

Entwurf für den

Rechtsteil zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

als Kompromiss zwischen
Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung
zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig

Stand: 30.04.2025

Hinweis:

In diesem Dokument wird bei Personenbezeichnungen das generische Maskulinum verwendet; gemeint sind stets alle Angehörigen der genannten Personengruppen unabhängig vom Geschlecht.

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
Paragraphenteil der GOÄ	8
§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich	9
§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung.....	9
§ 3 GOÄ – Vergütungen.....	9
§ 4 GOÄ – Gebühren	10
§ 5 GOÄ – Gebührenhöhe	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 Bundesärztleordnung (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. ²Sie besteht aus vier von der Bundesärztekammer, zwei vom Verband der Privaten Krankenversicherung sowie zwei von den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden benannten stimmberechtigten Vertretern. 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) ¹Die 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 5 genügen. ²Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig die Empfehlungen auf Vorschlag mindestens einer der in Absatz 1 Satz 2 genannten Organisationen und obersten Bundes- und Landesbehörden 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 Abs. 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 Abs. 1 Satz 2 BÄO getroffenen Annahmen und Feststellungen abweichen. ²Die Kommission nach § 11a Abs. 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 Abs. 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 bis zum 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 Abs. 2 BAPostG vom 14. September 1994 (BGBl. I S. 2325), das zuletzt durch Art. 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 Abs. 1 BEZNG vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378; 1994 I S. 2449), das zuletzt durch Art. 16 Abs. 14 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 2439) sowie durch Art. 513 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, dürfen abweichend von Art. 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden, soweit durch oder aufgrund der Satzungen der genannten Einrichtungen am 31.12.20xx regelmäßig eine Erstattung für ärztliche Leistungen vorgesehen ist, die unterhalb der Regelhöchstsätze gemäß § 5 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h 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 Gebühren und Zuschläge für die im Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für den Zuschlag nach Nummer 1126 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 0,9-fachen Satz, Gebühren und Zuschläge für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 0,8-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren und Zuschläge für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses 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 Abs. 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-)Ärzttekammer 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 ein von dieser Verordnung abweichender, höherer Gebührensatz (Faktor) festgelegt werden. 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 der Gebührenhöhe 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 Erstattungsstellen 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) ¹Gebühren sind Entgelte für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten ärztlichen Leistungen. 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 einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten. ⁴Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden.
- (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.
- (2c) ¹In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein weiterer Vertretungsarzt 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. ²Satz 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 und 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 – Gebührenhöhe

¹Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. ²Die Gebühr wird in Euro angegeben.

§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

- (1) Erbringen 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.
- (2) ¹Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach dem 01.01.2018 erstmals im Geltungsbereich der GOÄ angewandt wurden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie 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 BpflV oder aufgrund einer Vergütungsvereinbarung vergütet werden, sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 Prozent zu mindern. ²Die Minderung für Leistungen und Zuschläge 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,	4,30 Euro,
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	8,60 Euro,
2.	mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern	8,00 Euro,
	bei Nacht	12,30 Euro,
3.	mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern	12,30 Euro,
	bei Nacht	18,40 Euro,
4.	mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern	18,40 Euro,
	bei Nacht	30,70 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. 42 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 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 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, sofern in den Gebührensätzen enthalten, 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 Krankenhauses 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 abweichend von § 5 Satz 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. ²In diesen Fällen müssen die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 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,
 2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,
 3. bei Gebühren die Anzahl, die Gebührennummer und deren Kurzbezeichnung, ggf. ein Hinweis auf das Vorliegen eines Falles von § 4 Absatz 1 Satz 3,
 4. den jeweiligen Betrag sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen oder Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses gefordert: die Organbezeichnung, die Uhrzeit der Leistungserbringung, die Dauer oder Mindestdauer 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. § 314 und nach § 257 Absatz 2a i. V. m. § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h 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 Gebührennummern 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, 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.

²Die Rechnungsstellung erfolgt unter Verwendung eines maschinenlesbaren Rechnungsformulars gemäß Anlage 2. 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.

- (3) ¹Die Rechnung kann der Erstattungsstelle mit deren Einverständnis und dem schriftlichen Einverständnis des Patienten auch in elektronischer Form übermittelt werden.
²Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung.
- (4) Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind in der Rechnung mit einem der Gebührennummer vorangestellten „V“ zu kennzeichnen, Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen dienen, mit einem der Gebührennummer vorangestellten „F“.
- (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 Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung; der Gebührennummer ist ein „A“ voranzustellen.
- (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) Die 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 worden sind.

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 der einzelnen Gebührennummern 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. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer nur berechnungsfähig, wenn alle Leistungen erbracht worden sind. Die betreffende Gebührennummer ist nur einmal berechnungsfähig.
4. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „oder“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer berechnungsfähig, wenn mindestens eine der mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht worden ist. Wird mehr als eine der in der Leistungslegende mit „oder“ verbundenen Leistungen erbracht, so ist die betreffende Gebührennummer entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
5. Sind in der Leistungslegende mehrere Leistungen durch ein „und/oder“ verbunden, ist die betreffende Gebührennummer 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, so ist die betreffende Gebührennummer nur einmal berechnungsfähig.
6. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „einschließlich“ werden alle obligatorisch zu erbringenden Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Gebührennummer kann nur dann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) und alle obligatorischen Teilleistungen erbracht worden sind.
7. Nach dem im Zusatz der Leistungslegende ggf. enthaltenen Begriff „ggf. einschließlich“ werden alle fakultativ erbringbaren Leistungsbestandteile aufgeführt. Die betreffende Gebührennummer kann berechnet werden, wenn die im Titel der Leistungslegende beschriebene(n) Leistung(en) sowie ggf. enthaltene obligatorische Teilleistungen (im Zusatz mit „einschließlich“ gekennzeichnet) erbracht worden sind. Die Erbringung fakultativer Leistungsbestandteile ist keine zwingende Voraussetzung zur Berechnung der betreffenden Gebührennummer.
8. Die Begriffe „auch beidseitig“ oder „ein- oder beidseitig“ in der Leistungslegende lassen bei Eingriffen, die z.B. auf paarig angelegte Organe oder beide Körperhälften bezogen sind, eine Berechnungsfähigkeit der Gebührennummer bereits dann zu, wenn der Eingriff nur auf einer Seite durchgeführt wird. Auch wenn die Maßnahmen auf beiden Seiten erfolgen, ist die Gebührennummer nur einmal berechnungsfähig.
9. Enthält die Leistungslegende den Zusatz „je Sitzung“, ist die betreffende Gebührennummer 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 betroffenen Leistung(en). 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 erfolgen, sofern die Erbringung der betreffenden Leistung(en) in einer weiteren, vom ersten Arzt-Patienten-Kontakt zeitlich abgegrenzten Sitzung medizinisch erforderlich ist.

10. Sofern in der Leistungslegende Leistungen als nicht nebeneinander 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.
11. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
12. Als Krankheitsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Jahres nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
13. Das deutliche Überschreiten der im Legendentext beschriebenen Mindestdauer berechtigt nicht zur mehrfachen Berechnung der jeweiligen Gebührennummer, soweit nicht in der Leistungslegende ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.
14. Leistungen, die sowohl als selbstständige Leistungen als auch als obligater oder fakultativer Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis enthalten sind, sind in einer Sitzung nebeneinander nicht berechnungsfähig.
15. Dokumentationen sind stets Bestandteil der zugrundeliegenden Leistung und dürfen nicht gesondert berechnet werden.
16. Bei einer analogen Abrechnung einer nicht im Gebührenverzeichnis abgebildeten Leistung gelten für die analog berechnete Leistung sämtliche Rahmenbedingungen der herangezogenen Ausgangsgebühr (also insbesondere die Abrechnungsbestimmungen, die Allgemeinen Bestimmungen und die Zuschläge). Die Berechnung eines Zuschlags für eine analog herangezogene zuschlagsfähige Gebühr ist insoweit zulässig, als dieser im Hinblick auf die Art der analog berechneten Gebühr nach Sinn und Zweck gerechtfertigt ist.
17. Zuschläge dürfen außer in den in Nr. 16 genannten Fällen ausschließlich für die Leistung berechnet werden, für die sie vorgesehen sind.
18. 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 Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren 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.
19. Sofern die Leistungsinhalte dazu geeignet sind, können die Leistungen des vorliegenden Gebührenverzeichnisses grundsätzlich auch per Videoübertragung (z.B. Videosprechstunde) erbracht werden.
20. Rechtzeitig im Sinne des § 4 Abs. 2b GOÄ bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten.
21. Belege im Sinne des § 12 Abs. 2 S. 2 Nr. 9 GOÄ sind grundsätzlich Belege von Dritten (beispielsweise Hersteller und Lieferanten).

Rechnungsformular

Rechnungsempfänger/-in

Anrede Titel Vorname Name
 Straße u. Haus-Nr./Postfach
 PLZ Ort
 Land

Rechnungsstellende Ärztin/Rechnungsstellender Arzt ggf. Facharztbezeichnung

Anrede Titel Vorname Name
 Straße u. Haus-Nr./ Postfach
 PLZ Ort
 Land
 Tel.
 [ggf. JSt.-ID Nr.]
 Kontoinhaber/-in
 Name der Bank
 IBAN
 BIC

Rechnungsdaten

Rechnungsdatum	Rechnungsnummer	Bitte zahlen Sie bis zum...	Gesamtrechnungsbetrag EUR

Behandelte Person

Anrede/Titel	Vorname	Name	Geburtsdatum

Behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Anrede/Titel	Vorname	Name	Praxisadresse	PLZ	Ort

Diagnosen/Behandlungsanlässe

Behandlungsdatum	ICD-Code ¹ /Diagnose im Klartext	OPS-Code/ unverschlüsselte operative Leistung im Klartext ²	Hauptdiagnose ³	Lokalisierung ⁴

¹ die bei Aufnahme der Behandlung aktuelle ICD-Version gilt

² obligatorische Angabe bei operativen Leistungen

³ bitte ankreuzen

⁴ R (rechts), L (links) und B (beidseitig), soweit nicht bereits über ICD bestimmt

(Abweichungen in der Formatierung sind unerheblich; Grün hinterlegte Felder nur bei Relevanz ausfüllen; Bar- bzw. QR-Codes können eingefügt werden)

Leistungen nach GOÄ

Datum	Uhrzeit/ Dauer ¹	Präfix ²	GOÄ-Nr.	Anzahl	Faktor- Grund ³	Faktor ⁴	Minderung ⁵	Legendentext/ggf. Begründung	lfd. Nr. Ärztin/Arzt	Betrag EUR
Gesamtbetrag GOÄ-Leistungen EUR										

¹ sofern im Legendentext explizit gefordert

² wenn entsprechende Leistung vorliegt: „V“: Auf Verlangen erbrachte Leistung, „F“: Leistung zur Früherkennung, „A“: analog nach GOÄ berechnete Leistung

³ Grund für die Abweichung vom Gebührensatz: „HV“ für Honorarvereinbarung; „BT“ für Basistarif; „ST“ für Standardtarif; „NT“ für Notlagentarif; „AB“ für Allgemeine Bestimmung (in Begründung AB angeben)

⁴ Faktor, mit dem der Gebührensatz multipliziert wird

⁵ Minderung in % gem. § 6a

Sachkosten/Auslagen¹

Datum	PZN	Bezeichnung ²	Menge	Betrag EUR ³
Gesamtbetrag Sachkosten/Auslagen in EUR				

¹ entfällt, wenn nicht berechnet

² Bezeichnung der Auslage, bei Arzneimitteln Wirkstoffname, bei Versandkosten für Leistungen des Kapitels M ist der Ort der Leistungserbringung anzugeben

³ übersteigt der Betrag für eine Auslage 100,00 Euro, ist der Beleg beizufügen

Wegegeld/Reiseentschädigung¹

Datum	Entfernung (km) ²	Verkehrsmittel	Nachtbesuch ³	Abwesenheit (Stunden)	Übernachtungs- kosten EUR	Betrag EUR
Gesamtbetrag Wegegeld/Reiseentschädigung EUR						

¹ entfällt, wenn nicht berechnet

² bis zu 25 km: Wegegeld; über 25 km: Reiseentschädigung

³ bitte ankreuzen

Gesamtrechnungsbetrag

EUR	
------------	--

Diese Rechnung ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig.