulich ist diese Situation insbesondere für den Patienten/Versicherten. Trotz des Interesses der privaten Krankenversicherungen an einer harmonischen Geschäftsbeziehung zu Ihren Versicherten wäre die Private Krankenversicherung aber schlecht beraten, die Auslegung des Gebührenrechts allein den Ärzten und insbesondere den (gewerblichen) Verrechnungsstellen zu überlassen. Die Leistungsausgaben würden noch stärker steigen und damit auch die Beiträge der Versicherten. Auch im Interesse der Versichertengemeinschaft befasst sich der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. daher auch mit gebührenrechtlichen Auslegungsfragen. Er hat sich jetzt dem Bereich der **bauchchirurgischen Leistungen** gewidmet und seine für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung als Orientierungshilfe bei der Rechnungsprüfung dienenden Kommentierungen um diesen Bereich erweitert.

Bei den im Folgenden vorgeschlagenen Analogberechnungen operativer Leistungen sind die Eröffnungsleistungen grundsätzlich abzuziehen.

## 1. Ösophagus

### **Diaphragmahernie (Zwerchfellbruch)**

Die GOÄ-Nr. 3280 umfasst alle Leistungen, die zur Behebung des Zwerchfellbruchs jeder Lokalisation einschl. der Hiatushernie und ihrer Folgen, wie der Refluxösophagitis, notwendig sind, also die verschiedenen Varianten der Fundoplicatio (z. B. Nissen-Rosetti oder Toupet), ggf. einschl. der Hiatusplastik, ggf. einschl. der Gastropexie und ggf. einschl. einer Kunststoffnetzimplantation.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3280 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2985**

Zielleistungsprinzip<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Der Hinweis auf das sog. „Zielleistungsprinzip“ bedeutet, dass sich die Leistung als unselbständige und damit nicht gesondert berechnungsfähige Teilleistung der Haupt-/Zielleistung darstellt.

- **GOÄ-Nr. 3126**  
Zielleistungsprinzip.
- **GOÄ-Nr. 3129**  
Zielleistungsprinzip.
- **GOÄ-Nr. 3144**  
Zielleistungsprinzip.
- **GOÄ-Nr. 3171**  
Zielleistungsprinzip.

### **Speiseröhrenkarzinom**

Die GOÄ weist keine spezifische Position für die Resektion oder Exstirpation des Ösophagus aus. Die medizinisch gebotene Intervention beim Speiseröhrenkarzinom ist die radikale Resektion des vom Tumor befallenen Abschnitts des Ösophagus. Obwohl den Legenden der GOÄ-Nrn. 3126, 3129 und 3130 der unmittelbare Bezug zur Art des Eingriffs am Ösophagus bzw. zum Karzinom fehlt, werden diese GOÄ-Nrn. abhängig von der Art des Zugangs als einschlägig angesehen. Die GOÄ-Nrn. 3126, 3129 und 3130 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Unabhängig vom Ort des Zugangs ist GOÄ-Nr. 3130 bei einem Zwei-Höhlen-Eingriff immer einschlägig.

Den Legenden ist der konkrete Leistungsinhalt nicht zu entnehmen. Natürlich sind aber nicht nur die Eröffnungsleistungen, sondern auch die Tumorresektion und die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomose ohne zusätzliche Maßnahmen am Magen-Darm-Trakt erfasst. Setzt die Anastomosierung das Einsetzen eines Interponates (z. B. Kolon) voraus, wobei mindestens drei Anastomosen (zwei am Interponat und eine am Entnahmeort) anzulegen sind, so ist dies mit dem originären Ansatz der GOÄ-Nr. 3177 abgegolten (vgl. Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 3177; Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. September 2009, GOÄ-Nr. 3177, Rn. 2). Erfolgt die Bildung eines Magenschlauchs mit Hochzug des Magens, so ist wegen dieses zusätzlichen Aufwands, obwohl nur eine Anastomose durchgeführt wird, der Ansatz der GOÄ-Nr. 3177 analog zulässig. Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 3013 und/oder GOÄ-Nr. 1783 analog berechnungsfähig. Die jeweilige Eröffnungsleistung ist immer abzuziehen.

Operative Interventionen an benachbarten Organen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Nrn. gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung, es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang.

Wird am Operationsende ein Jejunalkatheter, der durch die Bauchdecke ausgeleitet wird, für die frühe postoperative enterale Ernährung eingelegt, so ist diese Maßnahme analog nach der GOÄ-Nr. 3138 berechnungsfähig (Eröffnungsleistung ist abzuziehen).

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nrn. 3126, 3129 und 3130 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

▪ **GOÄ-Nr. 1807**

Nicht für die Bildung des Magenschlauchs oder eines Darminterponates (auch nicht analog) berechnungsfähig, wenn GOÄ-Nr. 3177 (s. o.) angesetzt wird.

▪ **GOÄ-Nr. 1809**

Die Berechnung der GOÄ-Nr. 1809 ist gebührenrechtlich zulässig, wird aber im Rahmen des operativen Eingriffes am Ösophagus nicht durchgeführt. Es werden nur die regionalen Lymphknoten exstirpiert (s. o.).

▪ **GOÄ-Nr. 2404**

Nicht noch zusätzlich für Lymphknotenentfernung berechnungsfähig, wenn GOÄ-Nr. 3013 und/oder GOÄ-Nr. 1783 analog (s. o.) angesetzt werden.

▪ **GOÄ-Nr. 2407 analog**

Die Resektion der mediastinalen, d. h. einschließlich der prätrachealen, Lymphknoten ist abschließend mit GOÄ-Nr. 3013 abgegolten (s. o.).

▪ **GOÄ-Nr. 2580**

Zielleistungsprinzip.

▪ **GOÄ-Nr. 2583**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn der Nerv im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt werden soll.

▪ **GOÄ-Nr. 2584**

Der originäre Leistungsinhalt wird hier nicht erbracht. Die Gebührenposition kann nicht für die lediglich temporäre Verlagerung des Nerven im Kontext einer Nervenschonung berechnet werden.

▪ **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Sie kann auch nicht für die Unterbindung des Ductus thoracicus angesetzt werden, weil es sich um eine Zugangsleistung im Rahmen der Ösophagusresektion und eine Teilleistung der Lymphadenektomie handelt.

- **GOÄ-Nr. 2974**  
Nicht berechnungsfähig für Maßnahmen im Rahmen des transhiatalen Zugangs, auch nicht analog.
- **GOÄ-Nr. 3138**  
Zielleistungsprinzip, im Übrigen keine eigenständige Indikation.
- **GOÄ-Nr. 3149**  
Nicht für die Bildung des Magenschlauchs (auch nicht analog) berechnungsfähig, wenn GOÄ-Nr. 3177 (s. o.) angesetzt wird.
- **GOÄ-Nr. 3152**  
Nicht analog für die Pylorusdilatation, z. B. zur Vorbeugung einer Pylorushyperaktivität (Magenentleerungsstörung) infolge der Denervierung nach Eingriffen am Magen, da es sich um eine Teilleistung des Gesamteingriffes (Operation eines Ösophaguskarzinoms) handelt.
- **GOÄ-Nr. 3153**  
Die Pyloroplastik zur Vorbeugung einer Pylorushyperaktivität (Magenentleerungsstörung) infolge der Denervierung nach Eingriffen am Magen ist eine Teilleistung des Gesamteingriffes (Operation eines Ösophaguskarzinoms).
- **GOÄ-Nr. 3158 analog**  
Nicht berechnungsfähig für die Anastomose neben dem originären Ansatz der GOÄ-Nr. 3177 (s. o.).
- **GOÄ-Nr. 3169 analog**  
Nicht berechnungsfähig für die Entnahme des Darminterponats und die Anastomose am Entnahmeort neben dem originären Ansatz der GOÄ-Nr. 3177 (s. o.).
- **GOÄ-Nr. 3172**  
Wird neben GOÄ-Nr. 3130 die GOÄ-Nr. 3177 berechnet (s. o.), ist GOÄ-Nr. 3172 analog für die Entfernung bzw. Ablösung des großen Netzes vom Kolon nicht zusätzlich berechnungsfähig, weil es sich dabei um eine Teilleistung der GOÄ-Nr. 3177 handelt (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3280**  
GOÄ-Nr. 3280 ist für Maßnahmen im Rahmen des transhiatalen Zugangs nicht berechnungsfähig, auch nicht analog. Kann auch nicht berechnet werden, wenn eine Hiatushernie vorliegt, weil ohnehin im Rahmen der Operation artifizuell der Hiatus als Zugangsweg geweitet wird und anderenfalls eine Doppelhonorierung erfolgen würde.

## 2. Magen

### **Magenkarzinom**

Die GOÄ weist keine spezifische Position für die Operation des Magenkarzinoms aus. Die Standardoperationen sind in Abhängigkeit von der Lokalisation des Tumors und dem histologischen Befund die teilweise oder die vollständige Resektion des Magens (GOÄ-Nrn. 3145, 3146 und 3147). Die GOÄ-Nrn. 3145 und 3146 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Soweit der Magen nicht vollständig entfernt wird, handelt es sich um eine Teilresektion im Sinne der GOÄ-Nr. 3145 (dies gilt insbesondere auch für eine "4/5-Resektion"), es sei denn, es wird eine Kardiaresektion (GOÄ-Nr. 3146) durchgeführt.

Den Legenden ist der konkrete Leistungsinhalt nicht zu entnehmen. Natürlich sind aber nicht nur die Eröffnungsleistungen, sondern auch die Tumorresektion und die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ohne zusätzliche Maßnahmen am Speiseröhren-Magen-Trakt erfasst. Erfolgt die Bildung eines Magenschlauchs mit Hochzug des Magens bei einer Kardiaresektion, so ist wegen dieses zusätzlichen Aufwands, obwohl nur eine Anastomose durchgeführt wird, der Ansatz der GOÄ-Nr. 3177 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung zulässig. Die Bildung eines Pouches stellt nur eine Operationsvariante dar, deren Aufwände nicht gesondert berechnet werden können.

Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten (Kompartiment D1 und D2) ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Für die ggf. notwendige transhiatale mediastinale Lymphknotenentfernung ist die GOÄ-Nr. 2407 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Werden zusätzlich Lymphknoten (z. B. im Kompartiment D3) entfernt, ist stattdessen insgesamt maximal die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Falls – im Ausnahmefall – eine transthorakale mediastinale Lymphknotenentfernung durchgeführt wird, ist statt GOÄ-Nr. 2407 analog die GOÄ-Nr. 3013 einschlägig, und zwar ohne Abzug der Eröffnungsleistung, sofern nicht weitere intrathorakale Eingriffe erfolgen.

Operative Interventionen an benachbarten Organen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Nrn. gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung, es sei denn, die Intervention erfolgt – in seltenen Fällen – über einen gesonderten Zugang.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3145, 3146 und 3147 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2407 analog**

Neben der GOÄ-Nr. 1809 ist die GOÄ-Nr. 2407 analog nicht zusätzlich berechnungsfähig.

- **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unter-

bunden werden soll. Dies entspricht der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: 111 ZR 239/07).

- **GOÄ-Nr. 2970**

Zielleistungsprinzip.

- **GOÄ-Nr. 2985 analog**

Diese Position ist für den transhiatalen Zugang nicht berechnungsfähig.

- **GOÄ-Nr. 2993**

Nach dem Kommentar der Viszeralchirurgen (vgl. GOÄ-Kommentar für komplexe viszeralchirurgische Eingriffe, Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie, Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V., 2005) soll diese Gebührenposition als Zugangsleistung für die thorakale Lymphadenektomie berechnungsfähig sein. Eine Zugangsleistung ist generell nicht gesondert berechnungsfähig.

Gelingt die Wiederherstellung der Kontinuität nur über einen zusätzlichen thorakalen Zugang, ist dieser Zugang nicht zusätzlich berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 3012**

Zielleistungsprinzip.

- **GOÄ-Nr. 3129**

Die GOÄ-Nr. 3129 ist nicht berechnungsfähig, wenn der Magen bei einer Gastrektomie am unteren Ösophagus abgesetzt wird. Nur wenn ein Stück vom Ösophagus entfernt wird, kann die GOÄ-Nr. 3129 unter Abzug der Eröffnungsleistung angesetzt werden.

- **GOÄ-Nr. 3172 originär und analog**

Nicht originär berechnungsfähig für das Lösen von Verwachsungen im operativen Zielgebiet.

Nicht analog berechnungsfähig für die Entfernung des Großen Netzes. Anders als bei der Exstirpation der Lymphknoten, bei der es um die Sicherung des Behandlungserfolges geht, wird das Große Netz entfernt, um den Operationserfolg zu sichern. Aufgrund der radikalen Entfernung der Blutgefäße käme es andernfalls zu einer Durchblutungsstörung des Großen Netzes.

Ebenfalls nicht analog berechnungsfähig ist das Kochersee Manöver (Mobilisation des Duodenums sowie ggf. des Pankreaskopfes).

- **GOÄ-Nrn. 3176 und 3167 sowie GOÄ-Nr. 1807 analog**

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ohne zusätzliche Maßnahmen am Speiseröhren-Magen-Trakt ist mit der Zielleistung abgegolten.

Die Bildung eines Pouches stellt nur eine Operationsvariante dar, deren Aufwände nicht gesondert berechnet werden können.

- **GOÄ-Nr. 3177**

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ohne zusätzliche Maßnahmen am Speiseröhren-Magen-Trakt ist mit der Zielleistung abgegolten.

Die Bildung eines Pouches stellt nur eine Operationsvariante dar, deren Aufwände nicht gesondert berechnet werden können.

- **GOÄ-Nr. 3196 analog**

Nicht für das Freipräparieren des Karzinoms der Magenhinterwand von der Bauchspeicheldrüse (Zielleistungsprinzip). Im Falle einer Tumordinfiltration des Pankreas ist diese Gebührenposition originär berechnungsfähig.

### 3. Leber

Die zentrale Gebührenposition bei Leberoperationen ist GOÄ-Nr. 3185 (Operation an der Leber [...]). Gebührenrechtliche Probleme ergeben sich primär im Bereich der "Begleitleistungen", die daneben in Rechnung gestellt werden. GOÄ-Nr. 3185 ist einschlägig für jede Art von Eingriff an der Leber, unabhängig von der Krankheitsursache (Ätiologie), also z. B. auch für die Eröffnung eines Leberabszesses.

Nicht selten wird GOÄ-Nr. 3185 auch mehrfach berechnet. Zulässig ist, GOÄ-Nr. 3185 je Resektat/Exzidat zu berechnen. Ein Resektat kann auch mehrere Tumore umfassen.

Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Werden zusätzlich Lymphknoten entfernt, ist stattdessen die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Daneben ist die GOÄ-Nr. 2802 für die Gefäßfreilegung im Rahmen der Lymphknotenentfernung nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: 111 ZR 239/07).

Die operative Behandlung der Echinococcuszyste ist ausschließlich mit der GOÄ-Nr. 3185 berechnungsfähig. Eine Aufspaltung in die Einzelschritte (z. B. Teilresektion, Entdeckung, Punktion oder Defektabdeckung mittels Netzplombe/Omentumplastik) ist nicht zulässig.

Die Leberabszesseröffnung ist ausschließlich mit der GOÄ-Nr. 3185 berechnungsfähig. Eine Aufspaltung in die Einzelschritte (z. B. Darstellung, Exploration der Leber und Inzision des Parenchyms) ist nicht zulässig.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3185 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 290**

Wird berechnet für die Versiegelung der Resaktionsfläche zur Vermeidung von z. B. Nachblutung (z. B. Fibrinversiegelung). Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 298**

Nicht für die Abstrichentnahme aus der Echinococcuszyste oder bei Leberabszess berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 315**

Nicht für die Punktion der Echinococcuszyste berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 706 analog**

Berechnet für die Anwendung des Ultraschalldissektors (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 2032**

Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).



- **GOÄ-Nr. 2093**  
Nicht für die Spülung der Echinococcuszyste berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 2421 analog**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 290.
- **GOÄ-Nr. 2442 analog**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 290.
- **GOÄ-Nr. 2802 analog**  
Wird für Pringle-Manöver bzw. Hilus-Okklusion zur Herstellung der Leberischämie (Maßnahme zur Verringerung des Blutverlustes bei Leberresektion) berechnet. Unselbständige Teilleistung/Zielleistungsprinzip (so auch LG Nürnberg-Fürth, Urteil vom 13. November 2003, Az.: 11 S 6172/03).
- **GOÄ-Nr. 2804 analog**  
Siehe Begründung zu GOÄ-Nr. 2802 analog.
- **GOÄ-Nr. 3137**  
Nicht für die Abszesseröffnung bei Leberabszess berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3139 analog**  
Wird für die Eröffnung des Bauchraumes bei Lebererkrankung mit ausgedehnter Revision und Präparation des Lig. hepatoduodenale berechnet. Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip). Für den zusätzlichen Zeitaufwand ist aber der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors bei der Berechnung der Hauptleistung gerechtfertigt.
- **GOÄ-Nr. 3176 analog**  
Nicht für die Defektdeckung nach Operation der Echinococcuszyste durch Netzplombe/Omentumplastik berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).

### **Formale Hemihepatektomie**

Die Hemihepatektomie entspricht einem Resektat. Folglich ist GOÄ-Nr. 3185 einmal einschlägig.

Operative Interventionen an benachbarten Organen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Nrn. gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung, es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang.

Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Werden zusätzlich Lymphknoten entfernt, ist stattdessen die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig. Daneben ist die GOÄ-Nr. 2802 für die Gefäßfreilegung im Rahmen der Lymphknotenentfernung nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

Regelmäßig wird bei der Hemihepatektomie die Gallenblase mit entfernt, wenn die Resektionslinie der Hemihepatektomie das Gallenblasenbett tangiert. Nur wenn sich eine eigenständige Indikation für die Cholezystektomie ergibt, ist diese gesondert mit GOÄ-Nr. 3186 berechnungsfähig.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3185 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 290**

Wird berechnet für die Versiegelung der Resektionsfläche zur Vermeidung von z. B. Nachblutung (z. B. Fibrinversiegelung). Es handelt sich um eine unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 2442 analog**

Begründung siehe GOÄ-Nr. 290.

- **GOÄ-Nr. 2802 analog**

Wird für Pringle-Manöver bzw. Hilus-Okklusion zur Herstellung der Leberischämie (Maßnahme zur Verringerung des Blutverlustes bei Leberresektion) berechnet. Unselbständige Teilleistung (so auch LG Nürnberg-Fürth, Urteil vom 13. November 2003, Az.: 11 S 6172/03).

- **GOÄ-Nr. 2804 analog**

Siehe Begründung zu GOÄ-Nr. 2802 analog.

- **GOÄ-Nr. 2891 analog**

Wird berechnet für die Durchtrennung der Lebervenen an ihrer Einmündung in die Vena cava und Naht der Mündungsstelle in die Vena cava. Mangels eigenständiger Indikation sind diese Leistungen nicht gesondert berechnungsfähig.

- **GOÄ-Nr. 3139 analog**

Wird für die Eröffnung des Bauchraumes bei Lebererkrankung mit ausgedehnter Revision und Präparation des Lig. hepatoduodenale berechnet. Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip). Gerechtfertigt ist aber für den zusätzlichen Zeitaufwand der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors der Hauptleistung.

- **GOÄ-Nr. 3187 originär oder analog**

Nicht berechnungsfähig, weil die Präparation des Gallenganges und die Durchtrennung des jeweiligen zentralen Astes mit Verschluss des entsprechenden Stumpfes mit der Zielleistung abgegolten ist.

- **GOÄ-Nr. 3284 analog**

Die Deckung der Resektionsfläche mit großem Netz zur Sicherung des Operationserfolges und Minderung der Komplikationslast ist keine selbständige Leistung (Zielleistungsprinzip).

#### 4. Galle

Die Leistung nach GOÄ-Nr. 3186 beschreibt die alleinige Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie). Das operative Vorgehen zur Gallenblasenentfernung schließt die Entfernung des Gallenblasenganges (ductus cysticus) grundsätzlich mit ein. Daraus rechtfertigt sich nicht der Ansatz der GOÄ-Nr. 3187. Das gilt auch für den Fall, dass das operative Vorgehen durch unübersichtliche Verhältnisse erschwert wird (beispielsweise infolge von Vernarbungen, Verwachsungen oder entzündlichen Infiltrationen) und deswegen Gallengänge (ductus choledochus, ductus hepaticus dexter, ductus hepaticus sinister, ductus hepaticus communis) freipräpariert werden müssen. Gerechtfertigt ist aber für den zusätzlichen Zeitaufwand der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors.

Ist dagegen ein Eingriff an den Gallengängen (ductus choledochus, ductus hepaticus dexter, ductus hepaticus sinister, ductus hepaticus communis) medizinisch indiziert – mit oder ohne Gallenblasenentfernung – ist die GOÄ-Nr. 3187 berechnungsfähig.

Bei einer laparoskopischen Entfernung der Gallenblase bzw. bei einer laparoskopischen Operation an den Gallengängen kann nicht neben GOÄ-Nr. 3186 bzw. GOÄ-Nr. 3187 zusätzlich GOÄ-Nr. 700 berechnet werden. GOÄ-Nr. 700 ist nur berechnungsfähig, wenn die Laparoskopie diagnostischen Zwecken dient.

Steht vor einem Eingriff fest, dass eine Behinderung des Gallenabflusses (z. B. Gallengangstenose) nur durch eine biliodigestive Anastomose mit Interposition beseitigt werden kann, sind neben GOÄ-Nr. 3188 die GOÄ-Nr. 3186 oder 3187 nicht berechnungsfähig.

Wird zunächst erfolglos versucht, die Durchgängigkeit des Gallengangs wiederherzustellen und erst dann eine biliodigestive Anastomose mit Interposition vorgenommen, ist es zulässig, die GOÄ-Nrn. 3187 und 3188 nebeneinander zu berechnen.

Die Anlegung einer T-Drainage ist nicht neben der Zielleistung gesondert berechnungsfähig (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. September 2009, GOÄ-Nr. 3187, Rn. 4).

Wird im Rahmen einer Operation an den Gallengängen nach GOÄ-Nr. 3187 zur Sicherung des Operationsergebnisses eine Choledochoskopie durchgeführt, ist diese als unselbstständige Teilleistung nicht gesondert berechnungsfähig. Dem steht die Leistungslegende der GOÄ-Nr. 3121 nicht entgegen. Denn GOÄ-Nr. 3121 erfasst die Choledochoskopie mit eigenständiger Indikation, z. B. bei Verdacht auf Tumordinfiltration eines Magen- oder Bauchspeicheldrüsenkarzinoms. Wird bei einer intraabdominalen Operation eine Choledochoskopie in diesem Sinne als eigenständige Leistung erbracht und aufgrund des Ergebnisses dieser Untersuchung dann eine Operation der Gallengänge durchgeführt, ist GOÄ-Nr. 3121 neben GOÄ-Nr. 3187 berechnungsfähig.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3186 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 315**

Zielleistungsprinzip.

- **GOÄ-Nr. 3120 analog**

Wird berechnet für ausgiebige Spülung bei Austritt infizierter Galle oder Eiter; diese ist als Teilleistung nicht gesondert berechnungsfähig.

- **GOÄ-Nr. 3187**

GOÄ-Nr. 3186 ist fakultativer Bestandteil der Leistung nach GOÄ-Nr. 3187.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3187, 3188 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 3167**

Die Fußpunktanastomose am Dünndarm im Rahmen der biliodigestiven Anastomose nach GOÄ-Nr. 3188 dient der Verbesserung der Dünndarmpassage. Sie ist damit ein methodisch notwendiger Einzelschritt um das operative Ergebnis zu sichern.

- **GOÄ-Nr. 3186**

GOÄ-Nr. 3186 ist fakultativer Bestandteil der Leistung nach GOÄ-Nr. 3187.

- **GOÄ-Nr. 3190**

Vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. September 2009, GOÄ-Nr. 3187 Rn. 1 und 3; Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 3187.

- **GOÄ-Nr. 3205**

Wird analog berechnet für die Anlegung einer T-Drainage (s. o).

- **GOÄ-Nr. 5295**

Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).

### **Gallenblasenkarzinom**

Die GOÄ weist keine spezifische Position für die Operation des Gallenblasenkarzinoms aus. Die Standardoperation in Abhängigkeit von der Lokalisation des Tumors und dem histologischen Befund ist die Exstirpation der Gallenblase, des Ductus cysticus, Erfassung einer ca. 2 - 5 cm breiten, an das Gallenblasenbett angrenzenden Lebergewebszone oder anatomische Leberresektion (Resektion der Segmente IVb und V) und die Lymphadenektomie (am Ductus cysticus, im hepatoduodenalen Ligament, supra-, ggf. auch retropankreatisch). Bei Infiltration des Ductus choledochus kann eine Mitresektion des Ductus choledochus indiziert sein.

Für die Exstirpation der Gallenblase und des Ductus cysticus ist GOÄ-Nr. 3186 berechnungsfähig. Nicht ansetzbar für die Erfassung einer 2 - 5 cm breiten Sicherheitszone am Lebergewebe ist die GOÄ-Nr. 3185 (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Sep-

tember 2009, GOÄ-Nr. 3185, Rn. 3). Werden im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung Lebersegmentresektionen notwendig, sind diese neben der GOÄ-Nr. 3186 mit der GOÄ-Nr. 3185 unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig.

Für die Entfernung der regionalen Lymphknoten (Ductus cysticus, hepato-duodenalen Ligament, supra-, ggf. auch retropankreatisch) ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung zu berechnen.

Infiltriert das Gallenblasenkarzinom die Gallengänge, ist anstelle der GOÄ-Nr. 3186 die GOÄ-Nr. 3187 einschlägig.

Erfolgt die Anlage einer biliodigestiven Anastomose ist hierfür unter Abzug der Eröffnungsleistung die GOÄ-Nr. 3188 anzusetzen.

Operative Interventionen an benachbarten Organen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Positionen gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung, es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3185, 3186, 3187 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

▪ **GOÄ-Nr. 290**

Wird berechnet für die Versiegelung der Resektionsfläche zur Vermeidung von z. B. Nachblutung (z. B. Fibrinversiegelung). Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).

▪ **GOÄ-Nr. 1809**

Die Berechnung der GOÄ-Nr. 1809 ist gebührenrechtlich zulässig, wird aber im Rahmen der Operation des Gallenblasenkarzinoms nicht durchgeführt. Es werden nur die regionalen Lymphknoten exstirpiert (s. o.).

▪ **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

▪ **GOÄ-Nr. 2804 analog**

Wird für Pringle-Manöver (Maßnahme zur Verringerung des Blutverlustes bei Leberresektion) berechnet. Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip) – so auch LG Nürnberg-Fürth (Urteil vom 13. November 2003, Az.: 11 S 6172/03).

- **GOÄ-Nr. 3167**

Die Fußpunktanastomose am Dünndarm im Rahmen der biliodigestiven Anastomose nach GOÄ-Nr. 3188 dient der Verbesserung der Dünndarmpassage. Sie ist damit ein methodisch notwendiger Einzelschritt um das operative Ergebnis zu sichern.

### **Resektion des proximalen Gallengangskarzinoms**

Die GOÄ weist keine spezifische Position für die Resektion des proximalen Gallengangskarzinoms aus. Diese Tumoren liegen im Ductus hepaticus communis mit seinen beiden Hauptästen. Das Erreichen des Behandlungsziels, die Resektion mit tumorfreien Resektionsrändern, hängt aufgrund der unmittelbaren Nachbarschaft zum Leberparenchym, der Pfortader und der Leberarterie, entscheidend von der Lokalisation des Tumors ab.

Die Resektion des extrahepatischen Gallengangs ist mit GOÄ-Nr. 3187, die Anlage der biliodigestiven Anastomose mit GOÄ-Nr. 3188, unter Abzug der Eröffnungsleistung und die regionale Lymphadenektomie mit GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnungsfähig.

Ist aufgrund der Lokalisation des Tumors eine Leberteilresektion erforderlich, kann die GOÄ-Nr. 3185 unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnet werden.

Operative Interventionen an benachbarten Organen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Positionen gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung, es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3187 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 1809**

Die Berechnung der GOÄ-Nr. 1809 ist gebührenrechtlich zulässig, wird aber im Rahmen der Operation des Gallengangskarzinoms nicht durchgeführt. Es werden nur die regionalen Lymphknoten entfernt (s. o.).

- **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

- **GOÄ-Nr. 3167**

Die Fußpunktanastomose am Dünndarm im Rahmen der biliodigestiven Anastomose nach GOÄ-Nr. 3188 dient der Verbesserung der Dünndarmpassage. Sie ist damit ein methodisch notwendiger Einzelschritt um das operative Ergebnis zu sichern.

## 5. Pankreas

Die Chirurgie der Bauchspeicheldrüse (Pankreas) umfasst die operative Behandlung bösartiger (z. B. Karzinome) sowie gutartiger Veränderungen (z. B. chronische Pankreatitis). Die Standardoperationen sind in Abhängigkeit von der Lokalisation der krankhaften Veränderungen, die teilweise oder die vollständige Resektion des Pankreas (GOÄ-Nrn. 3195, 3196, 3197 und 3198). Die GOÄ-Nrn. 3195 bis 3198 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

### **Pankreaslinksresektion**

Dieses Verfahren wird bei Tumoren oder Entzündungen im Pankreasschwanz oder Teilen des Pankreaskörpers angewendet. Bei dieser Operation wird ein mehr oder weniger großer Teil des Pankreas entfernt (GOÄ-Nr. 3196).

In der Regel wird der Pankreasgang an der Trennlinie verschlossen. In manchen Fällen wird der Pankreasgang mit einer Dünndarmschlinge verbunden (sog. Drainage), um den Pankreassaft in den Darm umzuleiten. Um zu verhindern, dass Darminhalt an den Pankreasstumpf gelangt, wird diese Darmschlinge durch eine sog. Fußpunktanastomose „ausgeschaltet“, indem ein Kurzschluss zwischen den Schenkeln der Schlinge geschaffen wird. Für diese komplexen operativen Schritte kann zusätzlich die GOÄ-Nr. 3194 analog – abzüglich der Eröffnungsleistung – in Rechnung gestellt werden.

Es wird versucht, bei dieser Operation die Milz zu erhalten. Muss sie doch entfernt werden, weil z. B. die Blutgefäßversorgung von Pankreasschwanz und Milz eine gemeinsame Verbindung haben, dann ist der Mehraufwand über den Multiplikator zu erfassen.

Liegen Stenosen des Pankreasganges im kopfwärtigen Bereich oder massive chronisch entzündliche Veränderungen an Kopf und Korpus vor, erfordert dies zusätzlich eine Pankreatikojejunostomie, die mit GOÄ-Nr. 3167 – abzüglich der Eröffnungsleistung – berechnungsfähig ist.

Operative Interventionen an benachbarten Organen/Strukturen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Nrn. gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung. Es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang.

Bei bösartiger Erkrankung werden die regionalen Lymphknoten ausgeräumt. Diese Lymphadenektomie umfasst die regionalen Lymphknoten der 1. Station (supra-, infrapankreatische und pankreatikoduodenale Lymphknoten) und die Milzexstirpation (in diesem Fall GOÄ-Nr. 3199 unter Abzug der Eröffnungsleistung), um die Lymphknoten um die Milzgefäße und am Milzhilus mit zu entfernen. Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 1783 analog – abzüglich der Eröffnungsleistung – berechnungsfähig.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3196 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:



- **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Dies entspricht der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

- **GOÄ-Nr. 2900 analog (für die Entfernung von Varizenkonvoluten)**

Es handelt sich um eine Maßnahme zur Vermeidung der Blutung und zur Blutstillung, und somit lediglich um eine Teilleistung (z. B. bei Milzvenenthrombose mit massiver segmentaler lienaler Hypertension, die durch die Dissektion nicht behoben wird). Der Mehraufwand ist durch den Multiplikator abzubilden.

- **GOÄ-Nr. 3172 originär und analog**

Weder originär noch analog berechnungsfähig für die Darmmobilisation (Zielleistungsprinzip). Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).

- **GOÄ-Nr. 3167**

Die Fußpunktanastomose am Dünndarm dient der Verbesserung der Dünndarmpassage. Sie ist damit ein methodisch notwendiger Einzelschritt, um das operative Ergebnis zu sichern.

- **GOÄ-Nr. 3176**

Im Zusammenhang mit der Pankreaticojejunostomie erfolgt keine Transposition des Darmteiles nach der Leistungslegende der GOÄ-Nr. 3176, sondern lediglich eine Mobilisierung des Darmes, um die Pankreaticojejunostomie durchzuführen.

- **GOÄ-Nr. 3199**

Nicht für die Entfernung der Milz, wenn sie aufgrund anatomischer Varianten der Gefäßversorgung für die Pankreaslinksresektion erforderlich ist.

## **Drainage-Operation**

Bei diesen Verfahren werden Abflussstörungen, die bei der Erkrankung aufgetreten sind, beseitigt. Am häufigsten werden Pseudozysten, die sich im Verlauf einer Pankreatitis bilden können, auf diese Weise operiert. Die Pseudozyste wird eröffnet und mit einer ausgeschalteten Dünndarmschlinge verbunden (GOÄ-Nr. 3194), sodass das gestaute Sekret abfließen kann.

Ist im Verlauf einer chronischen Pankreatitis der gesamte Pankreasgang erweitert, so wird gelegentlich die gesamte Bauchspeicheldrüse aufgeschnitten und die so geöffnete Drüse auf eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge aufgenäht. Da die GOÄ keine spezifische Position

für diesen Eingriff ausweist, gilt aufgrund der Gleichwertigkeit der Leistung der analoge Ansatz der GOÄ-Nr. 3194 und nicht der analoge Ansatz der GOÄ-Nr. 3196 zuzüglich der Rekonstruktionsleistungen. Gerechtfertigt ist aber für den zusätzlichen Zeitaufwand, für die Verbindung mit der Dünndarmschlinge (Pankreaticojejunostomie), der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3194 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 315**  
Nicht für die Punktion des Pankreasganges oder der Pankreaszyste berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 2404**  
Nicht für die intraoperative Probeexzision (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3167**  
Die Fußpunktanastomose am Dünndarm dient der Verbesserung der Dünndarmpassage. Sie ist damit ein methodisch notwendiger Einzelschritt, um das operative Ergebnis zu sichern. Auch nicht für die Pankreaticojejunostomie, da Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 3194.
- **GOÄ-Nr. 3172 originär und analog**  
Weder originär noch analog berechnungsfähig für die Darmmobilisation (Zielleistungsprinzip). Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).
- **GOÄ-Nr. 3176**  
Ist Inhalt der Leistung nach GOÄ-Nr. 3194 („Interposition eines Darmabschnittes“).

### **Pankreoduodenektomie z. B. nach Whipple**

Zu den bei Tumorerkrankungen des Pankreas angewendeten Operationsverfahren zählen insbesondere die Pankreoduodenektomie nach Whipple und die pyloruserhaltende Pankreoduodenektomie. Inzwischen ist es auch möglich neben dem Magen auch das Duodenum zu erhalten.

Die Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple) ist mit GOÄ-Nr. 3198 erfasst. Bei der klassischen Operation nach Whipple wird der Pankreaskopf, das Duodenum, der distale Gallengang inklusive der Gallenblase sowie ein Drittel des Magens entfernt. Die Rekonstruktion des Gallenganges erfolgt über eine sog. Hepatikojejunostomie (Verbindung der Leber mit dem Dünndarm), das Restpankreas wird über eine Pankreatikojejunostomie (Verbindung der

Bauchspeicheldrüse mit dem Dünndarm), der Magen über eine Gastrojejunostomie (Verbindung des Magens mit dem Dünndarm) rekonstruiert. Die Verschlüsse dieser Öffnungen sind zwingender Bestandteil der Operation, sodass die jeweiligen Anastomosen keine eigenständig berechnungsfähigen Leistungen darstellen. Werden die regionären Lymphknoten entfernt, ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung zusätzlich berechnungsfähig, bei Entfernung weiterer Lymphknoten stattdessen die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3198 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 315**  
Nicht für die Punktion der Bauchspeicheldrüse berechnungsfähig (Zielleistungsprinzip Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 321**  
Nicht für die Sondierung des Pankreasganges (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 2802**  
Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Dies entspricht der Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).
- **GOÄ-Nrn. 3176 und 3167**  
Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.
- **GOÄ-Nr. 3187**  
Operation an Gallengängen hat keine eigene Indikation (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3188**  
Biliodigestive Anastomose ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 3198.
- **GOÄ-Nr. 3195**  
Resektion des Kopfanteils vom Pankreas ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 3198.

Im Unterschied zur klassischen Operation nach Whipple bleibt bei der **pyloruserhaltenden Pankreoduodenektomie** der Magen und das postpylorische Duodenumsegment erhalten. Sie kann in der Regel durchgeführt werden. Da es sich auch hier um eine Duodenopankreatektomie (siehe Pschyrembel) handelt, ist die GOÄ-Nr. 3198 einschlägig. Kann zusätzlich auch in seltenen Fällen das Duodenum erhalten werden, ist der Leistungsinhalt der GOÄ-Nr.

3198 nicht erfüllt. Der Aufwand bei dieser Operationsvariante entspricht aber dem der Leistung nach GOÄ-Nr. 3198, sodass diese analog anzusetzen ist.

Es gilt die Liste der nicht neben GOÄ-Nr. 3198 berechnungsfähigen Gebührenpositionen (nebst Kurzbegründung).

### **Pankreaskopfresektion (auch duodenerhaltend)**

Bei der Pankreaskopfresektion wird – anders als bei der OP nach Whipple – der Kopf der Bauchspeicheldrüse unter Erhalt des Zwölffingerdarms entfernt. Durch den Verzicht auf die Entfernung des Duodenums, der extrahepatischen Gallenwege sowie einer Teilentfernung des Magens, ist lediglich eine Verbindung der Bauchspeicheldrüse mit dem Dünndarm erforderlich. Diese OP ist mit GOÄ-Nr. 3195 zu berechnen. In der Abrechnungspraxis wird für die Anastomose (Verbindung des Gallenganges mit dem Dünndarm) gesondert GOÄ-Nr. 3188 berechnet. Dies widerspricht dem Zielleistungsprinzip und ist unzulässig. In dem speziellen Fall, dass bei Patienten mit ursprünglich intrapankreatischer Gallenwegsstenose eine hinreichende Dekompression des Gallenganges durch die Resektion des Pankreaskopfes nicht erreicht werden kann und eine Längsspaltung des Gallenganges mit Einnah in die verbleibende Pankreaskopfwand erfolgt, ist der zusätzliche Ansatz der GOÄ-Nr. 3190 analog gerechtfertigt.

Im Falle multipler Stenosen des Pankreasganges erfolgt eine Keilresektion des verbliebenen Pankreasschwanzes und Anastomosierung mit Dünndarm (Freysche Modifikation). Diese Leistung ist mit GOÄ-Nr. 3196 analog zu berechnen. Erfolgen die plastischen Korrekturen sowohl am Gallengang als auch am Pankreasgang, können die GOÄ-Nrn. 3190 analog und 3196 analog in Rechnung gestellt werden.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3195 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll (BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

- **GOÄ-Nrn. 3167, 3176 und 3188**

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.

- **GOÄ-Nr. 3205**

Das Einlegen einer T-Drainage ist nicht neben der Zielleistung gesondert berechnungsfähig.

### **Nekrosektomie bei nekrotisierender Pankreatitis**

Das Ziel der Operation ist, durch das Ermöglichen des Abflusses der Pankreasnekrosen nach außen (Drainage) den Selbstverdauungsprozess zu beenden. Die nekrotisierende Pankreatitis geht regelhaft mit einer Peritonitis einher. Deshalb ist GOÄ-Nr. 3139 originär einschlägig, ggf. einschließlich der Saug-Spül-Drainage. Die gebotene, vom Umfang individuelle, variable Entfernung von Pankreasnekrosen unabhängig von deren Lokalisation und ggf. der Nekrosen benachbarter Strukturen und Organe (z. B. Nieren) ist insgesamt mit GOÄ-Nr. 3196 analog (unter Abzug der Eröffnungsleistung) abzurechnen. Die Mobilisierung des Darmes stellt eine nicht gesondert berechnungsfähige Teilleistung dar.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3139 und 3196 analog folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 1830 analog**

Diese Gebührenposition ist nicht analog für die Entfernung der Nekrosen im Pankreas berechnungsfähig, da die Leistung mit dem analogen Ansatz der GOÄ-Nr. 3196 erfasst ist.

- **GOÄ-Nr. 2032 analog und GOÄ-Nr. 2093**

Die Anlage der Lavage bzw. Drainage ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 3139 (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. September 2009, GOÄ-Nr. 3139, Rn. 1).

- **GOÄ-Nrn. 3136 und 3137**

Eröffnung und Drainagen von Abszessen im Bauchraum stellen sich als unselbständige Teilleistungen dar (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 3172 originär und analog**

Diese GOÄ-Nr. kommt weder originär noch analog für die Darmmobilisation in Betracht, da die Darmmobilisation mit der Zielleistung abgegolten ist. Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).

### **Zugangsvariante über Flankenschnitt**

Bei ein- oder beidseitigem Flankenschnitt ist die GOÄ-Nr. 1830 analog je Seite berechnungsfähig für die retrokolische und die perirenale Nekrosektomie mit Eröffnung der Bursa omentalis von retroperitoneal. Die Spül- und/oder Saugdrainage kann je Seite mit GOÄ-Nr. 2032 berechnet werden.

Weder originär noch analog ist neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 1830 analog und 2032 folgende GOÄ-Nr. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2093**

Die Spülung ist Leistungsbestandteil der GOÄ-Nr. 2032 und somit nicht gesondert berechnungsfähig.

### Gutartige Pankreastumore

#### **Zystadenome, endokrine Tumore**

Für die Entfernung von Zystadenomen gelten die Abrechnungsmodalitäten, die bei den einzelnen Verfahren der Pankreasresektion dargestellt wurden.

Das therapeutische Vorgehen bei gutartigen, lokalisierten, endokrinen Tumoren (Insulinom, Gastrinom, Glukagonom etc.) ist die Entfernung (z. B. E nukleation = Ausschälung) des Tumors. Diese offen-chirurgische Intervention setzt die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher und die Eröffnung der Bursa omentalis mit bimanueller Palpation des Pankreas voraus. Abhängig von der Lokalisation des Tumors ist die GOÄ-Nr. 3196 originär oder analog einschlägig.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3196 (originär oder analog) folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung ist die GOÄ-Nr. 2802 nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

- **GOÄ-Nr. 3172**

Nicht ansatzfähig für die Darmmobilisation, Zielleistungsprinzip. Zugangsleistungen stellen nach der Rechtsprechung des BGH keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, AZ: III ZR 293/07).

#### **Papillentumore**

Bei umschriebenen, in der Papillenregion des Zwölffingerdarmes gelegenen gutartigen Tumoren oder bei hierbei lokalisierten unklaren kleinen Tumorbefunden ist die Papillen-Entfernung (Exstirpation) die medizinisch erforderliche Intervention. Für die Exstirpation der Papille einschließlich der Eröffnung des Duodenums ist die GOÄ-Nr. 3190 berechnungsfähig. Dabei sind regelhaft eine Choledochusrevision und eine Reinsertion des ductus choledochus und ductus pancreaticus an der Duodenalwand erforderlich. Der bei ausgedehnteren Tumoren erhöhte Aufwand kann über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3190 (originär oder analog) folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

▪ **GOÄ-Nr. 3187**

Zum einen ist der Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 3187 nicht erfüllt. Zum anderen ist die Choledochusrevision Teil der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3190. Daher ist die GOÄ-Nr. 3187 nicht neben der Zielleistung berechnungsfähig.

▪ **GOÄ-Nr. 3188**

Der Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 3188 wird nicht erbracht. Im Übrigen ist die Reinsertion des ductus choledochus und pancreaticus unselbständiger Teil der Zielleistung.

▪ **GOÄ-Nr. 3205**

Nicht für die Anlage einer T-Drainage berechnungsfähig (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. September 2009 ,GOÄ-Nr. 3187, Rn. 4).

### **Bösartige Pankreastumore**

Grundsätzlich ist das Therapieziel die Entfernung des Tumors im Gesunden, einschließlich der regionären Lymphknoten, sofern damit eine Heilung erreicht werden kann. Je nach Lokalisation und Ausdehnung des Tumors sind die GOÄ-Nrn. 3195, 3196, 3197 oder GOÄ-Nr. 3198 einschlägig. Bestehen Fernmetastasen, großflächige retroperitoneale Infiltration oder Infiltration der Mesenterialwurzeln, dann ist Heilung nicht zu erreichen, weshalb die Tumorentfernung nur in Ausnahmefällen in Frage kommt. Ausnahmen können bei umschriebenem Befall der Mesenterialwurzeln, der Pfortader, des Magens, der Milz oder des Kolons bestehen.

Beim häufigen Pankreaskopfkarzinom umfasst die Lymphadenektomie die suprapankreatischen, infrapancreatischen und pankreatikoduodenalen Lymphknoten. Beim Karzinom im Pankreasschwanz (Linksresektion) und bei der totalen Pankreatektomie ist auch die Splenektomie geboten, wodurch die Lymphknoten in Nähe der Milzgefäße und am Milzhilus entfernt werden. Darüber hinaus können proximale mesenteriale Lymphknoten, Lymphknoten am Ductus choledochus, Lymphknoten am Truncus coeliacus sowie die paraaortalen und andere Lymphknotenbereiche entfernt werden.

Das Pankreaskopfkarzinom wird entfernt wie in dem Abschnitt zu Pankreaskopfresektionen (z. B. bei chronischer Pankreatitis) beschrieben, das Pankreasschwanzkarzinom gemäß der Kommentierung im Abschnitt Pankreaslinksresektion. Es gelten die dort aufgeführten Abrechnungsmodalitäten.

Für die Exstirpation der regionalen Lymphknoten ist GOÄ-Nr. 1783 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung zusätzlich berechnungsfähig, während für die Entfernung weiterer Lymphknoten stattdessen insgesamt maximal die GOÄ-Nr. 1809 analog unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnet werden darf. Wird darüber hinaus auch die Milz entfernt, kann die GOÄ-Nr. 3199 unter Abzug der Eröffnungsleistung berechnet werden.

Operative Interventionen an benachbarten Organen/Strukturen zwecks Entfernung von Tumoranteilen können mit den entsprechenden GOÄ-Positionen gesondert in Rechnung gestellt werden abzüglich der jeweiligen Eröffnungsleistung (es sei denn, die Intervention erfolgt über einen gesonderten Zugang).

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3195 bis 3198 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

▪ **GOÄ-Nr. 2802**

Die Leistung hat keinen selbstständigen Charakter, wenn das Blutgefäß im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt, durchtrennt und unterbunden werden soll. Im Rahmen der Lymphknotenentfernung ist die GOÄ-Nr. 2802 nicht zusätzlich berechnungsfähig (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07).

▪ **GOÄ-Nr. 2837**

Begründung siehe GOÄ-Nr. 2802.

▪ **GOÄ-Nr. 3167**

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.

▪ **GOÄ-Nr. 3172**

Nicht ansatzfähig für die Darmmobilisation, Zielleistungsprinzip. Zugangsleistungen stellen keine eigenständige Indikation dar und dürfen nicht gesondert berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 293/07).

▪ **GOÄ-Nrn. 3176**

Die Wiederherstellung der Kontinuität durch Anastomosen (z. B. Roux-Y) ist mit der Zielleistung abgegolten.

▪ **GOÄ-Nrn. 3188**

Begründung siehe GOÄ-Nr. 3176.

### **Beispiele für Palliativoperationen**

Ergibt sich intraoperativ nach Exploration des Bauchraumes ein inoperabler Befund, können Palliativoperationen medizinisch indiziert sein. Diese sollen funktionelle Störungen beseitigen oder vermindern (in der Regel Anastomosierungen, um Abflussbehinderungen zu beheben).

Dafür kommen nachstehende Gebührenpositionen in Betracht:

- GOÄ-Nr. 3188 (Biliodigestive Anastomose)
- GOÄ-Nr. 3158 (Gastroenterostomie)



Weder originär noch analog ist neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3188 und 3158 folgende GOÄ-Nr. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 3189**

In der Praxis wird für eine aufwendige Exploration des Bauchraumes zusätzlich GOÄ-Nr. 3139 analog angesetzt. Hier fehlt es aber an einer durch Analogie ausfüllungsbedürftigen Regelungslücke, denn der Verordnungsgeber hat offensichtlich mit GOÄ-Nr. 3139 einen Spezialtatbestand für eine operative Therapieoption der Peritonitis geschaffen. Eine allgemeine Gebührenposition für die Bauchhöhleeneröffnung zu diagnostischen Zwecken stellt GOÄ-Nr. 3135 dar. Diese Leistung ist aber mit den Gebühren für die Palliativoperationen abgegolten, soweit die Leistung nach GOÄ-Nr. 3135 nicht als einzige Leistung erbracht wird. Ist die Exploration tatsächlich besonders zeitaufwendig, kann dies durch einen höheren Steigerungsfaktor bei der Zielleistung berücksichtigt werden.

### **Operative Eingriffe bei Morbus Crohn**

Entsprechende Interventionen kommen – zunehmend seltener (daher keine wirkliche Praxisrelevanz) – in Betracht, wenn die konservative Therapie des Morbus Crohn nicht erfolgreich ist. Umfang und Zielrichtung der Eingriffe sind unterschiedlich und vom konkreten Krankheitsfall abhängig. Es gibt keine Standard-Operation. Primär geht es um Teilresektionen des Darmes.

### **Operative Eingriffe bei Colitis ulcerosa**

Zielleistungen können je nach Lage und Ausbreitung des Entzündungsherdens sein die „Teilresektion des Kolons“ (GOÄ-Nr. 3169), die „Kolektomie“ (GOÄ-Nr. 3170), „Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarms mit Ileostoma“ (GOÄ-Nr. 3183) sowie die „Kombinierte Rektumexstirpation“ (GOÄ-Nr. 3235). Die Leistung nach GOÄ-Nr. 3169 kann – unter Abzug der Zugangsleistung – auch mehrfach berechnet werden, wenn mehrere Darmabschnitte entfernt werden. Die Auffassung im GOÄ-Kommentar von Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, dass in diesem Fall GOÄ-Nr. 3170 abzurechnen ist, überzeugt nicht, da größere Teile des Dickdarms erhalten bleiben können und kein Ileostoma angelegt wird (vgl. Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 3169).

Bleibt nach dem Eingriff kein funktionales Stück des Dickdarms übrig, reicht eine herkömmliche Anastomose nicht aus und es muss ein Pouch angelegt werden. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Zeitaufwand von etwa einer Stunde. In der Praxis wird dafür überwiegend GOÄ-Nr. 1807 analog angesetzt. Hiergegen ist aber einzuwenden, dass die Pouchversorgung heute dem medizinischen Standard entspricht, eine Veränderung der Methodik aber nicht dazu führen kann, dass neben der Zielleistung eine unselbständige Leistung gesondert berechnet werden kann. Der Mehraufwand ist daher über den Steigerungsfaktor abzubilden.

Weder originär noch analog ist neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 bis 3170 folgende GOÄ-Nr. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2583 analog (für die beidseitige Freidisektion und Schonung des Plexus hypergastricus sowie der Nervi hypogastrici bds.)**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn der Nerv im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt werden soll.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach den GOÄ-Nrn. 3183 und 3235 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 264 analog (für die perianale submuköse Infiltration der Rektumschleimhaut)**

Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 1807 analog (für die Pouchbildung)**

Begründung siehe GOÄ-Nr. 264 analog.

- **GOÄ-Nr. 2583 analog (für die beidseitige Freidisektion und Schonung des Plexus hypergastricus sowie der Nervi hypogastrici bds.)**

Die Leistung hat keinen selbständigen Charakter, wenn der Nerv im Zuge der Erbringung einer anderen Leistung geschont bzw. freigelegt werden soll.

- **GOÄ-Nr. 3177 analog (für die Mobilisierung der Mesenterialwurzel, ggf. mit radiärer Spaltung von Gefäßen mit anschließender Transposition des Dünndarm-pouches zum Analkanal)**

Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).

- **GOÄ-Nr. 3224 analog (für perianale Mukosektomie und pouchanale Anastomose)**

Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).

## **Operative Eingriffe bei Sigmadivertikulitis**

### **1. Elektiver Eingriff**

Zielleistung ist die „Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose –“ (GOÄ-Nr. 3169). Sie wird entweder mit Wiederherstellung der Kontinuität (elektiver Eingriff) oder bei einem zwei-zeitigen Vorgehen durchgeführt, bei dem in einem ersten Eingriff zunächst ein künstlicher Darmausgang (anus praeter) gelegt wird. Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist

eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach GOÄ-Nr. 1829 unter Abzug der Eröffnungsleistung bzw. GOÄ-Nr. 1829a gegeben.

Wenn es im Rahmen einer Sigmadivertikulitis zu einer Harnblasenfistel (Verbindung zwischen Blase und Sigma) gekommen ist, besteht eine zusätzliche Indikation für die Beseitigung dieser Fistel durch entweder Übernähung (GOÄ-Nr. 1723 analog) oder Entfernung der entzündlichen Blasenwand einschließlich der Fistel (GOÄ-Nr. 1804 analog). Dabei muss in die Blase ein Katheter gelegt werden, der durch die Bauchdecke nach außen geführt wird. Dabei handelt es sich um einen obligaten Bestandteil der Leistung nach GOÄ-Nr. 1723 analog bzw. GOÄ-Nr. 1804 analog, der nicht gesondert berechnungsfähig ist.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 1795 oder 1796 (für das Anlegen eines Blasenkatheters)**  
Unselbständige Teilleistung, Zielleistungsprinzip.
- **GOÄ-Nr. 3176 (für die Mobilisierung des Restdarmes zur Herstellung einer spannungsfreien Anastomose)**  
Keine eigenständige Indikation, Zielleistungsprinzip – die Anastomose ist Bestandteil der GOÄ-Nr. 3169.
- **GOÄ-Nr. 3236**  
Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).

## 2. Operation bei perforierter Sigmadivertikulitis

Bei freier Divertikelperforation mit eitriger oder kotiger Peritonitis ist eine Resektion mit primärer Anastomose mit einem hohen Risiko einer Anastomoseninsuffizienz verbunden, so dass stattdessen meistens eine Hartmannsche Operation durchgeführt wird. Hierzu wird zunächst die Bauchhöhle eröffnet und ausgiebig gesäubert, entsprechend der GOÄ-Nr. 3139 (Eröffnung des Bauchraumes bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage). Zusätzlich sollte eine Abstrichentnahme zur Mikrobiologie (GOÄ-Nr. 298) vorgenommen werden. Die Sigmaresektion entspricht der GOÄ-Nr. 3169 (Teilresektion des Kolons). Sind Nachbarorgane wie z. B. Ureter und Blase beteiligt, so müssen diese wie bei der elektiven Operation entsprechend berücksichtigt werden. Abschließend ist bei diesen Patienten ein endständiger Descendensaffer nach GOÄ-Nr. 3207 (Anlegen eines Anus praeternaturalis) anzulegen. Der Abzug der Eröffnungsleistung ist jeweils zu berücksichtigen.

## 3. Wiederanschlussoperation nach vorausgegangener Diskontinuitätsresektion des Kolons (Darmresektion)

Die Zielleistung besteht darin, die Kontinuität wiederherzustellen. Hierfür muss der künstliche Darmausgang ausgelöst werden. Danach ist die Reanastomosierung des Kolon descendens mit dem blindverschlossenen Rektumstumpf durchzuführen, wobei die aufeinander zu nä-

henden Darmenden zunächst gekürzt werden müssen. Für diese Leistung ist die GOÄ-Nr. 3209 berechnungsfähig. Ist es zu Verwachsungen im Dünndarmbereich gekommen, die außerhalb des Zugangsweges zum Operationsgebiet liegen, ist die notwendige Adhäsiolyse gesondert nach GOÄ-Nr. 3172 (unter Abzug der Eröffnungsleistung) zu berechnen.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3209 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 3169 (für die Kürzung der Darmenden)**  
Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3172 (für eine Adhäsiolyse auf dem Zugangsweg zum Operationsgebiet)**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 3169.
- **GOÄ-Nr. 3176 (für die Mobilisierung des Restdarmes zur Herstellung einer spannungsfreien Anastomose)**  
Begründung wie vor.
- **GOÄ-Nr. 3218 analog (für die Kürzung des Rektumstumpfes)**  
Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).

### **Bösartige Tumore des Kolons und des Rektums**

#### **Zökum-/Aszendenskarzinom**

Regeloperation ist die Hemikolektomie rechts mit radikaler Entfernung des Lymphabflussgebietes entlang der Arteria colica dextra und der Arteria ileocolica unter Erhaltung des Stamms der Arteria colica media, bei der im Bereich des zu resezierenden Querkolonteils das Große Netz mitentfernt wird. Als Zielleistung ist die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig. Erfolgt eine radikale Entfernung der Lymphknoten, ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) ansatzfähig. Werden allerdings nur regionäre Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog – abzüglich der Eröffnungsleistung – abrechenbar.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach GOÄ-Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. GOÄ-Nr. 1829a gegeben.

Auch für die erweiterte Hemikolektomie rechts ist nur die GOÄ-Nr. 3169 abrechenbar. Für diese Leistung kommt GOÄ-Nr. 3170 nicht in Betracht, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird. Der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Nicht berechnungsfähig ist die Mitentfernung des Großen Netzes im Bereich des zu resezierenden Querkolonteils. Aufgrund der Entfernung des Querkolons käme es andernfalls zu einer Durchblutungsstörung des Großen Netzes.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2802**  
Als unselbständige Teilleistung nicht neben der Zielleistung abrechenbar.
- **GOÄ-Nr. 3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 2802.

### **Transversumresektion bei Karzinomen des Colon transversum**

Regeloperation ist die Entfernung des Querkolons mit regionärer Entfernung des Lymphabflussgebietes. Im Bereich des zu resezierenden Querkolons wird das Große Netz mitentfernt. Berechnungsfähig für diese Zielleistung ist GOÄ-Nr. 3169. Für die regionäre Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Auch für die erweiterte Hemikolektomie rechts oder links ist nur die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig. Für diese Leistung kann GOÄ-Nr. 3170 nicht angesetzt werden, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird, denn der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Nicht berechnungsfähig ist die Mitentfernung des Großen Netzes im Bereich des zu resezierenden Querkolons. Aufgrund der Entfernung des Querkolons käme es andernfalls zu einer Durchblutungsstörung des Großen Netzes.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2802**  
Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 2802.

### **Teilresektion des Kolons bei Karzinomen der linken Kolonflexur**

Regeloperation ist die erweiterte Hemikolektomie links mit radikaler Entfernung des Lymphabflussgebietes. Im Bereich des zu resezierenden Kolonteils wird das Große Netz mit ent-

fernt. Berechnungsfähig für diese Zielleistung ist GOÄ-Nr. 3169. Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Für diese Leistung kann GOÄ-Nr. 3170 nicht angesetzt werden, da der Leistungsinhalt nicht erbracht wird, denn der Dickdarm wird nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2802**  
Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3172 originär (für die operative Darmmobilisierung) und analog (für Teilresektion des Omentum majus)**  
Begründung siehe GOÄ-Nr. 2802.
- **GOÄ-Nr. 3176**  
Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Zielleistung.

### **Hemikolektomie links bzw. Sigmaresektion**

Für diese Zielleistungen ist die GOÄ-Nr. 3169 berechnungsfähig, wohingegen die GOÄ-Nr. 3170 nicht in Betracht kommt, da deren Leistungsinhalt nicht erbracht wird. Schließlich wird der Dickdarm nicht so weit entfernt, dass eine Ileostomie erforderlich wird. Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig. Werden nur die regionären Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach GOÄ-Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. 1829a gegeben.

Wird zum Schutz der Anastomose eine gesonderte Darmausleitung durchgeführt, so kann diese nach der GOÄ-Nr. 3210 (mit Abzug der Eröffnungsleistung) berechnet werden.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nr. 3169 folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 2583**  
Zielleistungsprinzip (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ).

- **GOÄ-Nr. 2802**

Begründung siehe GOÄ-Nr. 2583.

- **GOÄ-Nr. 3176**

Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Zielleistung.

### **Resektion bei Rektumkarzinom**

Die Rektumresektion ist in der Regel mit GOÄ-Nr. 3235 analog berechnungsfähig.

Die früher meist, heute nur noch in Einzelfällen durchgeführte kombinierte Rektumexstirpation (GOÄ-Nr. 3235 originär) beinhaltet folgende Teilleistungen: Laparotomie, Präparation des Rektums von abdominal, Schaffung eines Zugangs von anal, Präparation des Rektums von anal, Durchzug des Rektums nach abdominal und Absetzung, Schließung der analen Wundhöhle, Anlage eines Anus praeter. Zwingend dazugehörend ist die Darstellung und Schonung des linken Ureters.

Demgegenüber besteht die heute überwiegend durchgeführte tiefe anteriore Rektumresektion aus: Laparotomie, Präparation des Rektums von abdominal, Entfernung des betroffenen Rektumabschnitts, Mobilisierung des C. descendes und ggfls. des C. transversum, Stapler-Anastomose zwischen Colon und Rektumstumpf, totale mesorektale Exzision, Darstellung / Kontrolle der Lymphknoten der Region, Anlage eines Descendostomas zur Entlastung der Anastomose. Zwingend dazugehörend ist die Darstellung und Schonung des linken Ureters sowie der großen Gefäße der Region zur Lymphknotenentfernung. Je nach Resektionshöhe wird standardmäßig ein Pouch angelegt, um die Kontinenz zu erhalten.

Nach den Kriterien des § 6 Abs. 2 GOÄ bietet es sich aber an, die GOÄ-Nr. 3235 analog zu berechnen.

Für die radikale Entfernung der Lymphknoten ist zusätzlich GOÄ-Nr. 1809 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig. Werden nur die regionären Lymphknoten entfernt, ist stattdessen GOÄ-Nr. 1783 analog (abzüglich der Eröffnungsleistung) berechnungsfähig.

Maßnahmen, die ausschließlich der Schonung der Harnleiter dienen, sind grundsätzlich nicht gesondert berechnungsfähig. Wird aber durch eine präoperative Diagnostik nachgewiesen, dass eine Schädigung eines Ureters vorliegt, ist eine eigenständige Indikation für eine Leistung nach GOÄ-Nr. 1829 (abzüglich der Eröffnungsleistung) bzw. GOÄ-Nr. 1829a gegeben.

Wird zum Schutz der Anastomose eine gesonderte Darmausleitung durchgeführt, so kann diese nach der GOÄ-Nr. 3210 (mit Abzug der Eröffnungsleistung) berechnet werden.

Weder originär noch analog sind neben oder anstelle der Zielleistung nach GOÄ-Nrn. 3235 originär (kombinierte Rektumexstirpation) und 3235 analog (Rektumresektion) folgende GOÄ-Nrn. berechnungsfähig:

- **GOÄ-Nr. 1807 analog (für Pouchbildung)**  
Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 2583**  
Unselbständige Teilleistung (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 2802**  
Keine eigenständige Indikation (Zielleistungsprinzip).
- **GOÄ-Nr. 3176**  
Die Mobilisation zur Herstellung der Anastomose ist notwendiger Teilschritt der Ziel-  
leistung.