

Inhaltsverzeichnis

Gesetzliche Regelungen außerhalb der GOÄ.....	3
Artikel 1: Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO).....	4
Artikel 2: Übergangsvorschrift	6
Artikel 3: Änderung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch	7
Paraphrasteil der GOÄ	8
§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich.....	9
§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung.....	9
§ 3 GOÄ – Vergütungen	9
§ 4 GOÄ – Gebühren.....	9
§ 5 GOÄ – Gebührensatz.....	12
§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen.....	12
§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung und bei Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses	12
§ 7 GOÄ – Entschädigungen	12
§ 8 GOÄ – Wegegeld.....	13
§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung.....	13
§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen.....	14
§ 11 GOÄ – Zahlung durch öffentliche Leistungsträger.....	15
§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung.....	15
§ 13 GOÄ – Inkrafttreten und Übergangsvorschrift	16
Kapitel A - Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen	17
Rechnungsformular	20

Gesetzliche Regelungen außerhalb der GOÄ

Artikel 1: Änderung der Bundesärztereordnung (BÄO)

1. § 11 BÄO wird wie folgt neu gefasst:

§ 11

¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. ²In dieser Gebührenordnung (Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ) sind nicht unterschreitbare Gebührensätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. ³Abweichende Honorarvereinbarungen sind zulässig; Näheres auch zum Anwendungsbereich bestimmt die Verordnung nach Satz 1. ⁴Die Vergütungen für ärztliche Leistungen haben den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. ⁵Die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11 a sind zu beachten.

2. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

§ 11a

Gemeinsame Kommission

(1) ¹Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. errichten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum xx.xx.xxxx eine Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ. ²Die Gemeinsame Kommission ist paritätisch mit stimmberechtigten Vertretern der Bundesärztekammer einerseits und der Kostenträger andererseits besetzt. ³Die Rechtsaufsicht über die Gemeinsame Kommission führt das Bundesministerium für Gesundheit. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit und die für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden erhalten die Beratungsunterlagen und Niederschriften der Gemeinsamen Kommission und können zu deren Sitzungen weitere nicht stimmberechtigte Vertreter entsenden. ⁵Die Beratungen der Gemeinsamen Kommission einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich.

(2) Die Gemeinsame Kommission beschließt Empfehlungen, insbesondere

1. zur Anpassung der Gebührenordnung an den medizinischen Fortschritt und an die Erfordernisse zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung;
2. zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, insbesondere wenn der Gebührensatz nicht mehr der Summe der Bewertung der ärztlichen Leistung und des durchschnittlichen Aufwands der nichtärztlichen Leistungskomponenten bei hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung entspricht;
3. zur analogen Anwendung der Gebührenordnung im Hinblick auf neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren und alle bei Inkrafttreten der Gebührenordnung für Ärzte noch nicht im Leistungsverzeichnis aufgenommenen Leistungen;
4. zur Interpretation der Abrechnungsbestimmungen der Gebührenordnung, zur Entwicklung von Vorschlägen zu deren Anpassung.

- (3) ¹Die Empfehlungen sind so auszugestalten, dass sie den Anforderungen des § 11 Satz 4 genügen. ²Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig die Empfehlungen auf Vorschlag mindestens einer der in Absatz 1 Satz 2 genannten Vertreter oder einer für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörde und veröffentlicht die angenommenen Empfehlungen. ³Stimmberechtigt sind die Vertreter nach Absatz 1 Satz 2. ⁴Findet ein Vorschlag für eine Empfehlung keine Einstimmigkeit, legt die Gemeinsame Kommission den Vorschlag unter Darlegung der unterschiedlichen Standpunkte dem Bundesministerium für Gesundheit vor. ⁵Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Empfehlungen und Vorschläge nach Satz 2 und 4 und teilt der Gemeinsamen Kommission innerhalb von sechs Monaten mit, ob die GOÄ auf dieser Grundlage geändert werden soll.
- (4) ¹Zur Durchführung ihrer Aufgaben bedient sich die Gemeinsame Kommission einer Datenstelle. ²Die Gemeinsame Kommission kann einstimmig einen Dritten mit den Aufgaben der Datenstelle beauftragen. ³Die Datenstelle führt zu den Aufgaben nach Absatz 2 nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission regelmäßige, mindestens halbjährliche Analysen durch und erhebt hierzu die erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten. ⁴Die Gemeinsame Kommission kann die Datenstelle mit weiteren Erhebungen und Analysen beauftragen. ⁵Aufträge und Weisungen werden der Datenstelle ausschließlich durch die Gemeinsame Kommission erteilt. ⁶Die Gemeinsame Kommission hat die im Zusammenhang mit Absatz 2 durchgeführten Analysen der Datenstelle dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu übermitteln.
- (5) ¹Nach Maßgabe der von der Gemeinsamen Kommission zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben erfassen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die für die Aufgaben der Gemeinsamen Kommission nach diesem Gesetz erforderlichen Daten einheitlich und übermitteln sie in anonymisierter Form der Datenstelle. ²Soweit die Bundesärztekammer und die für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden gemäß den Vorgaben nach Satz 1 erhobene anonymisierte Abrechnungsdaten an die Datenstelle übermitteln, sind diese ebenso zu verwenden. ³Sollten Daten einzelner Quellen zu einzelnen Analysezeitpunkten nicht vollständig zur Verfügung stehen, arbeitet die Datenstelle behelfsmäßig auf Teildaten, solange die Signifikanz, Übertragbarkeit und methodische Validität der Aussagen gewahrt bleibt. ⁴Ausschließlich die Datenstelle hat zur Erfüllung ihrer Aufgaben Zugriff auf die anonymisierten Daten.
- (6) Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig eine Geschäftsordnung, in der sie Regelungen trifft zur Arbeitsweise der Gemeinsamen Kommission, zur Beteiligung und Anhörung Dritter sowie zu deren Aufwandsentschädigungen, zur Durchführung des regelmäßigen nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission vorzunehmenden Monitorings entsprechend der Aufgaben nach Absatz 2 und zur Datenerhebung und Verarbeitung von Daten durch die Datenstelle nach den Absätzen 4 und 5 sowie zu deren Finanzierung.
- (7) ¹Die nach Absatz 1 beteiligten Organisationen und Obersten Bundes- und Landesbehörden tragen die ihnen im Zusammenhang mit deren Mitwirkung in der Gemeinsamen Kommission entstehenden Kosten. ²Die Kosten der Gemeinsamen Kommission und der Datenstelle nach Absatz 4 tragen zu gleichen Anteilen die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., die Näheres durch Vereinbarung regeln.

3. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:

§ 11b

Innovative Elemente zur Verbesserung der Versorgung

¹Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. können im Einvernehmen Lösungen zur modellhaften und befristeten Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität im Rahmen von Modellvorhaben entwickeln. ²Hierbei können sie auch von der Verordnung nach § 11 Satz 1 abweichende Regelungen treffen. ³Eine Unterschreitung der Gebührensätze nach § 11 Satz 2 ist nicht zulässig. ⁴Die Teilnahme an den Modellvorhaben ist freiwillig. ⁵Die Teilnehmer erklären sich schriftlich gegenüber ihrem behandelnden Arzt mit der Teilnahme an den Modellvorhaben einverstanden. ⁶Die sich im Ergebnis der gemeinsamen Evaluation bewährenden Elemente sollen dem Bundesministerium für Gesundheit mit der Empfehlung der Übernahme in die Gebührenordnung Ärzte vorgelegt werden.

Artikel 2: Übergangsvorschrift

- (1) ¹Im Zeitraum bis zum xx.xx.xxxx (innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten) überprüft das Bundesministerium für Gesundheit mindestens halbjährlich die Auswirkungen der Neustrukturierung und Bewertung der Leistungen der GOÄ auf das Bewertungsvolumen und das Bewertungsgefüge und veranlasst Anpassungen, soweit die Auswirkungen von den von den Parteien nach § 11a Absatz 1 Satz 2 BÄO getroffenen Annahmen und Feststellungen abweichen. ²Die Kommission nach § 11a Absatz 1 BÄO legt dem BMG dazu vierteljährlich die Ergebnisse ihrer Analysen zu den Auswirkungen nach Satz 1 und zu daraus abgeleiteten Empfehlungen vor. ³§ 11a Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.
 - (2) Für Versicherte, die am xx.xx.xxxx in einem Tarif der substitutiven Krankenversicherung versichert sind, der eine Erstattung von nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), in Rechnung gestellten Vergütungen ausschließlich unter dem 2,3fachen des Gebührensatzes vorsieht, dürfen abweichend von Artikel 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen auch unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden.
 - (3) Für Mitglieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 26 Absatz 2 BAPostG vom 14. September 1994 (BGBl. I S. 2325), das zuletzt durch Artikel 3 und 4 des Gesetzes vom 28. Mai 2015 (BGBl. I S. 813) geändert worden ist, sowie für Mitglieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 14 Absatz 1 BEZNG vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378; 1994 I S. 2449), das zuletzt durch Artikel 16 Absatz 14 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 2439) sowie durch Artikel 513 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, dürfen abweichend von Artikel 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden, soweit durch oder aufgrund der Satzungen der genannten Einrichtungen am 31. Dezember 20xx regelmäßig eine Erstattung für ärztliche Leistungen vorgesehen ist, die unterhalb der Regelhöchstsätze gemäß § 5 Absatz 2 bis 4 der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), liegt.
 - (4) Für die Zahlung durch öffentliche Leistungsträger können in der Verordnung nach § 11 Satz 1 abweichende Regelungen von § 11 Satz 2 getroffen werden.
-

Artikel 3: Änderung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch

§ 75 Absatz 3a wird wie folgt geändert:

(1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 403 und nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 404 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. ²Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte zum 0,85-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und die Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen.

³Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

[Anpassung § 95b Absatz 3 Satz 2 SGB V]

Paragraphenteil der GOÄ

§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) ¹Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind, und die gemäß Berufsordnung der (Landes-)Ärztelkammer erbracht werden. ²Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Arzt nur berechnen oder beauftragen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (Verlangensleistungen). ³Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.

§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung

- (1) ¹Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende, höhere Gebühr durch Festlegung eines Faktors bestimmt werden, mit dem der Gebührensatz zu multiplizieren ist. ²Für Leistungen nach den Kapiteln E, M, N und O sowie für Leistungen nach § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle eines nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuchs vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. ³Im Übrigen ist bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen sowie Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig. ⁴Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) ¹Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung vom Gebührensatz im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. ²Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Faktor, dem Grund für die Abweichung vom Gebührensatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch einen Kostenträger möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. ³Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. ⁴Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 3 GOÄ – Vergütungen

¹Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen zu. ²Grundlage der Vergütung sind die Bestimmungen im Paragraphenteil und im Gebührenverzeichnis (Anlage 1).

§ 4 GOÄ – Gebühren

- (1) ¹Die Gebühr entspricht dem nicht unterschreitbaren Gebührensatz (§ 5), soweit nicht durch diese Verordnung oder ein Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. ²Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. ³Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten.
- (2) ¹Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). ²Als eigene Leistungen gelten ferner von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnittes M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die entweder nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. ³Eine veranlasste oder selbst erbrachte Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zu Grunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen. ⁴§ 1 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.
- (2a) ¹Wird im Rahmen einer vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung wahlärztlicher Leistungen gemäß dem § 17 KHEntgG und § 16 Satz 2 BPfIV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren Gründen an der Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. ²Eine Vertretung bei Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort im Sinne des § 2a KHG ist grundsätzlich ausgeschlossen. ³Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
- (2b) ¹Für den Fall der absehbaren Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche Leistung auch durch einen anderen bestimmten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn dies in einer zusätzlichen Individualvereinbarung nach Aufklärung des Patienten über folgende Wahlmöglichkeiten rechtzeitig vor der Leistungserbringung vereinbart wurde:
1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch einen, individuell zu benennenden Arzt desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;
 2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG;
 3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt gewährleistet.
- ²Der Patient ist rechtzeitig über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten. ³Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
- (2c) ¹In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes unabhängig von der Verhinderung des Wahlarztes je ein weiterer ärztlicher Spezialist benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach Absatz 2a Satz 1 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann. ²Der Patient ist rechtzeitig darüber zu unterrichten, wenn die Leistung durch den ärztlichen Spezialisten erbracht wird. ³Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
-

(2d) ¹Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung oder einer Wahlleistung im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses gelten

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 23, 26 bis 28, 35 bis 37, 100, 104 bis 115, 119 bis 124, 202 bis 205, 207 bis 212 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
2. Visiten nach den Nummern 200 und 201, ggf. einschließlich 210 bis 212 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
3. Leistungen nach den Nummern 206, 210 bis 212, 600, 700, 701 einschließlich 787 bis 789, 703, 743, 746 bis 748, 787 bis 789 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,

einschließlich der dazugehörigen Zuschläge nur, wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter nach Absatz 2a Satz 1 oder ärztlichen Spezialisten nach Absatz 2c Satz 1 oder durch den in Absatz 2b vereinbarten Vertreter persönlich erbracht werden. ²Bei der wahlärztlichen Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechnungsberechtigte und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte Rechnungsstellung.

³Wird die Rechnungsstellung auf einen Dritten übertragen, hat der Auftraggeber auf Verlangen des Patienten die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen und die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.

(2e) Dieselbe ärztliche Leistung darf je Erbringung nur einmal berechnet werden, auch wenn sie arbeitsteilig von mehreren Ärzten erbracht wird, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.

(3) ¹Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. ²Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. ³Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung. ⁴Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.

(4) ¹Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist. ²Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(5) ¹Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. ²Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(6) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5 GOÄ – Gebührensatz

Der Gebührensatz ist der im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) jeder Leistung zugeordnete Eurobetrag.

§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

- (1) ¹Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen ausschließlich nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen. ²Entgegen Satz 1 erfolgt die Rechnungsstellung ausschließlich unter Verwendung eines maschinenlesbaren Formulars gemäß Anlage 2 der Gebührenordnung für Ärzte.
- (2) ¹Selbstständige ärztliche Leistungen können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie noch nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung). ²Der Arzt hat den Patienten vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. ³Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten.

§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung und bei Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses

- (1) ¹Bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen, die auch nach § 7 KHEntgG oder § 7 BPfIV oder aufgrund einer Vergütungsvereinbarung vergütet werden, sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 Prozent zu mindern. ²Die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten beträgt 15 Prozent. ³Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Nummer 504 des Gebührenverzeichnisses. ⁴Die Sätze 1 bis 3 gelten auch für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.
- (2) ¹Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 9 bleiben unberührt. ²Auslagen sind nicht gesondert nach § 10 berechnungsfähig, soweit die Leistung, für die die Auslagen eingesetzt wurden, nach den Vorschriften des Krankenhausrechts Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen ist.

§ 7 GOÄ – Entschädigungen

Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung.

§ 8 GOÄ – Wegegeld

(1) ¹Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. ²Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

1.	bis zu zwei Kilometern,	7,00 Euro,
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	14,00 Euro,
2.	mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern	13,00 Euro,
	bei Nacht	20,00 Euro,
3.	mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern	20,00 Euro,
	bei Nacht	30,00 Euro,
4.	mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern	30,00 Euro,
	bei Nacht	50,00 Euro,

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

(3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 50 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,00 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

(3) § 8 Absatz 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen

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

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige 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 Kapitel O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

²Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. ³Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig, soweit in den Allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses nichts Abweichendes bestimmt ist. ⁴Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.

(2) ¹Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, 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.

²Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) ¹Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die jeweiligen Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. ²Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. ³Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Kapiteln M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels M des Gebührenverzeichnisses berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Kapiteln M oder N erbringt. ⁴Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

§ 11 GOÄ – Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

- (1) ¹Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, dürfen Gebühren für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. ²In diesen Fällen müssen die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von § 4 Absatz 1 Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen treffen. ³Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.
- (2) ¹Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. ²In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) ¹Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. ²Die Rechnung soll innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden.
- (2) ¹Die Rechnung muss mindestens folgende Angaben enthalten:
1. die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen; die Angaben sind nicht erforderlich, sofern schutzwürdige Interessen des Patienten entgegenstehen,
 2. den Namen des Rechnungsstellers und des verantwortlichen Arztes gemäß § 4 Absatz 2, den Namen des Zahlungspflichtigen und des Patienten sowie dessen Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,
 3. bei Leistungen deren Nummer, die Anzahl und den Titel der Leistungslegende (gegebenenfalls unter Verwendung einer Kurzbezeichnung),
 4. den jeweiligen Eurobetrag, sowie eine in den Allgemeinen Bestimmungen oder Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses genannte Dauer und erforderliche Begründung (insbesondere Organbezeichnung, abrechnungsbegründende Diagnose, medizinische Begründung, Uhrzeit der Leistungserbringung),
 5. bei Gebühren für vollstationäre, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen sowie für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
 6. bei Gebühren für Leistungen für die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 403 und nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 404 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten dem je Gebührenposition angewandten Gebührensatzes nach § 75 Absatz 3a und 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 7. bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon betroffenen Leistung und des vereinbarten Faktors,
 8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die genaue Bezeichnung der einzelnen Auslage, bei Arzneimitteln den Wirkstoffnamen oder Pharmazentralnummer (PZN), sowie die konkret verbrauchte Menge. ²Übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg über die entstandenen Kosten beizufügen,
-

10. bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M nach § 10 Absatz 3 den Ort der Leistungserbringung.

²Voraussetzung für die Fälligkeit der Rechnung ist die Verwendung des maschinenlesbaren Rechnungsformulars gemäß Anlage 2; maßgeblich sind die nach Absatz 2 Satz 1, Absatz 4 und 5 genannten Angaben. ³Zur Erprobung und zum Einsatz der Telematikinfrastruktur bei der Rechnungserstellung treffen die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden eine Vereinbarung. ⁴Die Vergütung wird auch fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der Vereinbarung nach Satz 3 entsprechende Rechnung erteilt wird.

(3) ¹Mit schriftlichem Einverständnis des Patienten und dem Einverständnis des Kostenträgers kann die Rechnung direkt an den Kostenträger übermittelt werden. ²Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung. ³Die Übermittlung der Rechnung kann jeweils in elektronischer Form erfolgen.

(4) In der Rechnung sind folgende spezifische Leistungen, Auslagen und Entschädigungen durch vorangestellte Buchstaben (Präfixe) zu kennzeichnen:

1. Leistungen auf Verlangen mit „V“,
2. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen mit „F“,
3. Ersatz von Auslagen mit „E“,
4. Wegegeld mit „W“,
5. Reiseentschädigungen mit „R“,
6. Analogleistungen nach § 6 Absatz 2 mit „A“.

(5) ¹Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen auf der Rechnung verständlich anzugeben.

²Anzugeben ist des Weiteren die Nummer der Leistung und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung.

(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten nachweislich einwilligt und den Arzt insoweit nachweislich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

§ 13 GOÄ – Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

(1) Diese Verordnung tritt am xx.xx.xxxx in Kraft.

(2) ¹Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) gilt weiter für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht oder begonnen worden sind. ²Eine Rechnung nach § 12 dieser Verordnung darf keine Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) enthalten.

Kapitel A - Übergeordnete Allgemeine Bestimmungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Einteilung des Leistungsverzeichnisses der Gebührenordnung in unterschiedliche Kapitel und Abschnitte dient ausschließlich Zwecken der Gliederung und steht in keinem Zusammenhang mit möglichen gebietsbezogenen Beschränkungen, z.B. aufgrund der in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern festgelegten berufsrechtlichen Regelungen.
2. Die Leistungslegenden sind gegliedert in Titel, Zusatz und Abrechnungsbestimmung. Der ggf. vorhandene Zusatz konkretisiert die Leistung oder führt die obligatorischen und/oder fakultativen Leistungsbestandteile auf. Die ggf. vorhandene Abrechnungsbestimmung enthält Aussagen zur Berechnungsfähigkeit oder zu erforderlichen Angaben in der Rechnung.
3. Leistungen sind Hauptleistungen und Zuschläge. Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Leistung berechnet werden. Wird eine Leistung analog berechnet, ist ein ihr zugeordneter Zuschlag berechnungsfähig, soweit dies nach Sinn und Zweck des Zuschlags gerechtfertigt ist.
4. Bei Leistungslegenden mit geschlechtsspezifischem Inhalt ist nicht der im Personenstandsregister eingetragene Geschlechtseintrag maßgeblich. Entscheidend ist der individuelle medizinische Bedarf nach Maßgabe der biologischen und psychosozialen Gegebenheiten.
5. Als Behandlungsfall gilt für die Prävention oder Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
6. Als Krankheitsfall gilt für die Prävention oder Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Jahres nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
7. Enthält die Leistungslegende den Zusatz „je Sitzung“, ist die betreffende Nummer im Verlauf einer Inanspruchnahme, d.h. eines Arzt-Patienten-Kontaktes, nur einmal berechnungsfähig. Als Sitzung gilt ein Arzt-Patienten-Kontakt zur Durchführung einer oder mehrerer ärztlicher Leistungen, um das Untersuchungs-, Beratungs-, Therapieziel der Sitzung zu erreichen. Wird die Inanspruchnahme des Arztes aus praxisorganisatorischen Gründen unterbrochen, so wird die Sitzung dadurch nur unterbrochen und berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der betreffenden Nummer(n). Das gilt auch dann, wenn die Räumlichkeit gewechselt wird. Die Sitzung endet erst, wenn die Leistung(en) ihrem Ziel gemäß vollständig abgeschlossen wurde(n).

Wird jedoch zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag mindestens eine andere Leistung erbracht, können auch mehrere Sitzungen pro Kalendertag berechnet werden, sofern die Erbringung der betreffenden Leistung(en) in einer weiteren, vom ersten Arzt-Patienten-Kontakt zeitlich abgegrenzten Sitzung medizinisch erforderlich ist.

8. Sofern in der Leistungslegende Leistungen als nebeneinander nicht berechnungsfähig ausgewiesen sind, bezieht sich dieser Abrechnungsausschluss auf dieselbe Sitzung. Soweit die Abrechenbarkeit eines Zuschlags neben einer bestimmten Hauptleistung ausgeschlossen ist, kann dieser dennoch innerhalb der gleichen Sitzung angesetzt werden, soweit er sich auf eine andere ihm zugeordnete Hauptleistung bezieht und die Hauptleistungen nebeneinander berechnungsfähig sind.
 9. Leistungen, die sowohl als selbstständige Leistungen als auch als obligater oder fakultativer Leistungsbestandteil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis enthalten sind, sind in einer Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig. Gleiche fakultative Leistungsbestandteile schließen die Nebeneinanderberechnungsfähigkeit von Leistungen nicht aus.
 10. Das deutliche Überschreiten der im Legendentext beschriebenen Mindestdauer berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der jeweiligen Nummer, soweit nicht in der Leistungslegende ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.
 11. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungsbestandteile durch ein „und“ verbunden, ist die betreffende Nummer nur berechnungsfähig, wenn alle Leistungsbestandteile erbracht worden sind. Die betreffende Nummer ist nur einmal berechnungsfähig.
-

12. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „oder“ verbunden, ist die betreffende Nummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Werden mehrere in der Leistungslegende mit „oder“ verbundene Leistungen erbracht, ist die betreffende Nummer entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
 13. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und/oder“ verbunden, ist die betreffende Nummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „und/oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Wird mehr als eine oder werden ggf. alle der in der Leistungslegende mit „und/oder“ verbundenen Leistungen erbracht, ist die betreffende Nummer nur einmal berechnungsfähig.
 14. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „einschließlich“ werden alle obligatorisch zu erbringenden Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Nummer kann nur dann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) und alle obligatorischen Leistungsbestandteile erbracht worden sind.
 15. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „ggf. einschließlich“ werden alle fakultativ erbringbaren Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Nummer kann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) sowie ggf. enthaltene obligatorische Leistungsbestandteile (im Zusatz mit „einschließlich“ gekennzeichnet) erbracht worden sind. Die Erbringung fakultativer Leistungsbestandteile ist keine zwingende Voraussetzung zur Berechnung der betreffenden Nummer.
 16. Der Begriff „ein- oder beidseitig“ in der Leistungslegende lässt bei Eingriffen, die z.B. auf paarig angelegte Organe oder beide Körperhälften bezogen sind, eine Berechnungsfähigkeit der Nummer bereits dann zu, wenn der Eingriff nur auf einer Seite durchgeführt wird. Auch wenn die Maßnahmen auf beiden Seiten erfolgen, ist die Nummer nur einmal berechnungsfähig.
 17. Dokumentationen sind stets Bestandteil der zugrundeliegenden Leistung und dürfen nicht gesondert berechnet werden.
 18. Bei einer analogen Abrechnung einer nicht im Gebührenverzeichnis abgebildeten Leistung gelten für die analog berechnete Leistung sämtliche Rahmenbedingungen der herangezogenen originären Leistung (also insbesondere die Abrechnungsbestimmungen, die Allgemeinen Bestimmungen und die Zuschläge).
 19. Je Sitzung ist nur ein Zuschlag für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung berechnungsfähig. Maßgeblich ist dafür der Zuschlag für die je Sitzung erbrachte Leistung mit dem höchsten Gebührensatz über alle Abschnitte und Kapitel hinweg.

Ein Zuschlag für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung kann erst bei einer Mindestrechnungshöhe von 10 Euro je Sitzung angesetzt werden.
 20. Sofern die Leistung dazu geeignet ist, kann diese grundsätzlich auch per Videoübertragung (z.B. Videosprechstunde) erbracht werden.
 21. Rechtzeitig im Sinne des § 4 Absatz 2b GOÄ bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten.
 22. Belege im Sinne des § 12 Absatz 2 Satz 1 Nr. 9 GOÄ sind grundsätzlich Belege von Dritten (beispielsweise Hersteller und Lieferanten).
 23. Bei Ansatz eines Faktors oder der Minderung gem. § 6a GOÄ sind bei der Berechnung der Gebühr sich ergebende Bruchteile eines Cent unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.
-

Rechnungsformular

Ausfüllhinweise
Weiß hinterlegte Felder sind Pflichtangaben.
Grau hinterlegte Felder sind Pflichtangaben, sofern dies insbesondere nach § 12 GOÄ gefordert ist.
Grün hinterlegte Felder sind freiwillige Angaben.
Für die Fälligkeit der Rechnung sind die Anforderungen des § 12 GOÄ maßgeblich.
Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden.

Entwurf für den Rechtsteil zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte

Rechnungsempfänger/-in

Anrede, Titel, Vorname, Name / Einrichtung

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort, Land

Tel., E-Mail

Rechnungsdaten

Rechnungsdatum

Rechnungsnummer

Verwendungszweck

Bitte zahlen Sie bis zum

Gesamtrechnungsbetrag EUR

Rechnungssteller/-in

Anrede, Titel, Vorname, Name, Facharztbezeichnung / Einrichtung, BSNR

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Tel., E-Mail

Abrechnungsstelle

Einrichtung / Firma

Straße, Haus-Nr. / Postfach

PLZ, Ort

Tel., E-Mail

USt.-ID Nr.

Kontoinhaber/-in

Name der Bank

IBAN

BIC

Patientin/Patient

Anrede, Titel, Vorname, Name, Geburtsdatum

Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt

lfd. Nr. Ärztin/Arzt ¹	Anrede, Titel	Vorname, Name	LANR

¹ Nummerierung erforderlich, sofern Rechnungssteller/in eine juristische Person ist und Leistungen von mehreren Ärztinnen/Ärzten abgerechnet werden.

Einsendende Ärztin/einsendender Arzt bei Laborleistungen¹

Anrede, Titel, Vorname, Name, LANR / Einrichtung, Straße, Haus-Nr. / Postfach der Einrichtung, BSNR, PLZ, Ort

¹ Entfällt, wenn nicht einschlägig.

Diagnose(n)¹

ICD-Code ²	Diagnose im Klartext	Zusatzkennzeichen Diagnosesicherheit ³	Lokalisierung ⁴

¹ Anzugeben sind ausschließlich die behandlungsrelevanten Diagnosen. Die jeweilige Diagnose ist entweder als ICD-Code oder im Klartext anzugeben.

² Es gilt die bei Aufnahme der Behandlung aktuelle ICD-Version.

³ „ZA“: Zum Ausschluss, „G“: Gesichert, „VA“: Verdacht auf, „ZN“: Zustand nach.

⁴ R (rechts), L (links) und B (beidseitig).

Prozedur(en) bei operativen Leistungen¹

Datum	OPS-Code	Unverschlüsselte operative Leistung im Klartext	Lokalisierung ²

¹ Entfällt, wenn nicht einschlägig; die Prozedur ist entweder als OPS-Code oder im Klartext anzugeben.

² R (rechts), L (links) und B (beidseitig).

Entwurf für den Rechtsteil zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte

Vergütung(en)

Datum	Anzahl	Präfix(e) ¹	GOÄ-Nummer	Titel der Leistungslegende/ Kurzbezeichnung	Begründung ²	Dauer gemäß Leistungslegende	Faktor- Grund ³	Faktor ⁴	lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Betrag EUR
Zwischensumme für GOÄ-Leistungen										
Abzüglich Minderung iHv. 15% oder 25% gem. § 6a GOÄ										%
Gesamtbetrag der ärztlichen Leistungen										
Umsatzsteuer für GOÄ-Leistungen										%
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen ⁵										
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung ⁶										
Gesamtbetrag Vergütung(en)										

¹ „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „F“: Leistung zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen, „E“: Ersatz von Auslagen, „W“: Wegegeld (bis zu 25 km), „R“: Reiseentschädigung (über 25 km), „A“: analog nach GOÄ.

² Angabe einer Begründung soweit nach einer Allgemeinen Bestimmung oder Leistungslegende erforderlich; bei Sachkosten/Auslagen die Bezeichnung der Auslage; bei Arzneimitteln der Wirkstoffname oder die PZN sowie die konkret verbrauchte Menge; bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M der Ort der Leistungserbringung. Im Falle von Wegegeld/Reiseentschädigung sind die Angaben zur Berechnung (Entfernung in km, Nachtbesuch, Verkehrsmittel, Abwesenheit in Stunden, Übernachtungskosten) erforderlich.

³ Grund für die Abweichung vom Gebührensatz: „HV“ für Honorarvereinbarung; „BT“ für Basistarif; „ST“ für Standardtarif; „NT“ für Notlagentarif; „AB“ für Allgemeine Bestimmung/Abrechnungsbestimmung; Mehrfachnennung ist möglich.

⁴ Faktor, mit dem der Gebührensatz multipliziert wird.

⁵ Inkl. Umsatzsteuer; übersteigt der Betrag für eine Auslage 100,00 Euro ist der Beleg beizufügen.

⁶ Inkl. Umsatzsteuer.

Vergütungen nach GOZ¹

Datum	Anzahl	Präfix(e) ²	GOZ-Nummer	Titel der Leistungslegende/ Kurzbezeichnung	Begründung	Zahn/Region	Faktor	lfd. Nr. (Zahn-) Ärztin/Arzt	Betrag EUR
Zwischensumme für GOZ-Leistungen									
Abzüglich Minderung iHv. 15% oder 25% gem. § 7 GOZ									%
Gesamtbetrag der zahnärztlichen Leistungen									
Umsatzsteuer für GOZ-Leistungen									%
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen ³									
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung ⁴									
Abzüglich Vorleistung anderer Kostenträger/Vorauszahlungen									
Gesamtbetrag Vergütungen GOZ-Leistungen									

¹ Entfällt, wenn nicht einschlägig; sofern zahnärztliche Leistungen berechnet werden, gelten hierfür die Regeln der Gebührenordnung für Zahnärzte (§ 10 GOZ).

² „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „E“: Ersatz von Auslagen, „W“: Wegegeld (bis zu 25 km), „R“: Reiseentschädigung (über 25 km), „A“: analog nach GOZ berechnete Leistung

³ Inkl. Umsatzsteuer, bei Leistungen nach der GOZ ist der Beleg stets beizufügen.

⁴ Inkl. Umsatzsteuer.

Weitere erforderliche Angaben

Gesamtrechnungsbetrag EUR	
---------------------------	--

Diese Rechnung ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.