

Herzlich Willkommen!

# GOÄ - Grundlagen der Abrechnung

Grundlegendes Wissen und Hintergründe zur GOÄ





**Ihre Referentin heute:**

**Ilka Schromm B.A.**

Betriebswirtschaft in ambulanten und stationären  
Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

Care Business Managerin  
QM-Auditorin (QMA-TÜV)  
Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung

**Inhaberin der Firma QM-Top**

# Inhalte

---

Kennenlernen der wichtigsten Paragraphen der GOÄ

---

Steigerungsmöglichkeiten der einzelnen PKVen

---

Die wichtigsten Ziffern und Kombinationen

---

Korrektes Begründen von Steigerungen

---

Richtiger Bezug von eigenen analogen Ziffern zu den Originalziffern der GOÄ

---

# Häufige Fehler in der Praxis

---

Falsche Auslegung der Paragraphen

---

Der Steigerungsfaktor - Begründungen

---

Beachtung der Kostenträger im Anwendungsbereich der GOÄ

---

Das Problem der Analogbewertung

---

Der Behandlungsfall – Beachtung der Ausschlüsse

---

Die richtige Interpretation der Leistungslegenden

---

Berechnung der „Besonderen Kosten“

---

Richtige und vollständige Rechnungsstellung

Die GOÄ gilt für folgende Patientengruppen bzw. für folgende Leistungen:

- Leistungen bei Privatversicherten (egal ob PKV oder Selbstzahler)
- Leistungen bei Kassenpatienten, die aber außerhalb des Leistungskataloges liegen (sog. IGeL)
- Patienten der Postbeamtenkrankenkasse B
- Bundesbahnbeamte der Klassen I, II oder III sowie IV
- Ausländische Patienten ohne SVA-Abkommen

## Definition Privatpatient

Ein Privatpatient ist ein Patient, der im Verhältnis zum Arzt

als

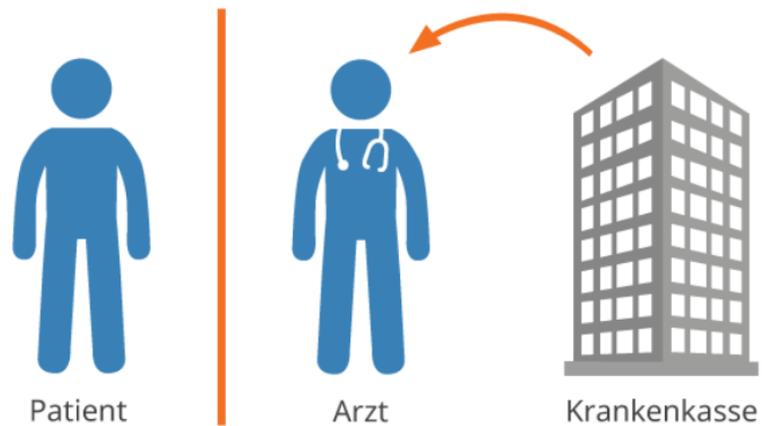
- Selbstzahler oder
- Zahlungspflichtiger

auftritt und im Regelfall Mitglied einer **privaten Krankenversicherung** ist.

## GKV-Patient

Sachleistungsprinzip

Die Krankenkasse und der Arzt sind Vertragspartner. Der Patient bleibt außen vor.

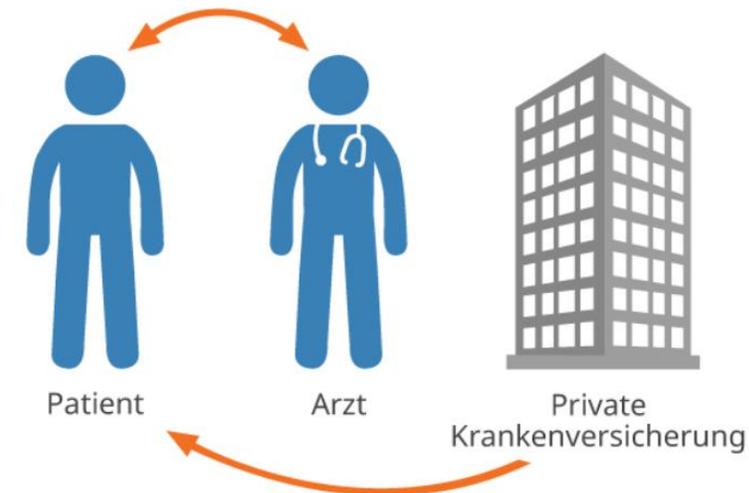


Quelle: KVpro.de GmbH

## PKV-Patient

Kostenerstattungsprinzip

Hier sind Arzt und Privatpatient Vertragspartner.



Quelle: KVpro.de GmbH

# Kostenabrechnung bei Privatpatienten

## Ärztliche Behandlung in der ambulanten Praxis:

1. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen:  
Leistungen werden nach der GOÄ abgerechnet.
2. Rechnung:
  - Nach ärztlicher Behandlung erhält er Patient vom Arzt eine Rechnung
  - meist mit einer Zahlungsfrist von zwei bis drei Wochen.
3. Einreichen der Rechnung beim Versicherer:
  1. Akzeptiert die Versicherung die Rechnung, wird, abhängig vom Tarif, der volle Rechnungsbetrag oder ein Teilbetrag an den Versicherten zurückerstattet.
  2. Versicherungsleistung wird meistens innerhalb von zwei Wochen überwiesen, somit
  3. muss der Versicherungsnehmer häufig nicht in Vorkasse treten.

## Der Behandlungsvertrag

---

- ✓ schriftlich
  - ✓ persönlich
  - ✓ vor der ersten Konsultation
  - ✓ Liquidation nach GOÄ
  - ✓ Hinweis auf volle Begleichung des Rechnungsbetrags
  - ✓ Unterschrift
- 
- Optional: Abfrage Basistarif/Standardtarif/Beihilfe
  - Bei Kindern immer einen Erziehungsberechtigten notieren

# Der Behandlungsvertrag - Beispiel

---

Hiermit wünsche ich für mich bzw. für .....  
die Untersuchung / Behandlung und Berechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) durch  
Herrn / Frau Dr. ....

Mit der Liquidation nach der GOÄ gemäß der Paragraphen 1 bis 12 bin ich einverstanden.

Ich verpflichte mich, das nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern es nicht oder  
nicht in vollem Umfang von Versicherungen und / oder Beihilfestellen übernommen wird.

Die Möglichkeit der Einsichtnahme in die GOÄ bestand.

Leistungen, die durch Dritte erbracht werden, werden durch diese  
unmittelbar berechnet.

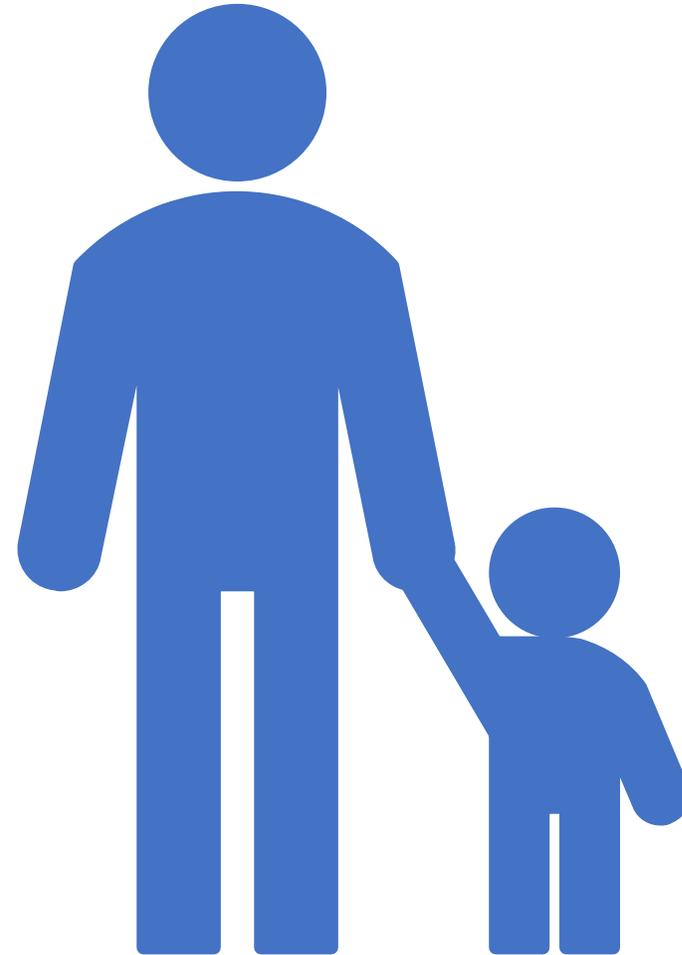
Ich bin Standardtarif versichert             ja     nein  
Ich bin Basistarif versichert             ja     nein

Unterschrift des Patienten.....

- 
- Eltern haften als Gesamtschuldner
  - Jeder Elternteil haftet bis zur vollen Begleichung des Rechnungsbetrages für den Gesamtbetrag.

Beachte:

- Nicht nur Daten des Minderjährigen, sondern auch Namen, Vornamen, und Anschrift des Hauptversicherten geben lassen.
- Arzt muss gegenüber dem Hauptversicherten Elternteil abrechnen, nicht gegenüber dem Kind!



# Inhaltsübersicht der GOÄ

---

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Abweichende Vereinbarung
- § 3 Vergütungen
- § 4 Gebühren
- § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
- § 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen
- § 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
- § 6 Gebühren für andere Leistungen
- § 6a Gebühren bei stationärer Behandlung
- § 7 Entschädigungen
- § 8 Wegegeld
- § 9 Reiseentschädigung
- § 10 Ersatz von Auslagen
- § 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger
- § 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
- § 13 (weggefallen)
- § 14 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift
- Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage)

# GOÄ § 3

Die GOÄ kennt drei verschiedene Vergütungsformen:

- **Gebühren** (alle aufgeführt im Gebührenverzeichnis der GOÄ)
- **Entschädigungen** (bei Besuchen: Wegegeld und Reiseentschädigung)
- **Ersatz von Auslagen** (im Einzelfall aus der Behandlung eines Patienten entstandene Kosten, z.B. für Verband- oder Arzneimittel)

# GOÄ § 5

Die Bewertung - nach Punkten (Punktzahlen).  
Die Punktzahl drückt das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander aus. Die Punktzahlen werden mit einem Punktwert multipliziert.

Dieser beträgt nach § 5 Abs. 1 S. 3 GOÄ fix 5,82873 Cent.

Das Ergebnis dieser Multiplikation ist der so genannte Einfachsatz.

**Einfache Gebühr (Einfachsatz) = Punktzahl x Punktwert**

Die „**Begründungsschwelle**“ meint einen Wert innerhalb des Gebührenrahmens (z.B. 2,3fach bei ärztlichen Leistungen).

Der „**Höchstsatz**“ ist der maximale Steigerungsfaktor, den der Arzt verwenden kann.

Der Wertebereich vom Einfachen Satz bis zum Schwellenwert wird auch „**Regelspanne**“ genannt.

Einfachsatz

Schwellenwert

Höchstsatz

<b>1,0</b>	<b>Ärztliche Leistung</b> <b>2,3</b>	<b>3,5</b>
<b>1,0</b>	<b>Technische Leistung (Kap. A, E, O)</b> <b>1,8</b>	<b>2,5</b>
<b>1,0</b>	<b>Labor (Kap. M)</b> <b>1,15</b>	<b>1,3</b>



„Regelspanne“



Begründung erforderlich

## **Urteil Bundesgerichtshof (BGH) vom 8.11.2007 Az.: III ZR 54/07**

„Es stellt **keinen Fehlgebrauch des Ermessens** dar, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3fachen bzw. dem 1,8fachen des Gebührensatzes, abrechnet.“

# A - Gebühren in besonderen Fällen:

Leistungen, die nach „Maßgabe des § 5 GOÄ **nur bis zum Zweieinhalbfachen** des Vergütungssatzes“ berechnet werden dürfen:

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ-Nrn.
<b>B</b>	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	2* und 56*
<b>C</b>	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	250*, 250a*, 402*, 403*
<b>E</b>	Physikalische-medizinische Leistungen	Alle Leistungen dieses Abschnitts
<b>F</b>	Innere Medizin / Kinderheilkunde / Dermatologie	602*, 605* bis 617*, 620* bis 624*, 645* - 647*, 650*, 651*, 653*, 654*, 657* - 661*, 665* - 666*, 725*, 726*, 759* - 761*
<b>G</b>	Neurologie / Psychiatrie und Psychotherapie	855* - 857*
<b>H</b>	Geburtshilfe und Gynäkologie	1001* und 1002*
<b>I</b>	Augenheilkunde	1255* - 1257*, 1259*, 1260*, 1262*, 1263*, 1268* - 1270*
<b>J</b>	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1401*, 1403* - 1406*, 1558* - 1560*
<b>N</b>	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	4850* - 4873*
<b>O</b>	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, MRT, ...	Alle Leistungen des Kapitels

## A - Gebühren in besonderen Fällen:

---

Für Laborleistungen (Abschnitt M) gilt nun eine weitere Kürzung auf das 1,3-fache (Höchstsatz) bzw. 1,15-fache (Schwellenwert) gemäß § 5 Abs. 4.

<b>Kapitel</b>	<b>Leistungsbereiche</b>	<b>GOÄ-Nrn.</b>
<b>M</b>	Laboratoriumsuntersuchungen	Alle Leistungen des Kapitels
<b>C</b>	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	Nur Nr. 437*

# Kostenträger und Faktoren

# Faktoren und Kostenträger

Kostenträger	Gebührenordnung	Faktor	Bemerkungen
Privatpatient/ Selbstzahler	GOÄ „ärztlich“ A,E,O M, 437	2,3 1,8 1,15	Steigerung des Faktors § 5 2,3 → 3,5 1,8 → 2,5 1,15 → 1,3  § 2 möglich, § 6 möglich
Bundesbahn- beamte Beitragsklassen I, II, III (KVB I-III)	GOÄ „ärztlich“ A,E,O M, 437	2,2 1,8 1,15	§ 5 (Steigerung) nicht möglich,  § 6 (analog abrechnen) nicht möglich

# Faktoren und Kostenträger

Kostenträger	Gebührenordnung	Faktor	Bemerkungen
Bundesbahnbeamte Beitragsklasse IV (KVB IV)	GOÄ		Steigerung des
	wie normaler Privatpatient	2,3	Faktors § 5
		1,8	2,3 → 3,5
		1,15	1,8 → 2,5
			1,15 → 1,3
			§ 2 möglich, § 6 möglich
Bundesbahnbeamte- Dienstunfall;	GOÄ		
Bundespost- Dienstunfall	„ärztlich“	1,85	
	A,E,O	1,8	
	M, 437	1,15	

# Faktoren und Kostenträger

Kostenträger	Gebührenordnung	Faktor	Bemerkungen
Postbeamten B	GOÄ		§ 2 (Abdingung) möglich, § 6 (analog) möglich
	„ärztlich“	1,9	
	A,E,O	1,5	
Private Studentenversicherung	M, 437	1,15	bei Berechnung der Vertragssätze Direktabrechnung mit PSKV möglich
	GOÄ		
	„ärztlich“	1,7	
	A,E,M, O	1,3	

# Faktoren und Kostenträger

Kostenträger	Gebührenordnung	Faktor	Bemerkungen
Standardtarif	GOÄ		§ 2 (Abdingung) möglich
	„ärztlich“	1,8	
	A,E,O	1,38	
Basistarif	M, 437	1,16	nur Versorgung wie für GKV-Patienten
	GOÄ		
	„ärztlich“	1,2	
	A,E,O,	1,0	
	M, 437	0,9	

# Der PKV-Basistarif

---

Seit **01.01.2009** gesetzlich vorgeschrieben, diesen von jeder PKV anzubieten.

Unterschiede vom Basistarif zum normalen PKV-Tarif:

- Basistarif ist ein gesetzlich definiertes Produkt, das mit dem Leistungsumfang der GKV vergleichbar sein muss,
- Leistungen im Basistarif unterscheiden sich deutlich vom PKV-Tarif
- Basistarif folgt immer den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen
- PKV-Beitrag abhängig vom Leistungsumfang und Eintrittsalter,
  - jedoch nicht höher als maximaler Höchstbeitrag der GKV plus durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz
- Mitversicherte Personen (Familienangehörige) zahlen jeweils eigenen Betrag.

# Gegenüberstellung Standard- und Basistarif

## Standardtarif

(1) Leistungserstattung umfasst den kompletten Leistungskatalog der GOÄ

(2) Abrechnung mit den Regelsätzen

1,8 (ärztl. Leistungen),

1,38 (techn. Leistungen),

1,16 (Labor)

## Basistarif

(1) Leistungserstattung vergleichbar mit dem GKV-Leistungsumfang

(2) Abrechnung mit den Regelsätzen

1,2 (ärztl. Leistungen),

1,0 (techn. Leistungen),

0,9 (Labor)

# Basistarif im Praxisalltag

---

## Was bedeutet das im Praxisalltag?

- Vor Aufnahme neuer Privatpatienten immer Versichertenstatus abfragen.  
Der Gesetzgeber hat sogar vorgesehen, dass der Basistarif versicherte den Arzt vor Beginn der Behandlung von sich aus über seinen Versichertenstatus zu informieren.
- Hat der Versicherte nach Behandlung eine korrekte Rechnung nach den Sätzen des § 5 GOÄ erhalten und beanstandet die Rechnung im nachhinein mit der Begründung, dass er im Basistarif versichert ist, *hat er keinen Anspruch auf Rechnungskorrektur!*
- Die Rechnung für diese Patienten stellen Sie grundsätzlich ganz normal nach GOÄ – Sie müssen sich dabei aber an die vorgegebenen Steigerungsfaktoren halten.
- Für diese Versicherten besteht ein Leistungsanspruch nur im Umfang eines gesetzlich Versicherten.
- Bei Inanspruchnahme von Leistungen, die nicht zum Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, sind diese möglichst auf der Rechnung gesondert auszuweisen. Oder Sie erstellen gleich eine gesonderte Rechnung dafür.
- Vorab schriftlichen Behandlungsvertrag abschließen.

## Überschreiten des Schwellenwertes nach § 5

Ist nur **aus 3 Gründen möglich**:

1. Schwierigkeit bei der Durchführung der einzelnen Leistung
2. Besondere Umstände bei der Durchführung der Leistung
3. Hoher bzw. erhöhter Zeitaufwand

und muss dann **patientenindividuell** begründet werden

# Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ

---

## § 5 – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem **Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes**. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt **5,82873 Cent (seit 01.01.2002)**. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der **Schwierigkeit** und des **Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung, nach billigem Ermessen** zu bestimmen. Die **Schwierigkeit der einzelnen Leistung** kann auch durch die **Schwierigkeit des Krankheitsfalles** begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

## Paragraf 5 -> steigern

---

### Ziffer 1

2,3facher Satz = 10,72 €

3,5facher Satz = 16,32 €



+ 5,60

### Ziffer 8

2,3facher Satz = 34,86 €

3,5facher Satz = 53,04 €



+ 18,18

## Paragraf 5

---

### Ziffer 410

2,3facher Satz = 26,81 €

3,5facher Satz = 40,80 €

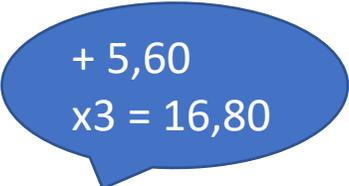


+ 13,99

### Ziffer 420

2,3facher Satz = 10,72 €

3,5facher Satz = 16,32 €



+ 5,60  
x3 = 16,80

# 1. Schwierigkeit bei der Durchführung der einzelnen Leistung

---

- Kombination verschiedener Erkrankungen und daraus resultierende Erschwernisse der Leistungserbringung, z.B. Multimorbidität
- komplizierte Begleiterkrankung
- umfangreiche differentialdiagnostische Überlegungen / Erörterungen
- Untersuchung mehrerer Organgebiete
- Schwierige anatomische Verhältnisse (z.B. nach Op./bei Fehlbildungen)
- intraoperative Blutung
- ungewöhnliche Problematik der Therapiekontrolle
- extrem aufwendiges Operationsvorgehen

## 2. Besondere Umstände bei der Durchführung der Leistung

---

### Allgemeine Besonderheiten z. B.:

- Besonderheit der gestörten Stoffwechselfunktion
- Aufwändige Therapieplanung
- Komplizierende Mitbeteiligung anderer Organe
- Unverträglichkeit üblicher Basistherapie
- Schmerzbedingte Beeinträchtigung der Therapie
- erhöhter Zeitaufwand für besondere Patientenführung
- erhöhter Zeitaufwand bei erschwerter Diagnosestellung
- Differentialdiagnostische Schwierigkeit bei der Auswertung
- erschwerte Leistungserbringung bei multiplen Begleiterkrankungen

### 3. Hoher bzw. erhöhter Zeitaufwand

---

- Überschreitung des vorgegebenen Zeitrahmens der jeweiligen Leistung durch ausführliche Erklärungen / Gespräche / Anleitungen
- Leistungserbringung durch langwierige Vorbereitung erschwert (z.B. An- und Auskleiden nur unter Mithilfe des Arztes möglich / Hilfe beim Hinlegen, Aufstehen, Umdrehen etc. erforderlich / Lebensalter oder Bewegungseinschränkung erfordern Hilfestellung)
- besonderer Zeitaufwand durch fehlende Mitarbeit des Patienten
- zeitaufwendige Sonografie z.B. Lufteinlagerung, Erguß, Hämatom

### 3. Hoher bzw. erhöhter Zeitaufwand

---

- Überdurchschnittlicher Zeitaufwand wg. besonderem Aufklärungsbedarf des Patienten
- Zeitaufwendige Erörterung der MRT- /CT-Bilder inkl. Erstellung eines individuellen Therapieplans
- besonders hoher Zeitaufwand bei der Planung eines operativen Eingriffs
- Zeitaufwendige Risikoabwägung im Zusammenhang mit der OP- Planung
- Unruhe des Patienten

### 3. Hoher bzw. erhöhter Zeitaufwand

---

- Weiterführende und zeitaufwendige differentialdiagnostische Untersuchung
- bei Kommunikation über einen Dolmetscher
- aufgrund einer therapieresistenten Verlaufsform
- bei starker Blutung
- durch zusätzliche Demonstrationen
- zeitaufwendige Spezialanamnese
- bei Kreislaufinstabilität

## Behandlung eines stationären Patienten § 6a

---

Leistungen im Rahmen einer stationären KH-Behandlung (ärztliche Wahlleistungen):

Die KH - Leistungen und die privatärztlichen Leistungen getrennt abrechnen.

Um eine Doppelbelastung der Patienten zu vermeiden, muss die Rechnung laut § 6a GOÄ um **25%** gemindert werden („**Chefarztrechnung**“)

Ist der abrechnende Arzt ein **niedergelassener Arzt** oder **Belegarzt**, so beträgt die Minderung **15%**.

# Entschädigungen und Wegegeld § 8-9

Wegegeld	Euro-Betrag
bis zu 2 km, bei Tag bis zu 2 km, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	3,58€ 7,16€
mehr als 2 km bis zu 5 km, bei Tag, mehr als 2 km bis zu 5 km, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	6,65€ 10,23€
mehr als 5 km bis zu 10 km, bei Tag mehr als 5 km bis zu 10 km, bei Nacht	10,23€ 15,34€
mehr als 10 km bis zu 25 km, bei Tag mehr als 10 km bis zu 25 km, bei Nacht	15,34€ 25,56€

# Wegegeld und Reiseentschädigung § 8-9

## Wegegeld

- Abhängig von Uhrzeit und Entfernung
- Egal, welches Verkehrsmittel der Arzt benutzt
- Wenn mehrere Patienten im gleichen Haushalt, wird es anteilig berechnet

Reiseentschädigung bei PKW-Nutzung 26 Cent pro km,  
 bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,  
 + eine Pauschale, die abhängig von der Dauer der Abwesenheit ist. (bis 8h -> 51,13 € und über 8h -> 102,26 €)

	bei Tag	bei Nacht
Besuch gerade noch im Radius 25 km Berechnung nach § 8 (= mindestens 50 km tatsächliche Hin- und Rückfahrt)	15,34 Euro	25,56 Euro
Besuch über Radius 25 km hinaus, Berechnung nach § 9 also z.B. 2 x 26 km	52 km x 0,26 = 13,52 Euro ± <u>51,13 Euro</u> 64,65 Euro	52 km x 0,26 = 13,52 Euro ± <u>51,13 Euro</u> 64,65 Euro

# § 10 Ersatz von Auslagen

(1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden

- (1) die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
- (2) Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
- (3) die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
- (4) die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

## § 10 – Ersatz von Auslagen

---

- Kosten für Arzneimittel, Verbandstoffe, sonstige Materialien zur direkten Verwendung beim Patienten
- Porto- /Versandkosten

Nicht berechnet werden können die Kosten für:

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula

sowie die Portokosten für die Arztrechnung.

## § 10 – Ersatz von Auslagen

---

**Berechnet** werden können Kosten für:

- Arzneimittel zum sofortigen Gebrauch die der Patient zur weiteren Verwendung behält, wie  
Narkosemittel, Impfstoffe, Kontrastmittel (Ausnahme im Kap. O enthalten), Mittel für sofortige Verwendung (z.B. Notfall)
- Materialien, wie  
Nahtmaterial, Wundklammern, Drainageschläuche, Draht, Nagel, Ligatummaterial, Haken, Schrauben, Füllmaterial, Kunststoff, Netz, Schienen, Gehbügel, Abrollschalen, Blutkonserven (Fremdmaterial), Pessare, Ringe, Epithesen, Endoprothesen

## § 10 – Ersatz von Auslagen

---

**Berechnet** werden können Kosten für:

- Verbandmaterial, wie  
Mullbinden, Verbandwatte, elastische Binden, Klebebinden,  
Tamponadenmaterial, Gips und –binden, Polstermaterial,  
Schaumgummilagen, Streckverbandmittel
- die mit der einmaligen Anwendung verbraucht sind...  
Einmal-Infusionsbestecke, Einmal-Infusionskatheter, Einmalinfusions-  
nadeln, Einmal-Biosienadeln, Einmal-OP-Tücher
- Porto von Arztbriefen und Befunden, Wiederholungsrezepten, Diätpläne,  
Kurpläne, etc.

## Ersatz von Auslagen §10

---

### Berechenbar:

#### Arzneimittel:

- Narkosemittel
- Rö-Kontrastmittel (wenn nicht durch Gebühr abgegolten)
- Mittel zur sofortigen Verwendung (Notfall)
- wenn Einzelberechnung nicht möglich

### Nicht berechenbar:

- Ärztemuster
- Reagenzien
- Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie
- Augen-, Ohren-, Nasentropfen (aber Rezept)
- Puder, Salben

## Ersatz von Auslagen §10

---

### Berechenbar:

#### Verbandmittel:

- Mullbinden, elast. Binden
- Redress. Klebeverbände
- Tamponadematerial
- Gipsbinden/Plastikverbände
- Polstermaterial (Schaumstoff)
- Streckverbandmittel

### Nicht berechenbar:

- Zellstoff, Mulltupfer
- Schnellverbandmaterial (Sprayverband)
- Kleinmaterial etc.

## Ersatz von Auslagen §10

---

### Berechenbar:

- Echte Kosten für Wundversorgung (Nahtmaterial, Klammern, Draht, Nagel, Haken, Schrauben, Drainageschlauch, Stifte, Abrollsohlen etc.)
- Pessare, Ringe, Gefäßersatz
- Radioaktives Untersuchungsmaterial (nicht Kapitel M)

### Nicht berechenbar:

- Holzspatel
- Wattestäbchen
- Gummifingerlinge

## Ersatz von Auslagen §10

---

### Berechenbar:

...die mit der einmaligen  
Anwendung verbraucht sind:

- z.B. Venülen, Transportgefäße bei infektiösem Material
- Einmal-Infusionsbestecke
- Einmal-Infusionskatheter
- Einmal-Infusionsnadeln
- Einmal-Biopsienadeln
- Einmal-OP-Tücher

### Nicht berechenbar:

- Einmalspritzen, -kanülen
- Einmalhandschuhe
- Einmalharnblasenkatheter
- Einmalskalpelle, -proktoskope, -darmrohre, -spekula

# Ersatz von Auslagen §10

---

## Berechenbar:

- Porto
- Arztbriefe, Befunde
- Wiederholungsrezepte
- Diätpläne, Kurpläne

## Nicht berechenbar:

- Arztrechnung

# § 10 – Ersatz von Auslagen

## Abrechnungsbeispiel:

Ein Patient hat eine Distorsion des oberen Sprunggelenkes sowie Schürfwunden an den Händen und zwei Platzwunden am Kopf. Die kleinere Platzwunde wird mit Histoacrylkleber geklebt, die größere nach Desinfektion und Abdeckung mit einem sterilen Einmaltuch nach lokaler Infiltrationsanästhesie genäht. Die Schürfwunden an den Händen werden desinfiziert. Alle Wunden werden mit einem Klebepflaster versorgt. Das Sprunggelenk wird mit einer Kunststoffschiene versehen, die der Patient behält; er erhält ein Rezept für eine Kunststoffschiene, die er dem Arzt beim nächsten Besuch aus der Apotheke mitbringen soll. Der Patient erhält außerdem eine Auffrischung seines Tetanusschutzes.

Berechnungsfähige Materialien	Nicht berechnungsfähige Materialien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steriles (Einmal)-Abdecktuch</li> <li>• Lokalanästhetikum (verbrauchte Menge)</li> <li>• Nahtmaterial</li> <li>• Impfserum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinfektionsmittel</li> <li>• Histoacrylkleber</li> <li>• (Sterile) Einmalhandschuhe</li> <li>• Pflaster</li> <li>• Schnellverbandsmaterial</li> <li>• Einmalspritzen und -kanülen</li> </ul>

# Ersatz von Auslagen – wie am besten abrechnen?

- Privatrezeptausstellung über das benötigte Material für den Patienten
  - Patient bringt sein Material zur nächsten Behandlung mit
  - Dies ist mit den Patientendaten gekennzeichnet und wird bei Ihnen in der Praxis gelagert
- Jeder verbrauchte Artikel wird einzeln auf der Rechnung aufgeführt
  - Die Artikel werden einzeln in der Rechnung bei der Behandlung mit aufgelistet
  - Die einzelnen Artikel werden als „Kunstziffern“ im Rechner angelegt.

Kürzel, z.B.	Betrag	Anzahl	Betrag gesamt
Piroxicam 20mg, 1ml	2,75 €	2 x	5,50 €

## Alternativ möglich:

- Besondere Kosten (Spalte 5) der UV-GOÄ für die Allgemeine Heilbehandlung verwenden.

# Sachkostenabrechnung nach BG (§§2,3,4 UV-GOÄ)

Besonderheiten dazu:

Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7
ÜV-GOÄ-Nr.	Leistungstext	Allgemeine Heilbehandlung (Hausarzt)	Besondere Heilbehandlung (D-Arzt)	Besondere Kosten	Allgemeine Kosten	Sachkosten (besondere + allgemeine Kosten)
200	Verband	3,24 €	4,04 €	<b>1,28 €</b>	2,50 €	3,78 €

# Ersatz von Auslagen

- Materialpauschalen werden als „Kunstziffern“ im Rechner angelegt.
  - Beispiel:
  - Kunstziffer MP-01-Infusion mit Betrag **xx,xx** Euro
  - Nach Rechnungsstellung wird eine Materialauflistung über den Inhalt der Kunstziffer MP-01-Infusion beigefügt

Materialpauschale-01-Infusion				
Nr.	Artikel	Faktor	Anzahl	€-Betrag
1	Infusionsbesteck	1,0		xx,xx €
2	Butterfly	1,0		xx,xx €
3	NaCl, 500 ml	1,0		xx,xx €
4	Xxxxx	1,0		xx,xx €
		<u>Gesamtsumme</u>		<u>Xx,xx €</u>

## Zusammenfassung – Ersatz von Auslagen

---

- Achtung:

Bei jedem Artikel, der einen Wert von 25,56 Euro übersteigt, zur Rechnung des Patienten einen schriftlichen Nachweis z.B. in Form eines Lieferschein oder der Rechnung des Lieferanten beilegen.

- Hinweis:

Achten Sie auf eine **Trennung des Sprechstundenbedarfs** Ihrer Kassen- und Privatpatienten!

- Tipp:

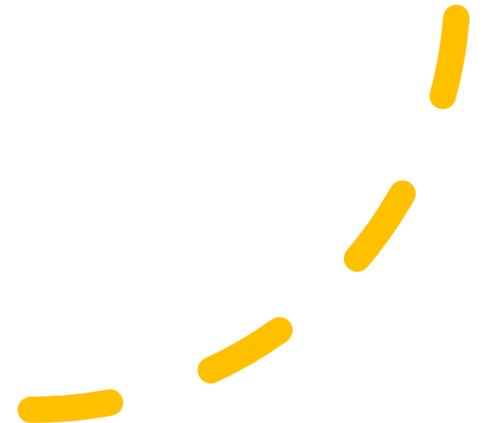
Leistungsabrechnungsbögen für die jeweiligen Untersuchungen/Eingriffe in der Praxis anlegen

## § 12 - Pflichtbestandteile der Rechnung

1. Datum der Leistungserbringung
2. Bei Gebühren:
  - Gebührennummer,
  - die Leistungsbezeichnung mit evtl. Mindestdauer,
  - Eurobetrag und
  - Steigerungssatz, evtl. Begründung für die Überschreitung
  - des Schwellenwertes
3. Minderungsbetrag bei stationärer und teilstationärer KH-Leistung oder belegärztlichen Leistungen nach §6a
4. bei Entschädigungen: Eurobetrag, Art (Wegegeld oder Reiseentschädigung), Berechnung der Entschädigung

## § 12 - Pflichtbestandteile der Rechnung

- 5. bei Auslagen: Eurobetrag und Art der Entschädigung, Beleg für Sachkosten ab 25,56 Euro
- 6. „Leistungen auf Verlangen“ sind als solche zu bezeichnen
- 7. Analogbewertungen: vernünftige Beschreibung und Kennzeichnung als „analoge“ oder „entsprechende“ Leistung, Nummer und Beschreibung der vergleichbaren Leistung



## § 12 – Fälligkeit der Rechnung

---

- „Bitte überweisen Sie den Betrag binnen 14 Tagen nach Rechnungsdatum“
- „Gemäß § 286 BGB geraten Sie automatisch in Verzug, wenn Sie den Rechnungsbetrag nicht binnen 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung überweisen.“

➤ Der Empfänger ist automatisch in Verzug, sobald dieser Termin verstrichen ist.

[https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_286.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_286.html)

# Behandlungsfall

## Der Behandlungsfall in der GOÄ

---

Nach der GOÄ ist ein Behandlungsfall die „**Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes**“

War die erste Behandlung am 03.08. wegen einer Fußverletzung, so beginnt der neue Behandlungsfall wegen derselben Erkrankung am 04.09.

**oder**

bei Vorliegen einer neuen Erkrankung/Diagnose.

## Der Behandlungsfall in der GOÄ

---

**1 und / oder 5**

sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O  
**im Behandlungsfall** nur einmal berechnungsfähig.  
(ab Leistungsziffer 200)

## Beispiel

---

1 Behandlungsfall (Versorgung von 4 Wunden)

Ansetzen der höherwertigeren Ziffern

05.01. 1 - 5 - 2000 x 4 - 70 - Sachkosten

12.01. 1 - 5 - 2006 x 4 - 200 x 4 - 70 - Sachkosten

## Beispiel

---

1 Behandlungsfall (Versorgung von 4 Wunden)

Ansetzen der höherwertigeren Ziffern erlaubt!!

05.01. 1 - 5 - 2000 x 4 - 70 - Sachkosten

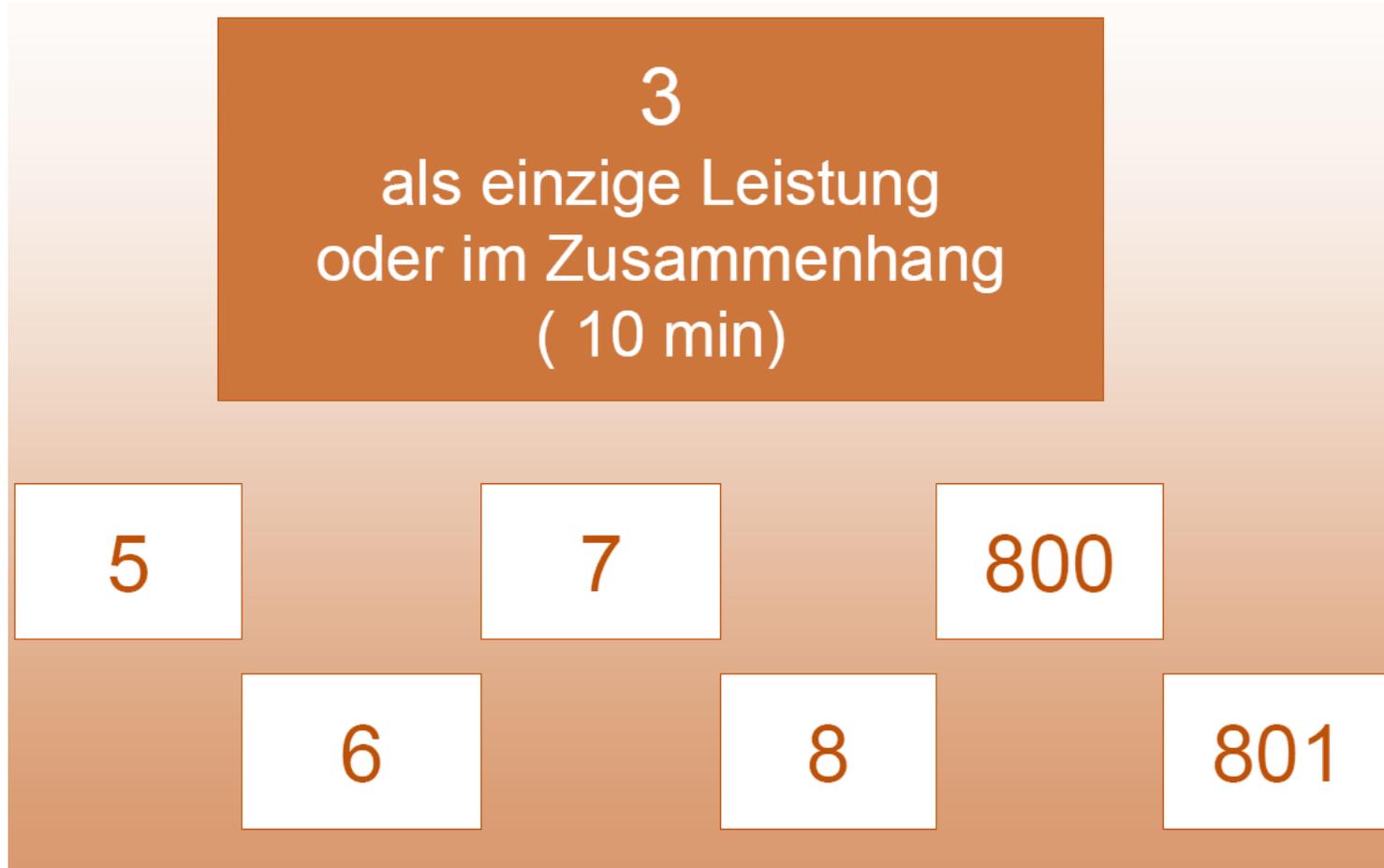
12.01. ~~1-5-~~ 2006 x 4 - 200 x 4 - 70 - Sachkosten

## GOÄ-Nr. 2\*

---

Punktwert	1,0-facher Satz	1,8-facher Satz
<b>30</b>	<b>1,75 €</b>	<b>3,15 €</b>

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen
- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen  
- auch mittels Telefon – durch die MFA und/oder
- Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur)  
ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes



4

**einmal im Behandlungsfall**

Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von  
Bezugsperson(en) 29,49 €

## Anmerkung zu Ziffer 4

---

Die Unterweisung und Führung der Bezugsperson kann z.B. erforderlich sein bei:

- bewusstseinsgestörten Patienten
- Patienten, die sich nicht verbal äußern können
- räumlich abwesenden Patienten
- chronisch kranken oder pflegebedürftigen Patienten
- Patienten, die einer Therapie bedürfen,
- Patienten, bei denen die Behandlung die Mithilfe einer Bezugsperson voraussetzt



Evtl. unterschiedliche Ziffern anlegen in der Praxissoftware:

4F - Fremdanamnese

4B - Führung und Betreuung der Bezugsperson

**2x-lige Beratung mehr als 10 Minuten und symptombezogener Untersuchung bei gleichzeitiger Erbringung von Sonderleistungen im Behandlungsfall**

Datum	Ziffer	Legende	Faktor	€-Betrag
1. Tag	3	Eingehende Beratung	2,3	20,11
	5	Untersuchung	2,3	10,72
	252	Injektion i.m.	0,0	
		Bes. Kosten nach §10	--	1,87
2. Tag	1	Beratung Faktorsteigerung – Begründung: Erhöhter Zeitaufwand mit 13 Minuten	3,5	16,32
	5	Untersuchung	2,3	10,72
	252	Injektion i.m.	2,3	5,36
		Bes. Kosten nach §10	--	1,87
	651	EKG	1,8	26,54
3. Tag	3	Eingehende Beratung Begründung: weitere Aufklärungsbedarf	2,3	20,11
4. Tag	4 (1)	Beratung der Bezugsperson	2,3	10,71

6,7,8  
und  
alle anderen Leistungen

uneingeschränkt möglich

# Untersuchungsziffern

GOÄ-Ziffer	Legende	1-fach €	Wert 2,3-fach €
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	10,72
6	Vollständige körperliche Untersuchung eines dieser Organsysteme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augen</li> <li>• HNO</li> <li>• Stomatognathe System</li> <li>• Nieren und ableitende Harnwege</li> <li>• Gefäßstatus</li> </ul>	5,83	13,41
7	vollständige körperliche Untersuchung eines dieser Organsysteme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haut</li> <li>• Stütz- und Bewegungsorgane</li> <li>• Brustorgane</li> <li>• Bauchorgane</li> <li>• Weiblicher Genitaltrakt</li> </ul>	9,33	21,45
8	Ganzkörperstatuts mit Untersuchung der <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haut,</li> <li>• Sichtbaren Schleimhäute.</li> <li>• Brust- und Bauchorgane,</li> <li>• Stütz- und Bewegungorgane</li> <li>• Sowie orientierende neurologische Untersuchung</li> </ul>	15,25	34,86

## Schwachstelle Zuschläge

---

A	außerhalb der Sprechstunde	4,08€
B	zwischen 20-22 Uhr oder 6-8 Uhr außerhalb der Sprechstunde	10,49€
C	Zwischen 22 und 6 Uhr	18,65€
D	Samstag, Sonn- und Feiertage (bei Samstagssprechstunde nur ½ D)	12,82€
K1	zu Ziffer 5,6,7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lj.	6,99€

<b>1. Behandlung eines Kindes, 3 Jahre, am Samstag, weitere Kontrollen notwendig</b>			
	<b>Ziffer</b>	<b>Text</b>	
	1	Beratung	10,72 €
	D	Samstagszuschlag	12,82 €
	5	Untersuchung	10,72 €
	K1	Kinderzuschlag	6,99 €
<b>Kontrolle am Montag</b>			
	1	Beratung	10,72 €
	5	Untersuchung	10,72 €
	K1	Kinderzuschlag	6,99 €
<b>Anruf in der Mittagspause</b>			
	1	Beratung, auch telefonisch	10,72 €
	A	Zuschlag außerhalb der Sprechstunde	4,08 €

<b>2. Freitagnachmittag ambulante Behandlung, außerhalb der Sprechstunde</b>			
	Ziffer	Text	
	1	Beratung	10,72 €
	A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde	4,08 €
	5	Untersuchung	10,72 €
Gleicher Patient, Anruf Sonntag 23.00 Uhr, eingehende telefonische Beratung			
	3	Eingehende Beratung	20,11 €
	D	Zuschlag Samstag	12,82 €
	C	Zuschlag Uhrzeit	18,65 €

## Beispiel

---

03.05. 1 – 7 – 800 – 255 x 4 - Sachkosten

10.05. 1 – 5 – 255 x 4 - Sachkosten

15.05. 3 - 7

22.05. 3 (ausführliche Risikoerörterung v. OP) – 7 – 266 –  
268 - Sachkosten

## Beispiel

---

03.05. 1 – 7 – 800 – 255 x 4 - Sachkosten

10.05. ~~1~~ – 5 – 255 x 4 - Sachkosten

15.05. 3 - 7

22.05. 3 (ausführliche Risikoerörterung v. OP) – 7 – ~~266~~ –  
~~268~~ - Sachkosten

## Beispiel

---

### *Mehrere Behandlungsfälle:*

Diagnose 03.04. Otitis externa rechts, Cerumen, Ausschl. Laryngitis

Diagnose 10.04. akuter grippaler Infekt, Ausschl. Sinusitis, akute Lymphadenitis

03.04. 1 – 6 – 1415 x 2 – 1565 - 1569o – 1578 - 1530

05.04. 1415 x 2 - 1569o - 1578

10.04. 1 – 6 – 1418 – 1530 - 410(Sinus max. dext.) -420 x 3  
(3,5fach - mehr als 3 Organe - Sinus max. sinist., Sinus frontalis bds, HGS bds), 1415 x 2 -1569o

## GOÄ 15

Punktwert	1,0-facher Satz	2,3-facher Satz
300	17,49 €	40,22 €

Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlich ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken („hausärztliche Maßnahmen“)

### **CAVE: Nur einmal im Kalenderjahr möglich**

Kontinuierlich - die Zeitspanne eines Behandlungsfalles (1 Monat) erfüllt schon die Voraussetzung, keine häufigen Arzt- Patienten - Kontakte  
Voraussetzung, auch telefonisch zu erbringen

**Im Behandlungsfall nicht neben GOÄ 4 berechenbar.**

---

**Die GOÄ-Nr. 15 soll eine adäquate Honorierung der Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Betreuung chronisch Kranker sicherstellen.**

Dazu gehören z. B.

- Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten,
- Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten,
- regelmäßige Überprüfung der Medikation,
- Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungen,
- Koordination der häuslichen Krankenpflege und der häuslichen Versorgung,
- Einleitung von notwendigen Reha-Maßnahmen,
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
- Überprüfung der Therapieziele.

## GOÄ 34

Erörterung der Auswirkung **einer Krankheit** auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der bei Feststellung **oder** erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden **oder** lebensbedrohlichen Erkrankung,

- ggf. einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken - einschließlich Beratung  
–
- ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen
- **mindestens 20 Minuten Gesprächsdauer**

- ✓ innerhalb von sechs Monaten höchstens 2 x berechnungsfähig.
- ✓ **Nicht neben: 1 - 3 - 4 - 15 – 30**
- ✓ **Es reicht aus, wenn die entsprechende Erkrankung dazu führt, dass der Patient seine Lebensgewohnheiten umstellen muss!**

Punktwert	1,0-facher Satz	2,3-facher Satz
<b>300</b>	<b>17,49 €</b>	<b>40,22 €</b>

# Präventionsleistungen

GOÄ-Nr.	Leistung	2,3-fach	Besonderheiten
26	Vorsorge Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	60,33 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ab dem 2. LJ einmal im Kalenderjahr,</li> <li>• n. n. 1, 3 – 8, 435, 715, 800, 801, K1, K2</li> <li>• Plus kurative Leistungen möglich, wenn Auffälligkeiten festgestellt werden, Diagnosen u./o. Verdachtsdiagnosen sind zu nennen</li> </ul>
26 analog	Vorsorge Kind zw. dem 15. und 18 LJ (analog Nr. 26)	60,33 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. n. 1, 3 – 8, 435, 715, 800, 801, K1, K2</li> <li>• Plus kurative Leistungen möglich, wenn Auffälligkeiten festgestellt werden, Diagnosen u./o. Verdachtsdiagnosen sind zu nennen</li> </ul>
28	Vorsorge Mann	37,54 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. n. 1, 3, 5 - 8, 11, 435, 3500, 3511, 3650 und / oder 3652</li> <li>• Kosten für Untersuchungsmaterial abgegolten</li> </ul>
29	Gesundheitsvorsorge	58,99 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n. n. 1, 3, 5 – 8, 11, 33, 34, 435,</li> <li>• bei erschwerten Untersuchungen u./o. besondere Untersuchungsverhältnissen – Faktorerrhöhung möglich!</li> <li>• plus 750 u./o. 612 analog möglich, Steigerung wg. erhöhtem Beratungsaufwand durch Untersuchungskombination möglich,</li> <li>• zzgl. 800 möglich, wenn aus medizinischer Sicht notwendig</li> </ul>

# Abrechnungsbeispiel:

55-jähriger Patient wünscht Krebsvorsorge und Gesundheits-Check-up			
1. Kontakt			
Ziffer	Text	Einfacher Satz	2,3-facher Satz bzw. 1,8-facher Satz* bzw. 1,15-facher Satz**
28	Krebsvorsorgeuntersuchung beim Mann	16,32 €	37,54 €
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65 €	58,99 €
651	EKG	14,75 €	26,54 €*
410	Sonographie Oberbauch und Nieren	11,66 €	26,81 €
420 x 3	Weitere Organe	4,66 €	10,72 € x 3
250	Blutentnahme	2,33 €	4,20 €*
3501	BKS	3,50 €	4,02 €**
3550	Kleines Blutbild	3,50 €	4,02 €**
3531	Harn – mikroskopisch	4,08 €	4,69 €**
3560	Glukose	2,33 €	2,68 €**

# Abrechnungsbeispiel:

2. Kontakt			
Ziffer	Text	Einfacher Satz	2,3-facher Satz bzw. 1,8-facher Satz* bzw. 1,15-facher Satz**
3	Erörterung, Beratung und Motivation zur Koloskopie	8,74 €	20,11 €

# Hausbesuche

---

## **GOÄ Ziffer 48**

Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. Alten- oder Pflegeheim) – bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation - zu vorher vereinbarten Zeiten + Wegegeld

**Nicht neben: 1 - 3 - 50 - 51 - 52**

## **GOÄ Ziffer 50**

Besuch einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung + Wegegeld

**Nicht neben: 1 - 3 - 5 - 48 - 51- 52**

## **GOÄ Ziffer 51**

Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 50 einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung

**Nicht neben: 1 - 3 - 5 - 48 - 52** + Wegegeld

# Hausbesuch MFA

---

## GOÄ Ziffer 52

– 5,83 Euro, kein Wegegeld berechenbar

- Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes, wie z.B.
  - Blutentnahmen
  - Wundbehandlungen
  - Verbandwechsel
  - Katheterwechsel
- **nicht neben 48 – 51, 435, A – D, E – H, K1, K2 berechenbar**
- für jeden Hausbesuch möglich, auch häusliche Gemeinschaften,
- zusätzlich abrechenbar sind Blutabnahmen, Injektionen, Verbände, EKG

60

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr  
liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt

16,10 €

## GOÄ-Nr. 60 – Ärztliches Konsil

Punktwert	1,0-facher Satz	2,3-facher Satz
120	6,99 €	16,09 €

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt

- Telefonisch erbringbar
- Keine Zeitvorgabe
- Keine Höchstwertregelung - mehrfach erbringbar
- Muss nicht im Beisein des Patienten sein > Pat. wird aber über das Konsil informiert!
- Unmittelbar zeitlicher Zusammenhang heißt:  
(irgendwann) zuvor - Abstand sollte nicht zu groß sein
- Name des zum Konsilium herangezogenen Arztes /Ärzte muss nicht, sollte aber in der Rechnung genannt werden
- **Zuschläge beachten !!! E,F,G,H**
  - **ACHTUNG: NICHT BERECHNUNGSFÄHIG BEI**
    - der gleichen Krankenhausabteilung,
    - derselben Gemeinschaftspraxis,
    - routinemäßigen Besprechungen,
    - Ärzte gleicher oder ähnlicher Fachrichtung,
    - Amtsärzte, MDK-Ärzte oder Betriebsärzte

# Analoge Abrechnung

# Analogberechnungen

---

Aufgrund der relativ „alten“ GOÄ sind viele neue Behandlungsmethoden nicht zu finden.

In diesen Fällen ist die Analog-Ansetzung möglich.

Die allgemeinen **Rahmenbedingungen** der zur Analogberechnung herangezogenen Leistung **bleiben erhalten.**

**A** = **Analogziffer, durch Bundesärztekammer vorgegeben**

**A/a** = **analogisieren von eigenen Leistungen**

**INFOS UNTER:  
[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)**

## Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer

---

Ärzte > Gebührenordnung > Abrechnungsempfehlungen und Analogbewertungen > Beschlüsse Ausschuss GO BÄK

### Beschlüsse des Ausschusses "Gebührenordnung" der Bundesärztekammer



- B - Grundleistungen und Allgemeine Leistungen
- C - Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
- D - Anästhesieleistungen
- E - Physikalisch-medizinische Leistungen
- F - Innere Medizin, Kinderheilkunde und Dermatologie
- G - Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- H - Geburtshilfe und Gynäkologie

## Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer

---

- I - Augenheilkunde
- J - HNO-Heilkunde
- K - Urologie
- L - Chirurgie, Orthopädie
- M - Laboratoriumsuntersuchungen
- N - Histologie, Zytologie und Zytogenetik
- O - Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
- Pathologie
- Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/honorar/abrechnungsempfehlungen-und-analogbewertungen/baek-abrechnungsempfehlungen-analogbewertungen>

## Analoge Abrechnungsziffern aus der Praxis

GOÄ-Nr.	Text	Punkte	1-facher Satz
<b>A70</b>	Kurzbericht	40	2,33 €
<b>A494</b>	<b>TENS ERSTANLAGE</b> (transkutane elektrische Nervenstimulation) - nicht neben A551	121	7,05 €
<b>A551</b>	<b>TENS</b> jede weitere Behandlung, wenn Patient in die Praxis kommt - zzgl. evtl. Beratungen / Untersuchungen etc.	48	2,80 €
<b>A612</b>	Hautkrebsscreening (nicht neben GOÄ 750)	757	44,12 €
<b>A618</b>	H2 Atemtest oder Helicobacter test	341	19,88 €
<b>A659</b>	kontinuierliche BZ-Messung über mind. 18 Std. (+SK) lt. BÄK	400	23,31 €
<b>A804</b>	eingehendes therapeutisches Gespräch (ggf. als Ersatz für GOÄ 3)	150	8,74 €

# Orthopäden – Chirurgen – amb. Operieren

<b>GOÄ-Nr.</b>	Text	Punkte	1-facher Satz
<b>A3306</b>	<b>Chirotherapeutischer Eingriff an den Extremitäten</b>	148	8,63 €
<b>A302</b>	<b>Radiale Stoßwellentherapie</b> bei orthopädischen, chirurgischen und schmerzhaften Indikationen (analog Nr. 302 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK	250	14,57 €
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Einmal pro Sitzung berechnungsfähig, auch bei Behandlung mehrerer Körperareale</li> <li>•Der Ausschuss „Gebührenordnung“ geht von einer durchschnittlichen Anzahl von zwei bis max. vier Sitzungen pro Behandlungsfall aus.</li> </ul>		
<b>A1800</b>	<b>Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)</b> bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen (analog Nr. 1800 GOÄ), je Sitzung – n. Empfehlung der BÄK	1480	86,27 €

# Analogberechnungen

---

## Aber:

Eine Analogbewertung „erbt“ die originären, analogabgegriffenen Gebührenordnungspositionen, d. h. auch reduzierte Gebührenrahmen müssen beachtet werden.

Der Arzt kann eine nach

**Art,**

**Kosten-** und

**Zeitaufwand** vergleichbare Leistung benutzen.

# Analogberechnungen

---

nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbare Leistung

Beispiele:

1500 Tonsillektomie (TE) (konservative OP)  
A1500 Tonsillotomie mittels HFD (Hochfrequenzdiathermie)  
analog 1500

1800 Zertrümmerung von Blasensteinen  
A1800 Extrakorporale Stoßwellentherapie, analog 1800



## Analogberechnungen – so nicht..

---

<u>Datum</u>	<u>Ziffer</u>	<u>Text</u>	<u>Faktor</u>	<u>Betrag</u>
24.09.	A269	Analogziffer Homöoiniatrie homöop. Neuraltherapie umfangreich	1,000	30,00

Original-GOÄ Ziffer 269      Faktor 1,000 = 11,66 Euro

# Laboruntersuchungen

## Laboruntersuchungen im und außerhalb des Praxislabors

Laboruntersuchung	GOÄ-Nrn. für Durchführung im Praxislabor M I	Wert in €, 1,15-fach	GOÄ-Nrn. für Durchführung außerhalb des Praxislabors M II	Wert in €, 1,15-fach
Blut im Stuhl	3500	<b>6,04 €</b>	3650	4,03 €
BKS bzw. BSG	3501	<b>4,03 €</b>	3711	2,68 €
Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskop.	3502 (bei Leukopenie steigerbar wg. Zeitaufwand)	<b>8,04 €</b>	3551 (mechan. Differenzierungen)	1,35 €
Hämatokrit	3503	<b>4,69 €</b>	3550	4,03 €
Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, mikroskop. Einzelbestimmung	3504 3505 3506 Je Messgröße	<b>4,03 €</b> <b>4,03 €</b> <b>4,03 €</b>	3550 (nur einmal berechenbar, egal wie viele Parameter bestimmt werden!)	4,03 €
Untersuchung mit vorgefertigten Reagenzträgern (z.B. Glukose, Urin, Harnstoff, Urinteststreifen) je Untersuchung	3511	<b>3,35 €</b>	3652	2,35 €

# Laboruntersuchungen

## Laboruntersuchungen im und außerhalb des Praxislabors

Laboruntersuchung	GOÄ-Nrn. für Durchführung im Praxislabor	Wert in €, 1,15-fach	GOÄ-Nrn. für Durchführung außerhalb des Praxislabors	Wert in €, 1,15-fach
Mononukleosetest Quantitative Bestimmung	3525	<b>6,70 €</b>	4300 4305	6,04 €
Rheumafaktor Quantitative Bestimmung	3526	<b>6,70 €</b>	3884 3686	6,04 €
Thromboplastinzeit (INR)	3530	<b>8,04 €</b>	3607	3,35 €
Urinsediment	3531	<b>4,69 €</b>	3653	3,35 €
Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung d. Urinsediments	3532	<b>6,04 €</b>	3651	4,69 €
* Höchstwertregelung bei allen mit H1 gekennzeichneten Ziffern beachten				

# Laboruntersuchungen

## Laboruntersuchungen im Praxislabor

Laboruntersuchung	GOÄ-Nrn. für Durchführung im Praxislabor	Wert in €, 1,15-fach		Hinweis
Schwangerschaftstest Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l	3528	8,71 €		
Schwangerschaftstest Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l	3529	10,05 €		
CRP-Schnelltest Unabh. v. Verfahren	3524	6,70 €		
H2-Atemtest (Fructose, Lactose, Sorbit) incl. Verabreichung der Testsubstanz, Probenentnahme, Messung H2-Konzentration, einschl. Kosten)	A618	35,78 €	2,3fach	Kosten für den Test können als <b>nicht</b> Sachkosten berechnet werden ggf. gesonderte Rechnung vom Facharztlabor über die Auswertung
Durchführung 13C - Harnstoff Atemtest incl. Verabreichung der Testsubstanz und Probenentnahme (analog Nr. 615)	A619	23,82 €	2,3fach	Kosten für den Test können als Sachkosten berechnet werden
Streptokokkenschnelltest	A4500	8,71 €		298 zusätzl. abrechenbar

# Höchstbeträge Labor in der GOÄ

GOÄ-Nr.	Faktor 1,0	Text	Hinweise
<b>3541.H</b>	27,98	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	Das betrifft die GOÄ-Nrn. 3562 bis 3570, 3573, 3580 bis 3598; entspricht ca. 12 voll honorierten Parametern.
<b>3630.H</b>	50,71	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	Das sind die GOÄ-Nrn. 3805 bis 3827; entspricht 3 voll honorierten Leistungen.
<b>3631.H</b>	81,60	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	GOÄ-Nrn. 3900 bis 3911; entspricht 3 bis 5 voll honorierten Leistungen.
<b>3633.H</b>	32,06	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	Das betrifft die GOÄ-Nrn. 3766, 4022, 4023, 4029, 4031 und 4032. Zwei Bestimmungen werden voll honoriert, eine dritte zu 25 %. Bei vier Bestimmungen sinkt das Honorar auf durchschnittlich 55 % ab.

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

Kontakt:  
**Ilka Schromm**

Firma QM - Top  
Albert - Eibach - Str. 15  
83253 Rimsting

Telefon: 08051 / 3089925  
E-Mail: [info@qm-top.de](mailto:info@qm-top.de)  
[www.qm-top.de](http://www.qm-top.de)

### Qualifikationen

- QM -Auditorin ISO 9001
- GOÄ - und EBM - Abrechnungsexpertin

### Tätigkeiten

- Qualitätsmanagement
- Praxismanagement
- GOÄ-Abrechnung
  - GOÄ-Abrechnungsservice
- Referenten-/Dozententätigkeiten u. a. für die BLÄK



## Quellenangaben/Links

---

- Herrmanns P.M., Filler G. (2017): GOÄ 2019. Kommentar. IGeL-Abrechnung. 13. Aufl., München: Elsevier
- Klinger-Schindler U., (2014): Die Krankenhaus-GOÄ. 2. Aufl.; Berlin: MWV
- Best D. (2016): Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). 3. Aufl., Köln: Deutscher Ärzteverlag
- [www.bundesärztekammer.de](http://www.bundesärztekammer.de)
- [www.buzer.de/gesetz/8634/a159937.htm](http://www.buzer.de/gesetz/8634/a159937.htm)
- [www.blaek.de](http://www.blaek.de)
- <https://kommentar.ebm-goä.de/asgard/>
- <http://www.pkv-verlag.de/>
- <https://www.iww.de/aaa/rubrik/privatliquidation>
- [www.praxisberater-online.de](http://www.praxisberater-online.de)
- <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>
- <https://www.medizin-im-text.de/blog/2016/28726/das-ebm-und-goagop-der-tiefenpsychologischen-analytischen-psychotherapie/>
- <http://www.wissen-private-krankenversicherung.de>
- <https://www.gesetze-im-internet.de/>
- <http://rechtslexikon.net/d/anordnung/anordnung.htm>

Hinweise der Referentin:

*Sämtliche Informationen wurden nach bestem Wissen und Gewissen zusammengestellt. Eine Gewähr oder jegliche Haftung für die Funktion, Aktualität, Richtigkeit, Vollständigkeit oder Qualität der Link-Verweise und insbesondere der Informationen der verwiesenen Internetseiten der Drittanbieter kann aber nicht übernommen werden.*

Hinweis: Der Seminarinhalt und die gegebenen Informationen sowie die Präsentation sind nach bestem Wissen- und Kenntnisstand erstellt worden. Durch die Dynamik in diesem Rechtsgebiet kann von der Referentin keine Haftung übernommen werden.