

## Rechtsreport

## Krankenkassen dürfen Tomosynthese nicht erstatten

Tomografien der Brust mittels Röntgen (Tomosynthese) dürfen nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Das hat das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen entschieden. Im vorliegenden Fall hatte eine Kassenärztliche Vereinigung einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) die Erweiterung der bereits erteilten Mammografie-Genehmigung um die Tomosynthese nach Nr. 34282 EBM versagt. Eine Genehmigung der KV entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder der Mammografie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V ist Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen aus dem entsprechenden EBM-Kapitel 34.

Insbesondere aus der S3-Leitlinie Mammakarzinom (Version 4.1, September 2018) ergibt sich nach Auffassung des

LSG, dass die aktuelle Studienlage nicht ausreicht, um die kurative Anwendung der Tomosynthese zu empfehlen. Es handele sich dabei vielmehr um ein vielversprechendes Verfahren, das weiter erprobt werden solle. In der Leitlinie wird ausgeführt, dass derzeit noch keine Aussagen zur Überdiagnostik, zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse unterschiedlicher Gerätetypen oder zur Qualitätssicherung der Befundung vorliegen. Zum primären Einsatz der Tomosynthese bei Patientinnen, die Symptome aufwiesen, existierten keine ausreichenden Daten. Deshalb empfehle die Leitlinie derzeit nur eine Erprobung der Tomosynthese in einem qualitätsgesicherten Programm. Das Ergebnis werde bestätigt durch die Bekanntmachung einer Empfehlung der Strahlenschutzkommission vom 17. November 2015 (BANz AT 6. Mai 2016 B3). Danach ist die Tomosyn-

these ein neues Verfahren, das erstmals die Möglichkeit bietet, alle mit Mammakarzinomen einhergehenden radiologischen Veränderungen, wie zum Beispiel Verdichtungsherde, Mikroverkalkungen und Architekturstörungen, in einem bildgebenden Verfahren weitgehend überlagerungsfrei und dreidimensional abzubilden. Weil der Gemeinsame Bundesausschuss die Tomosynthese jedoch nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode empfehle, dürfe die GKV die Leistung auch nicht bezahlen (§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Damit stehe dem MVZ weder ein Genehmigungsanspruch nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie noch nach der Mammografie-Vereinbarung zu, urteilte das LSG.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20. März 2019, Az.: L 11 KA 36/17, nicht rechtskräftig  
*RAin Barbara Berner*

## GOÄ-Ratgeber

## Abzug der Eröffnungsleistung bei pelviskopischen/laparoskopischen Eingriffen

Diese Frage tritt in unregelmäßigen Abständen immer wieder bei minimalinvasiven, pelviskopischen beziehungsweise laparoskopischen Operationen in der Gynäkologie auf.

Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen Abschnitt H GOÄ „Geburtshilfe und Gynäkologie“ kann bei der Durchführung mehrerer Leistungen, die eine Eröffnung der Bauchhöhle enthalten, die Eröffnung nur einmal berechnet werden. Die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 3135 (1 110 Punkte) zu kürzen.

Diese Bestimmungen sind nicht anzuwenden bei den kleineren pelviskopischen Eingriffen nach Nr. 1155 GOÄ („Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion, 800 Punkte“) und Nr. 1156 GOÄ („Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums

und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion, 1 050 Punkte“), da die vorgenannten Gebührenpositionen in ihrer Bewertung keine Baucheröffnung enthalten.

Anders verhält es sich bei laparoskopischen beziehungsweise pelviskopischen Eingriffen, die über originäre Gebührennummern größerer abdominaler Eingriffe abgerechnet werden, in denen die Baucheröffnung bereits eingepreist ist. Der Abzug der Eröffnungsleistung von 1 110 Punkten ist dann jeweils für den zweiten und jeden weiteren laparoskopischen Eingriff vorzunehmen (siehe auch GOÄ-Kommentar von Hoffmann, Kohlhammer-Verlag).

Auch in dem bereits am 23. Juli 2004 im *Deutschen Ärzteblatt* publizierten GOÄ-Ratgeber wird diese Auffassung vertreten: „Folgerichtig und am Wortlaut des Verordnungstextes orientiert müsste bei der Berechnung von zwei oder mehre-

ren Eingriffen nach den alten Gebührenpositionen der Abzug einer Eröffnungsleistung fällig sein, auch wenn ein offener Zugangsweg entsprechend GOÄ-Nr. 3135 bei der endoskopischen Ausführung nicht geschaffen werden muss. Entscheidend ist, dass für die endoskopische Ausführung der Leistungen zwei oder mehrere Gebührenpositionen angesetzt wurden, die „jeweils in der Leistung die Eröffnung der Bauchhöhle enthalten“.

Somit wäre zum Beispiel bei einem Ansatz der Nr. 1145 GOÄ („Ovarektomie, Ovariectomie, Salpingektomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, 1 660 Punkte“), welche in ihrer Bewertung eine Baucheröffnung enthält, und dem möglichen Ansatz der Nr. 3172 GOÄ („Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbstständige Leistung, 1 600 Punkte“), welche ebenfalls eine Baucheröffnung enthält, für letztere Gebührenposition ein Abzug der Eröffnungsleistung vorzunehmen.

*Dr. med. Kerrin Prangenberg*