

Das Zielleistungsprinzip der GOÄ aus der Sicht des Gutachters

Chefarzt Dr. med. Gerd Sandvoß, Meppen

Das Zielleistungsprinzip der GOÄ ist und bleibt ein ständig kontrovers diskutiertes Thema im Spannungsfeld zwischen dem Ordnungsgeber (Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates nach § 11 BÄO), den privaten Krankenversicherungen und der Ärzteschaft. Deshalb werden die Gerichtssachverständigen regelmäßig aufgefordert, aus ärztlicher Sicht den medizinischen Sachverhalt mit den Vorgaben der GOÄ abzugleichen. Das gebührenrechtliche Sachverständigengutachten muss also nicht nur den medizinischen Sachverhalt einordnen, sondern auch die GOÄ im Wortlaut, die Literatur und das ausgeurteilte Richterrecht berücksichtigen.

Definition der Zielleistung

„Als Bestandteil einer Zielleistung ist eine Leistung grundsätzlich dann anzusehen, wenn ohne deren Leistungsinhalt die andere Leistung nach ihrem technischen Ablauf oder anderen für die Leistungserbringung bestimmenden Faktoren nicht erbracht werden kann“ (Conditio sine qua non, Lang).

Folgende Begriffe sind vorab einzuordnen:

1. Die **Hauptleistungen** sind in der GOÄ nach Fachgebieten aufgelistet, durchnummeriert und als selbstständige Leistungen mit eigener Indikationsstellung definiert. Die alternative Definition der Hauptleistung als **Zielleistung** (BRÜCK) engt den semantisch geschulten Gutachter auf das eng begrenzte Ziel ein, das die Leistungslegende definiert. So sind nach Auffassung des Autors Zielleistung und Komplexleistung Widersprüche in sich d.h. eher divergieren-

de Begriffe, also kein „Ziel- oder Komplexleistungssystem“¹.

2. **Selbstständige Nebenleistungen** sind in der GOÄ gelistete Verrichtungen, die zusätzlich anfallen und von der Hauptleistung nicht abgedeckt sind, weil sie aus anderer Indikationsstellung oder außerhalb des OP-Feldes oder zeitlich vor oder nach einem Eingriff anfallen. Sie sind als Parallelansatz liquidationsfähig und zwar schon deshalb, weil sie vom Ordnungsgeber gelistet wurden oder laut Legende/Definition nur als Nebenleistung in Frage kommen. Beispiele: GOÄ Nrn. 2382 - 2386, 2416, 2417, 2254 - 2255.

3. **Unselbstständige Nebenleistungen** sind in der GOÄ gelistete aber nicht liquidationsfähige Teilleistungen¹, da sie die unter Punkt 2. genannten Kriterien nicht erfüllen und als Teilleistung unter der Hauptleistung subsumiert sind d.h. dem Zielleistungsprinzip zum Opfer fallen. Ty-

pisches Beispiel: die Nervenlösung (Neurolyse nach GOÄ Nrn. 2583 bzw. 2584) kann im Rahmen einer anderen OP nicht angesetzt, sondern laut Leistungslegende nur aus eigenständiger Indikation als Hauptleistung abgerechnet werden. Der Zusatz „als selbstständige Leistung“ macht nur Sinn, wenn man die so gekennzeichneten Leistungen als Hauptleistung definiert, sonst wäre er in der Tat überflüssig¹. (Ausnahme: eigenständige Indikation für N. recurrens bei Rezidivstruma vgl. BRÜCK, a.a.O. zu GOÄ Nr. 2584 laut ArztR 11/2004 S. 404).

4. **Flankierende Maßnahmen** sind definitionsgemäß Tätigkeiten, die fakultativ oder regelmäßig im Rahmen von Hauptleistungen anfallen und nicht in der GOÄ gelistet sind. Sie werden nicht selten als Analogleistung fälschlich in Rechnung gestellt (z.B. die Implantation von Hämostyptika wie Gelitta, Fibrinkle-

ber oder Tachosil nach GOÄ 2442A).

5. **Eröffnungsleistungen** sind seltsame, klar definierte Zusatz- oder Nebenleistungen, die den Operateur für den mühseligen und zeitaufwändigen Zugang zum eigentlichen OP-Feld z.B. mittels Bohrer, Fräse oder Knochenzange zusätzlich zur Hauptleistung entschädigen sollen: z.B. die GOÄ Nrn. 2292, 2515 - 2518, 2555 - 2557, 1496, 1597, 2985 für die aufwändige Thorakophrenicolumbotomie (Zugang zum 1. Lendenwirbel). Ohne nachfolgende Hauptleistung sind sie nicht denkbar und wären vom Verordnungsgeber zu streichen, wenn sie unter das Zielleistungsprinzip fielen.

6. **Komplexleistungen** sind in der GOÄ an keiner Stelle erwähnt oder gar definiert, sondern allein im Vorwort von Frau Dr. Hess in der GOÄ 1996 einmal genannt worden. Es ist davon auszugehen, dass die **Hauptleistung** mit der **Zielleistung** identisch ist. Was aber die Definition der Zielleistung als **Komplexleistung** angeht, ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass der Verordnungsgeber bei der Novellierung der GOÄ im Jahre 1982 ein neues Gebührenverzeichnis geschaffen hat, das sich in weiten Teilen an dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung orientiert hat, und dass 1996 der Abschnitts L (Chirurgie/Orthopädie) weitgehend unverändert blieb (ArztR 11/2004 S. 405). Der Verordnungsgeber hat also seine (angeblichen) Komplexleistungen 1982 definiert, aber von einer Erweiterung der zugehörigen Leistungskomplexe bewusst Abstand genommen. Für den Gutachter jedoch, der sich exakt an den Wortlaut und Inhalt der heute gültigen GOÄ halten muss, sind eigene Definitionen von Leistungskomplexen („mal mehr mal weniger“) nicht gestattet. Hier zählen nur der Wortlaut und der Inhalt der GOÄ. Sind doch Komplexleistungen in der ständig in Überarbeitung befindli-

chen vertragsärztlichen Abrechnung (EBM 2001) die Regel, in der privatärztlichen Abrechnung (GOÄ) jedoch eher selten.

Vergleiche:

EBM (2001) Nr. 2275: OP des Carpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven oder Spaltung der Loge de Gyon ggf. einschließlich Neurolyse und/oder Tendosynovektomie und/oder Entfernung benigner Neubildungen.

GOÄ (1982, 1996) Nr. 2070: Muskelkanalbildung(en) oder OP des Carpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven.

Unter Berücksichtigung der historischen Entwicklung (HOFFMANN²) sind demnach in der angeblichen „Komplexleistung“ Nr. 2070 der GOÄ von 1982/1996 die Spaltung der Loge de Gyon, die Tendosynovektomie und die Entfernung benigner Neubildungen nicht enthalten, s.u.

Beispiel für Komplexleistungen in der GOÄ 1996:

GOÄ Nr. 2561: Stereotaktische Ausschaltungen am ZNS oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im ZNS mit Trepanation. Hier wurden die Eröffnungsleistungen nach Nrn. 2515 - 2518 (Trepanation) eingeschlossen!

So auch GOÄ Nr. 2590: *Naht eines Nervenplexus... - auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie.* Auch hier Einschluss der Eröffnungsleistung nach Nr. 2555.

Daraus folgt die Definition der Bundesärztekammer:

„Komplexleistungen umfassen ohne jede Ergänzung das komplette Leistungsspektrum im Hinblick auf die in der Legende genannte Maßnahme.“

- 1) GOÄ 3150: Gastrotomie (operative Mageneröffnung)
- 2) GOÄ 3186: Extirpation der Gallenblase
- 3) GOÄ 2117: Meniskusoperation

Wird also der Gutachter zur Definition einer Komplexleistung befragt, so muss er vergleichsweise den EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstab von 1982 und von 2001) der vertragsärztlichen Abrechnung oder den ICD 10 (den internationalen Code der Prozeduren in der Medizin zur Verschlüsselung der stationären Leistungen) zu Rate ziehen. Im Vergleich zwischen der modernen Fassung des EBM 2001 und der dem EBM/GOÄ 1982 ist ggf. zu erkennen, welche Teilleistungen nicht der Komplexleistung aus 1982 zuzuordnen sind, s.o.

Hält man sich an die oben genannte Definition der „Komplexleistung“, so fällt das präoperative Legen einer Magensonde (vor der Magen-OP nach GOÄ 3150) und die Gallengangsrevision (im Anschluss an die OP nach GOÄ 3186) nicht unter die „Komplexleistung“, da die Maßnahmen nicht in den jeweiligen Leistungslegenden genannt wurden.

Da der Verordnungsgeber in der GOÄ so gut wie keine Komplexleistung neu definiert hat, müssen daher im Einzelfall die Ärztekammern und letztendlich die Gerichte entscheiden.

Beispiele:

Berücksichtigt man § 4 Abs. 2 und 2a der GOÄ und die Allgemeinen Bestimmungen vor dem Kapitel O (Strahlendiagnostik), so bezieht sich der Zusatz in der Leistungslegende der GOÄ Nr. 5295 Durchleuchtung „als selbstständige Leitung“ ausschließlich auf den Abschnitt O (Strahlendiagnostik) der GOÄ, da der Verordnungsgeber im Abschnitt C Kap. IV (Kontrastmitteleinbringungen) unter den dortigen allgemeinen Bestimmungen die Durchleuchtung speziell erwähnt und bei diesen Maßnahmen eingeschlossen hat, was darauf schließen lässt, dass in allen anderen Kapiteln der GOÄ – mit Ausnahme der Strahlendiagnostik – die Durchleuchtung zusätzlich abgerechnet werden kann. Aus-

Hüftgelenk, was zu einer Art Fallpauschale führen würde. „Die Kammer ist nicht befugt, die klar gegen- teilige Vorgabe des Verordnungsgebers zu korrigieren. Insbesondere ist die Kammer nicht befugt, sich von sozialpolitischen Überlegungen leiten zu lassen.“

In der Diktion finden sich deutliche Parallelen zum Urteil des LG Würzburg vom 27.2.2003 - 53 S 859/02:

„Der Beklagte (Patient) verwechselt das therapeutische Ziel mit den Leistungslegenden der Gebührenordnung... In den Leistungslegenden der GOÄ sind keine globalen, sondern sehr zielgerichtete und abgegrenzte Beschreibungen formuliert.“ (zit. nach Chefärztebrief 2/2005, S. 13).

Zum Thema der Begleiteingriffe am Hüftgelenk nach Nr. 2103 (Muskelentspannungsoperation) und 2113 GOÄ (Synovektomie) führt das LG Memmingen am 27.10.2004 - 1 S 1425/04 ergänzend aus:

„Zur Hüftgelenksoperation gehört es nicht notgedrungen, dass auch eine Muskelentspannungsoperation bzw. eine Gelenkhautentfernung stattfinden muss. Diese gesonderten und zusätzlichen Leistungen waren auf Grund der besonderen körperlichen Konstitution des Beklagten (Patient) erforderlich geworden. Der Kläger (Arzt) kann... eine gesonderte Vergütung verlangen. Aufgabe des Klägers war es nämlich nach den Vorgaben der Gebührenordnung nicht, insgesamt bei einer Vergütung nach Nr. 2151 GOÄ die Hüfte des Beklagten in Ordnung zu bringen, sondern Aufgabe war es primär, ein künstliches Hüftgelenk einzusetzen. Allein diese Leistung war von der Nr. 2151 GOÄ erfasst.“ (zit. nach Chefärztebrief 2/2005, S. 13).

Der 3. Senat des BGH legte sich – gutachterlich beraten – am 13.5.2004 darüber hinaus bei der Interpretation der GOÄ dahingehend fest, dass die vom Kläger erbrachte „komplexe Operationsleistung“ nicht in Einzelschritte aufzugliedern ist noch im

Wege einer Analogberechnung einzeln honoriert werden kann. Eine solche Lösung berücksichtige nicht hinreichend die grundlegende Unterscheidung zwischen selbstständigen und nicht selbstständigen ärztlichen Leistungen und lasse daher außer Betracht, dass die Bewertung der Leistungen im Gebührenverzeichnis nicht in der Art eines Baukastensystems strukturiert sei. Gleichwohl waren für den Senat bei der Bewertung der Komplexleistung nach GOÄ Nr. 2757 (Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst – einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und ggf. der Nachbarorgane) die Ausräumung der Kompartemente nicht hinreichend berücksichtigt worden. Der Senat hielt somit eine weitere – die Lücke füllende – analoge Abrechnung dieser Gebührennummer für gerechtfertigt.

Die Position und das Gewicht des Gerichtssachverständigen spiegeln sich im ausgeurteilten Richterrecht wider:

Der zuständige Richter am Amtsgericht Husum musste am 10.5.2004 - 2 C 115/04 zu einem völlig falschen und für den Fachmann nicht nachvollziehbaren Urteil kommen, weil er glaubte, aufgrund eines parteige- neigten Kommentars³ auf den ärztlichen Sachverständigen verzichten zu können:

„Die Einordnung einer im Tatsächlichen unstreitigen ärztlichen Tätigkeit unter die Leistungsziffern der GOÄ und damit auch ihre Bewertung als selbstständiger Leistungsbestandteil ist dabei eine Rechtsfrage, die vom Gericht zu beantworten ist und die entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin keiner Beweisaufnahme durch Sachverständigengutachten zugänglich ist.“

Hier negiert der Richter den medizinischen Sachverstand, was sich prompt im Urteil niederschlägt. Unter der Diagnose „multisegmentale Spinalstenose“ (langstreckige Ein-

engung des Wirbelkanals) sei die Nervenwurzeldekompression ziel- führend gewesen, was aus ärztlicher Sicht irrig ist, weil die alleinige Nervenwurzeldekompression nach GOÄ Nr. 2566 das Krankheitsbild einer Claudikatio spinalis nicht beseitigen kann. Für den Erfolg der Operation ist die Dekompression sowohl der Nervenwurzeln als auch des 2 cm entfernten sehr viel größeren Rückenmarkssackes (Duralsack mit Rückenmark bzw. Cauda equina) nach GOÄ Nr. 2574 erforderlich, weil für die zusätzliche Dekompression auch des Duralsackes ein weiteres, größeres OP-Feld – der Epiduralraum – zusätzlich eröffnet werden muss. Das komplexe Krankheitsbild der Spinalkanalstenose erfordert/indiziert also zwei Eingriffe in zwei anatomisch ganz klar abgegrenzten Regionen über einen Hautschnitt wie z.B. die gleichzeitige Entfernung des Wurmfortsatzes und der Gallenblase über einen Bauchschnitt. Da dem Richter der gravierende Unterschied zwischen der intraforaminal gelegenen extraduralen Nervenwurzel (3. Neuron mit Schwann'scher Scheide) und dem ausschließlich intraspinal gelegenen Duralsack mit seinem intraduralen Inhalt (2. Neuron ohne Schwann'sche Scheide) verborgen bleiben musste, kommt er zu einer Fehlinterpretation der Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses, die im Übrigen erst lange nach der Operation, d.h. erst im Januar 2004, publiziert wurden. Zum Zeitpunkt der Operation erfolgte die Rechnungslegung nach den dreiseitigen Vereinbarungen zwischen dem Honorarausschuss der Bundesärztekammer, dem neurochirurgischen Berufsverband BDNC und dem Verband der privaten Krankenversicherungen d.h. dem PKV - Verband in Köln, der diese als Abrechnungsleitlinie im August 1991 konsentiert hatte! Jeder qualifizierte Gerichtsgutachter hätte in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass zum Zeitpunkt der OP

die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses noch nicht bekannt sein konnten und auf den oben genannten dreiseitigen Vertrag aus 1991 abzustellen war, der im Protokoll genau das hier diskutierte Abrechnungsproblem beschreibt und löst. *Acta sunt servanda* – auch von Seiten des PKV Verbandes in Köln.

Wann immer Richter bei derartigen Rechtsstreitigkeiten über das Zielleistungsprinzip ohne ärztlichen Sachverständigen entscheiden, werden grundlegende anatomische und operationstechnische Vorgaben missachtet, die die Basis für die diskutierte Rechtsverordnung d.h. für die GOÄ und für die zitierten Verträge und Beschlüsse waren. So kam auch das irrige Urteil des Amtsgerichts Wedding zustande, dem kein ärztlicher Sachverständiger zur Seite stand.

Berücksichtigt man die präzisen Vorgaben, die der Zentrale Konsultationsausschuss in Januar 2004 für die Abrechnung der Wirbelsäulen Chirurgie festgelegt hat, so kann bei der Eröffnung eines neuen, vom Zielgebiet eindeutig differenten OP-Gebietes ggf. eine weitere ergänzende GOÄ Nr. zusätzlich zum Ansatz kommen. (2566 und 2574 oder 2577). Überträgt man diese Richtlinien auf die nur unzureichend in der GOÄ abgebildeten Versteifungsoperationen an der deformierten Wirbelsäule (Spondylodesen), so sind auch hier die unterschiedlichen Indikationsstellungen und OP-Gebiete zu berücksichtigen. So ist eine 180° Fusion ohne Eröffnung des Spinalkanals, d.h. eine äußere Versteifung der hinteren Säule + Fixateur interne, unter der GOÄ Nr. 2287 abgebildet und „verbraucht“ mit Verwendung folgenden Materials: Knochenspäne, 4 Schrauben + 2 Stäbe/Platten (Fixateur interne). Wird jedoch zusätzlich aus anderer Indikationsstellung auch die vordere Säule im Sinne einer 360° Fusion einbezogen, so gelingt dies nur nach radikaler Bandscheibenentfernung entweder von vorn (und

GOÄ Nr. 2290) oder durch den Spinalkanal von hinten z.B. bei der Gleitwirbelbildung (Spondylolisthese) mit Ansatz der GOÄ Nr. 2287 und 2290 A, da aus eigenständiger Indikation ein weiteres OP-Feld (die vordere Säule) eröffnet und zusätzlich mit Cages (Käfigen) versteift werden musste. Der alternativ mögliche, aber teurere, doppelte Ansatz der Nr. 2287 ergibt sich schon aus dem Singular in der Leistungslegende der Nr. 2287: „... einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung“. Preiswerter und umfassender als der doppelte Ansatz der Nr. 2287 ist der Parallelansatz der Nrn. 2290A und 2287 und zwar Nr. 2290A für die Stellungskorrektur/Reposition und Fusion der vordere Säule (A: da von hinten und nicht von vorn, d.h. ohne Eröffnungsleistung nach Nr. 2292 operiert wurde) plus Nr. 2287 für die Abstützung der hinteren Säule.

Eine in der GOÄ festgeschriebene Zielleistung dient – dem zitierten Richterrecht folgend – also nicht dazu, z. B. ein Gelenk oder ein Bewegungssegment an der Wirbelsäule vollständig zu heilen. Es ist auf die jeweiligen Zielgebiete abzustellen:

Die selbstständigen Leistungen aus eigenständiger Indikation in unterschiedlichen OP-Feldern sind voneinander abzugrenzen und zu bewerten.

Bei den modernen Eingriffen handelt es sich nicht um ein „Baukastensystem“ zur Abbildung nur einer Zielleistung, sondern um aufwendige „all in one“ oder „Simultanoperationen“ durch einen Hautschnitt.

Allein der operative Leistungskatalog OPS 10 ist in der Lage, die hier diskutierten ärztlichen Maßnahmen korrekt abzubilden:

180° Fusion an der Wirbelsäule (hinteren Säule) von außen ohne Eröffnung des Wirbelkanals und ohne Stellungskorrektur:

GOÄ Nr. 2287 + 2255 =

OPS 5-836.3 + 5-783 + 5-834

Implantate: Knochenspäne (oder

Plastikmaterial), Schrauben + Stäbe/Platten ggf. bis zu drei Segmenten
OP-Dauer: bis zu 3 Stunden

360° Fusion an der Wirbelsäule von außen und innen (vordere und hintere Säule) mit Eröffnung des Wirbelkanals und mit Stellungskorrektur, Nervenwurzeldekompression und Beseitigung einer knöchernen Enge des Wirbelkanals (Spinalstenose):

GOÄ 2290A + 2287 + 2566 + 2574 =
OPS 5-836.4 + 5-783 + 5-834 + 5-831 + 5-839.6

Implantate: Knochenspäne, Käfige (Cages), Schrauben + Stäbe/Platten ggf. bis zu drei Segmenten

OP-Dauer: bis zu 6 Stunden

Nicht operativ tätige Prüffärzte der Krankenversicherungen, fachfremde Gutachter und Nichtmediziner sind mit einer derart differenzierten Betrachtung überfordert, sodass die heutige moderne Wirbelsäulen Chirurgie nur durch den Spezialisten begutachtet werden kann. Die wenig geübten Gutachter haben schon Probleme mit dem Wort „Verkrümmung“ in der Leistungslegende der Nr. 2287 und denken an großbogige Skoliosen oder Kyphosen (OPS 5-837 und 5-838), obwohl natürlich die Gleitwirbelbildung eine Verkrümmung in der seitlichen Ansicht darstellt und eine einseitige Höhenminderung einer Bandscheibe zur segmentalen Verbiegung führen muss.

Zukunftsperspektiven

Komplexleistungen kommen Fallpauschalen nahe, die wir mit den DRGs zu überwinden glaubten. Komplexleistungen (wie oben mit der EBM Nr. 2275 zitiert) sind immer inhaltlich überfrachtet und nach dem Punktwert überbewertet im Vergleich zur weit überwiegenden Menge der Carpaltunnelsyndrom-OPs nach GOÄ Nr. 2070. So wird bei 90% aller CTS-OPs keine Tenosynovektomie

mie durchgeführt, keine Loge de Gyron gespalten noch werden benigne Tumoren entfernt, aber die nicht erbrachten Leistungen mit dem überbewerteten Punktwert in allen Fällen mit bezahlt. Allein das vorhandene OPS 10 System (Baukastenprinzip) kann die wirklich erbrachten Leistungen exakt abbilden und z.B. im Rahmen der DRGs vergüten. Anstatt die alte GOÄ nachzubessern und weiter über Wortschöpfungen wie Zielleistung, Teilleistung, Nebenleistung, Eröffnungsleistung und Komplexleistung zu diskutieren, wäre im ICPM/OPS 10 nur eine ergänzende Zuordnung von Punktwerten für jede Operationsleistung erforderlich, um eine gerechte GOÄ neu zu schaffen.

Zusammenfassung

Für den Verfasser eines gebührenrechtlichen Gutachtens muss die Aufassung des BGH maßgeblich sein, dass auch neue, komplexe, ausgedehnte Operationsleistungen nicht in Einzelschritte aufzugliedern noch im Wege einer Analogberechnung einzeln abzurechnen sind. Die in der GOÄ abgebildeten Leistungen sind nicht in der Art eines Baukastensystems strukturiert, vielmehr ist die grundlegende Unterscheidung zwischen selbstständigen und nicht selbstständigen ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Neue zusätzlichen Leistungen (Simultanoperationen) können im Einzelfall ggf. extra abgerechnet werden. Das Richterrecht legt weiterhin fest, dass die methodisch notwendigen operativen Einzelschritte gerade nicht mit den medizinisch notwendigen Schritten zur Herbeiführung des Operationserfolges gleichzusetzen sind. Der Begriff der „methodisch notwendigen Einzelschritte“ sei ungleich enger. Die Zielleistung der GOÄ Nr. 2151 erfasst hier gerade nicht die Behandlung der gesamten Erkrankung im

Hüftgelenk, was zu einer Art Fallpauschale führen würde. Leistungen zur Sanierung von Begleitschäden sind somit separat abzurechnen ebenso wie Nebenleistungen, die zeitlich deutlich vor/nach oder außerhalb des eigentlichen OP-Feldes aus eigenständiger Indikation anfallen. Weiterhin hat der Gutachter die den Abschnitten vorangestellten allgemeinen Bestimmungen dahingehend zu prüfen, ob hier das „Zielleistungsprinzip“ überhaupt angewandt werden kann.

Der unaufhaltsame medizinische Fortschritt mit neuen extensiven Operationsverfahren zwingt die Rechtsprechung zu immer neuer Diskussion des Zielleistungsprinzips auf der Grundlage der nicht fortgeschriebenen GOÄ von 1982 bzw. 1996.

Literaturverzeichnis:

- ArztR 11/2004 S. 403 - 407: Abrechnung der Radikaloperation einer bösartigen Schilddrüsen-
geschwulst als Zielleistung. Urteil des BGH vom
13.5.2004 - III ZR 344/03
- BÄK vom 11.9.2003 No/Ec - Az.: 574.280
- Ärztammer Schleswig-Holstein am 4.9.2003
Az.: III a/GOÄ 73/03/Ca
- LG Stade vom 31.3.2004 - 2 S 81/03 zu AG Tostedt
- 5 C 327/01
- LG Karlsruhe vom 28.3.2003 - 1 S 206/2002,
ArztR 2003, S. 324 - 327
- 1 Miebach, J.: Das „Zielleistungsprinzip“ - eine
der wichtigsten Grundregeln bei der Anwendung
der Gebührenordnung für Ärzte. MedR
2003 (2), S. 88 - 93

- 2 Hoffmann, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
3. Aufl. (Stand: Januar 2002), § 4, Rdnr. 1a, zit.
nach Miebach
- 3 Uleer/Miebach/Patt: Abrechnung von Arzt- und
Krankenhausleistungen, 2. Auflage, S. 31 zit.
aus dem Urteil AG Husum
- 4 EBM vom 1.4.2005 Nr.: 31138

Clausen, T.: Die Position des Arztes im Abrechnungsstreit mit Patienten und deren Krankenkassenversicherungen. Arzt und Krankenhaus 7/2001 S. 202 - 205

Andreas, M.: Die neue GOÄ in ArztR 32/3 (1997) 67 - 75

Andreas, M.: Mehr Sicherheit bei der Honorarabrechnung. ArztR 9/2000, S. 240 - 247

Brück, 1977, zit. nach chefarzt aktuell Nr. 2/05 S. 39

Schulte-Nölke, H.: Zur Vergütung privatärztlicher Operationsleistungen - Konturen des so genannten Zielleistungsprinzips in der GOÄ. NJW 2/2004, 2273 - 2276

BÄK: Niederschrift des Protokolls der 17. Sitzung des Ausschusses Gebührenordnung vom 10.10.1990 in Köln: konsentiert am 14.10.1991 durch Herrn Geschäftsführer Aumüller vom PKV-Verband in Köln Az.: 450/3/4/6 A/mü

Zentraler Konsultationsausschuss: Deutsches Ärzteblatt Jg. 101, Heft 3 vom 16.1.2004, Seite B115 - B116

LG München I Az.: 9 S 23524/02 Urteil vom 22.10.2003 bestätigt das Endurteil AG München Gesch. Nr.: 282 C 18468/01: GOÄ 5370 für die intraop. Computertomographie, 2562 für die notwendige Neuronavigation, 2184 für die Mayfieldhalterung, 2541 für die zusätzliche Eröffnung der Lamina terminalis zur Behandlung des Hydrocephalus anerkannt.

LANG, M. H., SCHÄFER F. H., STEEL H., VOGT W.: Der GOÄ - Kommentar. Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1996.

LG Memmingen Urteil vom 27.10.2004 - 1 S 1425/04

LG Würzburg Urteil vom 27.2.2003 - 53 S 859/02

AG Husum Urteil vom 10.5.2004 - 2 C 115/04

AG Wedding Urteil vom 19.4.2001 - 22a C 51/01

Arzt

Anzeige

Auch in diesem Jahr bietet die *Arbeitsgruppe "Ökonomie und Ethik" der Deutschen Sektion der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen* ein Forum im Rahmen des 1. gemeinsamen Kongresses Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin an:

Die Patientenverfügung - Chance oder Blockade

Unfallchirurgen und namhafte Juristen werden unter dem Thema eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zu heutigen öffentlichen Standpunkten führen. Die vorzutragenden Meinungen geben allen Teilnehmern und Hörern interessante Anregungen für die anschließende Diskussion des auch gesundheitspolitisch hochaktuellen Themas.

Die Veranstaltung ist auch für Nichtmediziner offen. Sie ist kostenfrei.

Veranstaltungsort und Zeit: ICC-Lounge Berlin, 20.10.2005, 16.00 bis 18.00 Uhr
www.ao-deutschland.de/-2k-