Peter M. Hermanns (Hrsg.)
Bärbel Roscher (Hrsg.)
Gert Filler (Hrsg.)

GOÄ 2012

Gebührenordnung für Ärzte
Kommentare, analoge Bewertungen, Abrechnungstipps,
Anmerkungen und Beschlüsse der BÄK, IGeL

6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

Auch diese Bücher könnten Sie interessieren
Unsere Reihe »Erfolgskonzepte – Zahnarztpraxis & Management«

- Schurr, Kunhardt, Dumont
  Unternehmen Arztpraxis – Ihr Erfolgsmanagement
  Aufbau – Existenzsicherung – Altersvorsorge
  2009, 178 S. 91 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-540-48559-9

- Schüller, Dumont
  Die erfolgreiche Arztpraxis
  Patientenorientierung – Mitarbeiterführung – Marketing
  3. Aufl. 2010. 192 S. 20 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-642-00733-0

- Papenhoff, Platzköster
  Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken
  Marktorientierung & Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen
  2010. 152 S. 30 Abb. in Farbe. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-540-89090-4

- Hollmann
  Führungskompetenz für Leitende Ärzte
  Motivation, Teamführung, Konfliktmanagement im Krankenhaus
  2010. 200 S. 30 Abb. Geb. **€ (D) 44,95**
  ISBN 978-3-642-05264-4

- Frank
  Meine Arztpraxis – erfolgreich im neuen Gesundheitsmarkt
  Die besten Strategien, Ideen und Konzepte
  2010. 190 S. 15 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-540-89088-1

- Schäfer
  Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit
  Akquise, Organisation, Recht, Finanzen
  2011. 200 S., 25 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-642-13081-6

- Sander, Müller
  Meine Zahnarztpraxis – Marketing
  Patientengewinnung, Markenbildung, Positionierung
  2011. 165 S. 42 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-642-13081-6

- Johannes, Wölker
  Arbeitshandbuch Qualitätsmanagement
  Mustervorlagen und Checklisten für ein gesetzeskonformes Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
  2. Aufl. 2012. 94 S. 25 Abb. Mit CD-ROM. Geb. **€ (D) 89,95**
  ISBN 978-3-642-21788-3

- Schramm
  Online-Marketing für die erfolgreiche Arztpraxis
  Website, SEO, Social Media, Werberecht
  2012. ca. 200 S. 15 Abb. Geb. **€ (D) 39,95**
  ISBN 978-3-642-25146-7
  Voraussichtlicher Erscheinungstermin: März 2012

- Jordt, Girr, Weiland
  Erfolgreich IGeLn
  Analyse – Organisation – Vermarktung
  2012. ca. 200 S. 25 Abb. Geb. **€ (D) 49,95**
  ISBN 978-3-642-20462-3
  Voraussichtlicher Erscheinungstermin: März 2012

- Kirchner, Schröter, Flesch
  Personalakquise im Krankenhaus
  Ärzte gewinnen, binden, entwickeln
  2012. ca. 260 S. 75 Abb. Geb. **€ (D) 49,95**
  ISBN 978-3-642-24993-8
  Voraussichtlicher Erscheinungstermin: März 2012

- Weimann, Weimann
  High performance im Krankenhausmanagement
  Die 10 wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Klinik
  2012. ca. 200 S. 60 Abb. Geb. **€ (D) 49,95**
  ISBN 978-3-642-25067-5
  Voraussichtlicher Erscheinungstermin: Mai 2012

Peter M. Hermanns (Hrsg.)
Bärbel Roscher (Hrsg.)
Gert Filler (Hrsg.)

GOÄ 2012

Gebührenordnung für Ärzte

Kommentare, analoge Bewertungen, Abrechnungstipps, Anmerkungen und Beschlüsse der BÄK, IGeL

6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage

Springer

Dr. Peter M. Hermanns
Kaiserstr. 54
80801 München

Bärbel Roscher
Hohenwaldeckstr. 27
81541 München

Gert Filler
Wichelmannweg 16
22041 Hamburg

ISBN-13 978-3-642-25763-6 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

SpringerMedizin
Springer-Verlag GmbH
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
springer.com

Vollständig überarbeitete und aktualisierte Lizenzausgabe 2012 mit freundlicher Genehmigung von medical text Dr. Hermanns, München

© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Hinrich Küster, Heidelberg
Projektmanagement: Kerstin Barton, Heidelberg
Projektkoordination: Michael Barton, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Einbandabbildungen links und rechts: © photos.com
Satz: FotoSatz Pfeifer GmbH, Gräfelfing

SPIN: 86018105

Gedruckt auf säurefreiem Papier 3163 – 5 4 3 2 1 0

Inhalt

Herausgeber und Autoren XI

Abkürzungen XIII

Vorwort XV

Gebührenordnung für Ärzte • GOÄ 1

Die einzelnen Vorschriften der GOÄ

§ 1 Anwendungsbereich 1
Im Kommentar u. a.: Geltungsbereich der GOÄ • Keine Anwendung der GOÄ bei ... • Die ärztliche Gutachter-Tätigkeit • Umsatzsteuerpflicht • Fachgebietsbeschränkung • Medizinisch notwendige Leistungen • Übermaßbehandlung • Wirtschaftlichkeitsgebot • Leistungen auf Verlangen des Patienten • Alternative Verfahren/Außenseitermethoden • Kosmetische Eingriffe • Beihilfevorschriften • Behandlung von Angehörigen des Arztes zu Lasten der PKV • Angehörigenbehandlung in einer Gemeinschaftspraxis
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Übermaßbehandung • Aufkärung im Rahmen der ärztlichen Liquidation (I) • Medizinisch nicht notwendig • Neue Allianz: Evidence based Medicine und private Krankenversicherung • IGeL = Verlangensleistungen • Individuelle Gesundheitsleistungen nach GOÄ -Allgemeines • Individuelle Gesundheitsleistungen • Vertragsgestaltung • Individuelle Gesundheitsleistungen: Rechnung nach GOÄ • Individuelle Gesundheitsleistungen nach GOÄ: Einzelfragen

§ 2 Abweichende Vereinbarung 12
Im Kommentar u. a.: Vereinbarung eines höheren Multiplikators • Verboten – Erlaubt • Inhalt der Vereinbarung
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Aufklärung im Rahmen der ärztlichen Liquidation (II) • Honorarvereinbarung • Abweichende Honorarvereinbarung • Abdingung der Gebührenordnung

§ 3 Vergütungen 17

§ 4 Gebühren 17
Im Kommentar u. a.: Abrechnung ärztlicher Leistungen • Abrechnung selbstständiger Leistungen nebeneinander • Leistungen durch Dritte
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Mit der GOÄ am Krankenbett • Fachfremdheit von Leistungen – auch in der GOÄ? • Gebührenordnung für Ärzte: Zielleistungen kontra Analogbewertung • Liquidationskette • Persönliche Leistungserbringung • Laborleistungen: Persönliche Leistungserbringung • M III/M IV • Labor (1) – versenden und berechnen? • Selbstständige Leistungen nebeneinander • Urteile zum Zielleistungsproblem • Aufsichtspflicht bei Laborleistungen • Neue Entscheidung zum Zielleistungsprinzip

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses 26
Im Kommentar u. a.: Die verschiedenen Steigerungssätze • Begründungen für die Überschreitung des Schwellenwertes • Routinemäßige Beanstandungen der Beihilfestellen
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Grundsätzliches zum Gebührenrahmen (1) • Spezielles zum Gebührenrahmen (2) • Gebührenrahmen im Krankenhaus (3) • Besondere Umstände, besondere Ausführung • Bundesgerichtshof stützt Argumentation der Bundesärztekammer

§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen 34

§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung 34
Im Kommentar u. a.: Hinweise zum Standardtarif • Hinweis zum Basistarif

§ 6 Gebühren für andere Leistungen 35
Im Kommentar u. a.: Möglichkeit der Analogbewertung • Bemerkungen zur Liste der Analogziffern der BÄK • Hinweis der Autoren zur Kennzeichnung analoger Bewertungen in diesem Buch
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Nach welchen Kriterien eine analoge Bewertung erstellt wird • Digitale Diagnostik: Neue Leistungen auf dem Weg zur Analogbewertung • Gebührenordnung für Ärzte: Zielleistung kontra Analogbewertung • Orthopädische Indikationen: „Aus" für die extrakorporale Stoßwellentherapie? • Ultraschall-Leistungen • Gleichartig oder gleichwertig (II) • Wortlaut beachten – auch bei Abrechnungsempfehlungen • Analoge Bewertung: Gleichartig oder gleichwertig? • Problematische Analogbewertungen: Rahmenbedingungen • Analoge Bewertung: Grundsätzliches und Spezielles • Korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung • Analoge Analogien nicht unbedingt hilfreich • Analoge Bewertung: künstliche Gebührennummer? • Analoge Bewertung(en): vornehmen – wer darf das?

§ 6 a Gebühren bei stationärer Behandlung 45
Im Kommentar u. a.: Leistungen in stationären Einrichtungen, Minderungspflicht • Wahlarzt, Belegarzt, niedergelassener Arzt
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Ein erneuter Schlag ins Kontor: Bundesgerichtshof erweitert Honorarminderungspflicht auch auf externe konsiliar-ärztliche Leistungen • Honorarminderung für alle

§ 7 Entschädigungen 47

§ 8 Wegegeld 48
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Besuchsgebühr für Anästhesisten

§ 9 Reiseentschädigung 49
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Reiseentschädigung gilt nur für den Arzt

§ 10 Ersatz von Auslagen 49
Im Kommentar u. a.: Ersatz der tatsächlich entstandenen Kosten • Hinweise zu Auslagen
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Auslagenersatz: Wann ist ein Beleg erforderlich? • Leistung gestrichen – Auslagen trotzdem berechnen • Praxiskosten, Sprechstundenbedarf, Auslagenersatz • Auslagen – Allgemeines • Berechnung nach DKG-NT -Liste Einmalartikel – Labor (2) • Auslagen berechnen? • Berechnungsfähige Auslagen (2): strittige Punkte • Berechnungsfähige Auslagen (3): Beispiele

§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger 54

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung 55
Im Kommentar u. a.: Fälligkeit • Verjährung • Unterbrechung der Verjährung • Verwirkung • Umsatzsteuer • GOÄ-Musterrechnung • Pauschal-Honorare nicht statthaft
Rechtsprechung: Urteile
Aus GOÄ-Ratgeber der BÄK: Verjährung und Verwirkung • Pflichtangaben auf einer Arztrechnung • Abrechnung von Analogbewertungen nach § 12 GOÄ • Korrekte Rechnungslegung (1): in Bezug auf Analoge Bewertungen • Korrekte Rechnungslegung (2): Begründung bei Überschreiten der Schwellenwerte • Korrekte Rechnungslegung(3): Darstellung Gebühren, (Reise-) Entschädigungen, Auslagen • Fälligkeit der Rechnung • BGH klärt Bedingungen

Inkrafttreten dieser Verordnung 65

Hinweise zur Abrechnung von IGeL-Leistungen 67

I. Konzeption und Historie 67
1. Die IGeL-Liste nach KBV-Vorschlag 67

II. Privatliquidation bei GKV-Versicherten 71
1. Leistungsanspruch des Versicherten und korrespondierende Leistungsverpflichtung des Vertragsarztes 72

1.1. Sachleistungsanspruch als Grundsatz ... 72
1.2. Wirtschaftlichkeitsgebot ... 72
2. Zulässigkeit privatärztlicher Honorare ... 72
2.1. Keine Wahlmöglichkeit für den Arzt ... 73
3. Wann kommt eine Privatliquidation in Betracht? ... 73
3.1. Vier Fälle zulässiger Privatliquidationen ... 73
4. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein? ... 73
Initiative des Patienten – Information über Leistungsumfang – Aufklärung über Konsequenzen – Erklärung des Patienten
5. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung ... 74
5.1. Sicherstellung muss gewährleistet bleiben ... 74
6. Trennung zwischen Behandlung „auf Krankenschein" und Privatbehandlung ... 74
6.1. „Teilleistungen" des EBM sind keine IGeL-Leistungen – Auszug aus: Anhang 1 des EBM 2011 ... 74
6.2. Der Arzt kann Praxisteile nur unter engen Voraussetzungen stilllegen ... 76
6.3. Leistungen für einen bestimmten Personenkreis ... 76
6.4. Patienten aller Kassenarten müssen gleich behandelt werden ... 76
7. Sonderfall Kostenerstattung ... 77
7.1. GKV-Versicherte können sich auf Privatrechnung behandeln lassen ... 77
7.2. Übersicht über die Möglichkeiten der Privatliquidation ... 77
7.3. Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V und Musterformular (S. 103) ... 77
7.4. Auswirkung der Kostenerstattung ... 77
Musterformular: Erklärung über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung
8. Unzulässige Privatliquidation und unzulässiges Verlangen von Zuzahlungen ... 79
8.1. Keine Privatliquidation bei Ausschöpfung des Regelleistungsvolumens (RLV) ... 79
9. Vermeiden Sie Ärger mit Ihren Patienten! ... 79
Musterformular: Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung
10. Zusammenfassung ... 81

III. Nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthaltene Leistungen bzw. Leistungsbereiche ... 81

IV Hinweis des BMI zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit Absatz 2 BhV ... 84
1. Völliger Ausschluss ... 84
2. Teilweiser Ausschluss ... 85
3. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten. ... 86
Auszug aus dem Merkblatt zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln (01/2006) ... 86

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen ... 89

A. Gebühren in besonderen Fällen ... 89

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen ... 1–107 ... 90
IGeL: Umweltmedizinische Grundleistungen ... 94
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen ... 1–15 ... 94
II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 ... A-D, K1 ... 107
III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen ... 20–34 ... 113
IGeL: General-Check-up ... 121
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz ... 45–62 ... 128
V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45–62 ... E-J, K2 ... 137
VI. Berichte, Briefe ... 70–96 ... 138
Auf einen Blick: Bescheinigungen – Atteste – Gutachten ... 140
VII. Todesfeststellung ... 100–107 ... 144

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen ... 200–449 ... 147
I. Anlegen von Verbänden ... 200–247 ... 147

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen ... 250–298 ... 154
III. Punktionen ... 300–321 ... 168
IV. Kontrastmitteleinbringungen ... 340–374 ... 173
V. Impfungen und Testungen ... 375–399 ... 178
VI. Sonographische Leistungen ... 401–424 ... 183
VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen ... 427–437 ... 191
VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen ... 440–449 ... 195

D. Anästhesieleistungen ... 450–498 ... 201

E. Physikalisch-medizinische Leistungen ... 500–569 ... 209
I. Inhalationen ... 500, 501 ... 209
II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen ... 505–518 ... 210
III. Massagen ... 520–527 ... 211
IV. Hydrotherapie und Packungen ... 530–533 ... 212
V. Wärmebehandlung ... 535–539 ... 213
VI. Elektrotherapie ... 548–558 ... 213
VII. Lichttherapie ... 560–569 ... 216

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie ... 600–796 ... 219
IGeL – Innere Medizin – Kinderheilkunde ... 219
IGeL – Dermatologie ... 246

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie ... 800–887 ... 258
IGeL – Neurologie ... 258
IGeL – Psychiatrie ... 259

H. Geburtshilfe und Gynäkologie ... 1001–1168 ... 277
IGeL – Gynäkologie und Geburtshilfe ... 277

I. Augenheilkunde ... 1200–1386 ... 301
IGeL – Augenheilkunde ... 301
Analogiebewertung augenheilkundlicher Leistungen gemäß Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer ... A1387 f ... 329
... A7001-A7029 ... 330

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde ... 1400–1639 ... 335
IGeL – HNO ... 335

K. Urologie ... 1700–1860 ... 361
IGeL – Urologie ... 361

L. Chirurgie, Orthopädie ... 2000–3321 ... 385
IGeL – Chirurgie und Orthopädie ... 385
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung ... 2000–2015 ... 389
II. Extremitätenchirurgie ... 2029–2093 ... 393
III. Gelenkchirurgie ... 2100–2196 ... 399
IV. Gelenkluxation ... 2203–2241 ... 418
V. Knochenchirurgie ... 2250–2297 ... 422
VI. Frakturbehandlung ... 2320–2358 ... 429
VII. Chirurgie der Körperoberfläche ... 2380–2454 ... 433
VIII. Neurochirurgie ... 2500–2604 ... 441
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ... 2620–2732 ... 450
X. Halschirurgie ... 2750–2760 ... 456
XI. Gefäßchirurgie ... 2800–2921 ... 475
1. Allgemeine Verrichtungen ... 457
2. Arterienchirurgie ... 459
3. Venenchirurgie ... 462
4. Sympathikuschirurgie ... 465
XII. Thoraxchirurgie ... 2950–3013 ... 466
XIII. Herzchirurgie ... 3050–3097 ... 470
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie ... 3120–3241 ... 475

XV. Hernienchirurgie 3280–3288 486
XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen 3300–3321 487

M. Laboratoriumsuntersuchungen 3500–4787 491
I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis 3500–3532 494
II. Basislabor 3541–3621 498
III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen 3630–4469 504
IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern 4500–4787 555

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik 4800–4873 571
I. Histologie 4800–4816 572
II. Zytologie 4850–4860 573
III. Zytogenetik 4870–4873 575

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie 5000–5855 577
IGeL – Radiologie 577
I. Strahlendiagnostik 5000–5380 580
1. Skelett 581
2. Hals- und Brustorgane 587
3. Bauch- und Verdauungsorgane 587
4. Spezialuntersuchungen 590
5. Angiographie 593
6. Interventionelle Maßnahmen 597
7. Computertomographie 600
II. Nuklearmedizin 5400–5607 603
III. Magnetresonanztomographie 5700–5735 612
IV. Strahlentherapie 5800–5855 619

P. Sektionsleistungen 6000–6018 633

Analoge Bewertungen 635
Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer 635

Weitere analoge Bewertungen 649

Literatur – Internetbeiträge 655

Stichwortverzeichnis GOÄ 657

Herausgeber und Mitarbeiter

Dr. med. Peter M. Hermanns (Hrsg.)
Geboren 1945 in Neumünster. Studium der Medizin in Hamburg. 1981 Niederlassung als Allgemeinmediziner in Hamburg. 1986/87 Lehrauftrag für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg. Langjährige Tätigkeit als Medizinjournalist für Printmedien mit zahlreichen Buchveröffentlichungen. Mitarbeit bei Rundfunk-und Fernsehanstalten.
Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München und des medizinischen Online-Dienstes www.medical-text.de, der sich mit speziellen Inhalten an Ärzte in Praxis und Klinik wendet.
Die Agentur medical text hat zahlreiche Bücher im Bereich Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik/Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing für Verlage und Pharmafirmen geplant und herausgegeben.
Die Taschenbuchreihe „rationell abrechnen" des Pharmaunternehmens ratiopharm wurde von Dr. Hermanns konzipiert und inhaltlich mit fachkundigen Partnern umgesetzt. Zu zahlreichen medizinischen Themen wurden Kurzfilme gedreht. Technisch und inhaltlich setzt die Agentur Internetauftritte für einzelne Ärzte, Kliniken und Pharmakonzerne um.

Gert Filller (Hrsg.)
Geboren 1948. Jurastudium in Frankfurt und Hamburg. Seit 1976 als Jurist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) tätig, zunächst bis 1985 im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Bereich der KVH; 1981–1998 Datenschutzbeauftragter der KVH; 1985–1998 stellvertretender Justitiar und stellvertretender Geschäftsführer der KVH; seit 1998 Justitiar der KVH. Diverse Veröffentlichungen und Seminare zu den Themen „Vertragsarztrecht"; „Aufgabe der KVen"; „Wirtschaftlichkeitsprüfung, Honorarkürzung und Verordnungsregress"; „Heilmittelrichtlinien"; „Verwaltungsverfahren in den Kassenärztlichen Vereinigungen".

Bärbel Roscher (Hrsg.)
Geboren 1958 in Rosenheim, war über 25 Jahre als Mitglied der Geschäftsleitung in verschiedenen privatärztlichen Verrechnungsstellen bzw. medizinischen Abrechnungsgesellschaften tätig. Bärbel Roscher ist GOÄ-Spezialistin und hält u. a. Abrechnungsseminare für Ärzte und deren Mitarbeiter.

Dr. Hermanns, Gert Filler und Bärbel Roscher sind Herausgeber und Autoren zahlreicher Kommentarwerke zu Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Im Verlag ecomed Medizin – Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg sind erschienen:
- EBM (2009)
- GOÄ – Praxiskommentar mit Auslegungshinweisen der BÄK (2008)
- UV-GOÄ – Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Praxiskommentar mit ausgewählten „Arbeitshinweisen der UV-Träger zur Bearbeitung von Rechnungen" (2008)
- IGeL 2008 – Für Praxis und Klinik (2008)
- Alternative Medizin – Abrechnung nach GOÄ und Hinweise zur Abrechnung bei der GKV (2009)
- Wirtschaftlichkeitsprüfung in der GKV – Erstattungsprobleme bei der GOÄ und UV-GOÄ – Erfolgreich Regressen und Honorarkürzungen begegnen (2009)

In der Serie „rationell abrechnen" der Agentur medical text für einen Pharmakonzern sind zahlreiche Bücher und Broschüren zu den Themen: EBM – GOÄ – UV-GOÄ – IGeL 2008 – Alternative Medizin – Wirtschaftlichkeitsprüfung – Kommentierung der Heilmittel-Richtlinien – Arzt+Finanzen und Diagnostik+Therapie erschienen.

Privatdozent Dr. med. Hans-Martin Hofmann
Niedergelassener Facharzt für Augenheilkunde in Garmisch-Partenkirchen

Dr. med. Markus Kroker
Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, Diabetologe DDG, Leitender Arzt der Abteilung Diabetologie und leitender Oberarzt der Klinik für Nephrologie, Diabetologie und Shuntoperationen des Klinikums Bad Hersfeld

Gerhard Lauterbach
Jahrgang 1950, selbstständiger Kaufmann,Handelsfachwirt (IHK), seit 1980 Freier Mitarbeiter in der Pharmaindustrie, Ärzteberatung sowie Organisation von Fortbildungsveranstaltungen und Kongres-

sen, 1985 Gründung des Privatärztlichen Rechenzentrums Gerhard Lauterbach, medical-service für Ärzte in der Nähe von Ulm.

Wilhelm Lippert
Geboren 1966 in Volkach. Studium des Finanzwesens an der Bayerischen Beamten Fachhochschule in Herrsching; Abschluß 1989 als Diplom Finanzwirt (FH). 1993 Steuerberaterexamen. 1986–2000 in Diensten der bayerischen Finanzverwaltung, davon seit 1991 als Betriebsprüfer. Seit 2000 Steuerberater bei der STB Treuhand Steuerberatungsgesellschaft in München.

Enrico Schwartz
Geboren 1975 in Demmin. Dipl.-Verwaltungswirt (FH). Nach Abitur und Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten Aufnahme des Studiums an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld.
Seit 1994 bei Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung beschäftigt. Gastreferent für Gebührenrecht beim Landesverband Südost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, in der Akademie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld und einzelnen UV-Trägern.
Mitautor an der Datenbank UV-GOÄ bei medical text online und am Print-Kommentarwerk zur UV-GOÄ und zum Vertrag Ärzte/UV-Träger, erschienen im ecomed Verlag, Landsberg, 2008.

Dr. med. Thomas Steiger
Niedergelassener Facharzt für Dermatologie, Allergologie und Venerologie in Starnberg.

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AG	Amtsgericht
AGBG	Allgemeine Geschäftsbedingungen
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
AZ oder Az	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGBL	Bundesgesetzblatt
BhV	Beihilfeverordnung
BLäk	Bayerische Landesärztekammer
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BStBl	Bundessteuerblatt
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVG	Bundesversorgungsgesetz
d. h.	das heißt
DÄ	Deutsches Ärzteblatt
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
einschl.	einschließlich
EKV	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen
EU	Europäische Union
ESWT	extrakorporale Stoßwellentherapie
EuGH	Europäischer Gerichtshof
evtl.	eventuell
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GeSR	„GesR" – die Zeitschrift für Gesundheitsrecht
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
gem.	gemäß
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
GOP	Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOP	Gebührenordnungsposition
Hrsg.	Herausgeber
i.d.R.	in der Regel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
i.V.m.	in Verbindung mit
Jg	Jahrgang
JVEG	Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LG	Landgericht
MB/KK	Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
MedR	Zeitschrift „Medizinrecht"
MRT	Magnetresonanztomographie
MwSt.	Mehrwertsteuer, s. a. Ust.
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
Nr(n).	Nummer(n) – meist GOÄ-Ziffer
OFD	Oberfinanzdirektion
OLG	Oberlandesgericht
OP	Operation
PDT	Photodynamische Therapie
PKV	Private Krankenversicherung
PVS	Privatärztliche Verrechnungs-Stelle
Rdn	Randnummer
s.	siehe
SchwbG	Schwerbehindertengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SMT	Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
STIKO	Ständige Impfkommission
Ust	Umsatzsteuer
UstG	Umsatzsteuergesetz
UStR	Umsatzsteuer-Richtlinien
u. U.	unter Umständen
UV-GOÄ	Abkommen Ärzte-Unfallversicherungsträger
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VdAK	Verband der deutschen Angestelltenkrankenkassen
VG	Verwaltungsgericht
z. B.	zum Beispiel
Zif.	Ziffer

Vorwort

Diese 6. Auflage der GOÄ für Ärzte in Klinik und Praxis wurde von den Herausgebern und ihrem Autorenteam um zahlreiche Informationen, z.B. höchstrichterliche Entscheidungen zu Paragraphen und einzelnen Leistungspositionen ergänzt.

Die in den früheren Auflagen vorhandenen Abrechnungshinweise für den zahnärztlichen Bereich wurden nicht weiter geführt, da sich durch die ab 1.1.2012 geltende Neufassung der GOZ erhebliche Verlagerungen der Abrechnung von der GOÄ in die neue GOZ ergeben haben.

Paragraphen
Bei den Paragraphen der GOÄ wurden die Kommentierungen aktualisiert und damit neuen Abrechnungshinweisen der BÄK und den bisher ergangenen Urteilen der Gerichte angepasst.
Abrechnungshinweise der Bundesärztekammer (BÄK) zur GOÄ aus den Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes und aus dem Internetportal der BÄK, dort gesammelt im Bereich „Ärzte“ unter „GOÄ-Ratgeber – Auslegungshinweise zum Thema Gebührenordnung“ (www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144), durften wir wie schon bei früheren Auflagen mit freundlicher Genehmigung der BÄK übernehmen.
Auch das immer noch sehr umstrittene Thema „Wann ist ein Arzt umsatzsteuerpflichtig?“ wurde aufgenommen.

Gebührenordnungspositionen
Zu den einzelnen GOÄ-Leistungsziffern sind die gängigen Steigerungsfaktoren, Ausschlüsse, Kommentare, Hinweise und Abrechnungstipps aufgeführt.
Erweitert wurden die Bereiche „Auf einen Blick“, die einzelne Abrechnungskomplexe zusammengefasst darstellen.

Rechtsprechung
Unter diesem Begriff wurden aktuelle Urteile zu den Paragraphen und zu einzelnen Leistungspositionen aufgenommen.

IGeL
In einem eigenen Kapitel sind Hinweise zur Historie und zu einer korrekten Abrechnung von IGeL-Leistungen zusammengetragen. Am Anfang mehrerer GOÄ-Kapitel und bei vielen einzelnen Leistungspositionen finden Sie Empfehlungen und Abrechnungshinweise zu IGeL-Leistungen.

Analoge Bewertungen
Im Buch wird bei vielen Leistungspositionen neben den Begriffen: Kommentar, Ausschluss, Tipp und IGeL auch das Schlagwort „analog“ verwendet. Im Anschluss daran werden kurze Hinweise für mögliche analoge Bewertungen gemäß GOÄ § 6 (2) gegeben.
Die Feststellung der Urheberschaft der hier genannten analogen Bewertungen ist nicht immer eindeutig möglich.

Unter den Gebührenpositionen eingegliedert wurden die analogen Bewertungen aus dem Verzeichnis *Analoge Bewertungen der BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK*. Diese werden fortlaufend (in der offiziellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zuletzt erschienen im Deutschen Ärzte Verlag, 2008) aufgenommen. In diesem Verzeichnis ist jede Analogbewertung mit einem großen „A“ und einer künstlichen GOÄ-Nr. (sogenannte Platzhalter-Nummer) versehen, z.B. A 72 „Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus – analog Nr. 70 GOÄ“.
In einer Liquidation kann diese Nr. verwendet werden. Dazu müssen aber in jedem Fall der Inhalt der Analogbewertung und die Gebührenposition der in der GOÄ analog übernommenen Position aufgeführt werden. Diese Schreibweise mit „A“ und der entsprechenden Platzhalter-Nr. wurde im Buch übernommen. Außerdem ist die offizielle Analoge Liste in ihrer Gesamtheit zusätzlich am Ende des Buches abgedruckt.
Weitere ausführlich dargestellte analoge Bewertungen wurden mit dem Begriff „analog“ hinter der Gebührennummer versehen. In den Leistungslegenden werden die Quellen – soweit vorhanden – angegeben, d. h. wer die analogen Ziffern (mutmaßlich) eingeführt oder empfohlen hat, z.B.

- *Abrechnungsempfehlungen der BÄK*, die nicht im Verzeichnis Analoger Bewertungen der BÄK aufgeführt sind
- Hinweise aus der Broschüre *„Analog-Bewertung in Ihrer Praxis“ der Privatärztlichen Verrechnungs-Stelle (PVS), 2008*.

Diese Empfehlungen von Analogen Bewertungen wurden mit freundlicher Genehmigung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen im PVS Verband (Berlin) schon in der letzten Auflage übernommen.

Am Ende des Buches sind die Hinweise der Bundesärztekammer zu Analogen Bewertungen aufgenommen und das Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer. In einem folgenden Kapitel sind weitere analoge Bewertungen aufgeführt.

München, im Februar 2012

Dr. Peter M. Hermanns – Gert Filler – Bärbel Roscher

Gebührenordnung für Ärzte § 1 bis § 12

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütung für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

Kommentar:

Geltungsbereich der GOÄ:

Die GOÄ gilt nur, soweit nicht bundesgesetzlich eine andere Gebührenregelung vorgeschrieben ist. Vorrangig sind gegenüber der Anwendung der GOÄ folgende Bestimmungen:

- **Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)**
- **Abkommen Ärzte-Unfallversicherungsträger (UV-GOÄ)**
- **sonstige Kostenträger, die nicht nach GOÄ abrechnen**
  - Bundesversorgungsgesetz (BVG)
  - Bundeszozialhilfegesetz (BSHG)
  - Schwerbehindertengesetz (SchwbG)
  - Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG).

(Auf den Internetseiten der KBV „Sonstige Kostenträger“ (www.kbv.de/rechtsquellen/132.html) finden sich Hinweise zu Verträgen mit Unfallversicherungsträgern, Bundesbahn-und Postbeamtenversicherung, Bundesgrenzschutz, Bundeswehr, Zivildienst, u. a.) Die GOÄ gilt für alle Ärzte, die in der Bundesrepublik Deutschland approbiert sind oder eine (auch zeitlich befristete) Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Heilkunde besitzen. D.h. es kommt weder darauf an, ob der betroffene Arzt Deutscher oder Ausländer ist, noch ob er in freier Praxis oder als liquidationsberechtigter Arzt am Krankenhaus tätig ist.

Keine Anwendung der GOÄ

Die GOÄ findet keine Anwendung für die Tätigkeit von angestellten und beamteten Ärzten sowie für Tätigkeiten, die nicht typisch ärztlich sind, wie z. B. schriftstellerische Aktivitäten oder eine Tätigkeit in Forschung und Lehre. Generell ist die Anwendung der GOÄ auf den ärztlichen Berufsstand beschränkt. Deshalb kann sie nicht angewandt werden für Leistungen, die von nichtärztlichen Berufsgruppen erbracht werden (z. B. Masseure oder Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Heilpraktiker – diese Berufsgruppe verfügt über eine eigene Gebührenordnung – u. ä.). Das gleiche gilt für von „Einrichtungen“ (z. B. Krankenhäusern) erbrachten Leistungen.

Werden solche nichtärztlichen Heilberufsangehörige allerdings als Angestellte einer Praxis oder eines Krankenhauses tätig und die Leistungen unter Aufsicht und/oder auf Anordnung eines Arztes erbracht, ist eine Abrechnung als „ärztliche“ Leistung in der Regel möglich. Näheres hierzu findet sich im § 4. Eine Sonderregelung gilt für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Deren Vergütung richtet sich ebenfalls nach der GOÄ (§ 1 Abs. 1 der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8.6.2000).

Wird der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person (z. B. einem Krankenhausträger oder einer in Gesellschaftsform betriebenen, ausschließlich ambulante Behandlungen anbietenden Einrichtung) abgeschlossen und werden die Leistungen durch solche Ärzte erbracht, die im Rahmen eines Beamten- oder Anstellungsverhältnisses in Erfüllung ihrer daraus erwachsenden Aufgaben tätig werden, findet die GOÄ grundsätzlich keine Anwendung, es sei denn, der Arbeitgeber räumt dem Arzt ein Liquidationsrecht ein. Der Arzt- bzw. Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag gemäß § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB). Ein Arzt schuldet daher dem Patienten nicht den Heilerfolg, sondern die Durchführung der ärztlichen Behandlung, die er mit der erforderlichen Sorgfalt nach dem aktuellen medizinischen Standard zu erbringen hat.

Außer in wenigen Ausnahmefällen (z. B. Notfall) hat der Arzt, der Patienten im Rahmen der GOÄ behandelt, grundsätzlich die Freiheit, einen Behandlungsvertrag abzuschließen, vgl. § 7 Musterberufsordnung.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_1,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Für den Vertragsarzt besteht dagegen bei gesetzlich versicherten Patienten grundsätzlich eine Behandlungspflicht.
Der Abschluss des Vertrages ist formfrei; eine Schriftform ist nur erforderlich bei einer Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen oder der privatärztlichen Behandlung – auf Patientenwunsch – von Versicherten der GKV. So kommt der Behandlungsvertrag in der Regel allein durch schlüssiges Verhalten zustande; nämlich: der Patient begibt sich in ärztliche Behandlung, und der Arzt nimmt die notwendige Versorgung vor.

Gutachten
Die **ärztliche Gutachter-Tätigkeit** wird nach wohl herrschender Meinung als typisch ärztlich angesehen, weshalb die GOÄ anzuwenden ist.
Insbesondere bei ärztlichen Stellungnahmen im Rahmen von Versicherungsverträgen (z. B. Lebensversicherungs-Begutachtung) hat sich dennoch die Praxis der „freien Hono-rarvereinbarung" bewährt. Hier wird vor Abgabe der ärztlichen Stellungnahme von der Versicherung eine Kostenzusage über ein bestimmtes Honorar (z. B. 70,– €) abgegeben. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die betroffene Versicherung etc. eine vom Patienten konkret für diesen Fall unterschriebene Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht vorlegt. Es genügt nicht, wenn die Versicherung bei der Anfrage erklärt, der Patient habe den Arzt (generell) von der Schweigepflicht entbunden. Im Zweifelsfall empfiehlt sich die Rückfrage beim Patienten. Noch sicherer ist es, wenn dem Patienten die entsprechenden Unterlagen für die Versicherung mitgegeben werden, weil dieser dann selbst entscheiden kann, ob er z. B. für ihn „unangenehme" ärztliche Feststellungen an die Versicherung weiterleitet oder nicht.

Umsatzsteuerpflicht
Zu der im Zusammenhang mit der Frage: Welche erbrachten Leistungen sind für Ärzte umsatzsteuerpflichtig? geführten Diskussion, stellte schon vor einigen Jahren das Bundesministerium der Finanzen fest:
Leistungen eines Arztes sind nur dann umsatzsteuerfrei, wenn sie der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen.
Zum 01.01.2009 wurde der § 4 Nr. 14 des Umsatzsteuergesetzes (UStG) (http://bundesrecht.juris.de/ustg_1980/BJNR119530979.html) geändert. Diese Vorschrift für den Bereich Medizin wurde grundlegend überarbeitet und an die EU-Richtlinie angepasst. Es geht hier um heilberufliche Tätigkeiten insgesamt und auch um Krankenhäuser etc.
Nachfolgend finden Sie den Gesetzestext, der aber sicher ohne die Hilfe eines erfahrenen Steuerberaters nicht verstanden wird.

Umsatzsteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 1. November 2011 (BGBl. I S. 2131) geändert worden ist" – Im Internet: http://www.gesetze-im-internet.de/ustg_1980/BJNR119530979.html

§ 4 Steuerbefreiungen bei Lieferungen und sonstigen Leistungen
14. a) Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden. Satz 1 gilt nicht für die Lieferung oder Wiederherstellung von Zahnprothesen (aus Unterpositionen 9021 21 und 9021 29 00 des Zolltarifs) und kieferorthopädischen Apparaten (aus Unterposition 9021 10 des Zolltarifs), soweit sie der Unternehmer in seinem Unternehmen hergestellt oder wiederhergestellt hat;
b) Krankenhausbehandlungen und ärztliche Heilbehandlungen einschließlich der Diagnostik, Befunderhebung, Vorsorge, Rehabilitation, Geburtshilfe und Hospizleistungen sowie damit eng verbundene Umsätze, die von Einrichtungen des öffentlichen Rechts erbracht werden. Die in Satz 1 bezeichneten Leistungen sind auch steuerfrei, wenn sie von... (
aa) zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
bb) Zentren für ärztliche Heilbehandlung und Diagnostik oder Befunderhebung, die an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen oder für die Regelungen nach § 115 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten,
cc) Einrichtungen, die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch an der Versorgung beteiligt worden sind,
dd) Einrichtungen, mit denen Versorgungsverträge nach den §§ 111 und 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen,

ee) Rehabilitationseinrichtungen, mit denen Verträge nach § 21 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestehen,
ff) Einrichtungen zur Geburtshilfe, für die Verträge nach § 134 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten, oder
gg) Hospizen, mit denen Verträge nach § 39 a Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen, erbracht werden und es sich ihrer Art nach um Leistungen handelt, auf die sich die Zulassung, der Vertrag oder die Regelung nach dem Sozialgesetzbuch jeweils bezieht, oder
hh) von Einrichtungen nach § 138 Abs. 1 Satz 1 des Strafvollzugsgesetzes erbracht werden;
c) Leistungen nach den Buchstaben a und b, die von Einrichtungen nach § 140 b Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden, mit denen Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen;
d) sonstige Leistungen von Gemeinschaften, deren Mitglieder Angehörige der in Buchstabe a bezeichneten Berufe oder Einrichtungen im Sinne des Buchstaben b sind, gegenüber ihren Mitgliedern, soweit diese Leistungen für unmittelbare Zwecke der Ausübung der Tätigkeiten nach Buchstabe a oder Buchstabe b verwendet werden und die Gemeinschaft von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten fordert;

Erläutern Sie Ihrem Steuerberater Ihr Leistungsspektrum in der Praxis (besonders wichtig sind z. B. die Bereiche: IGeL-Leistungen, kosmetische Operationen ohne medizinische Indikation, Blutgruppenuntersuchungen ohne med. Indikation – siehe nachfolgene Aufstellung) und lassen sich von ihm umsatzsteuerpflichtige Leistungen auflisten.

Nicht umsatzsteuerpflichtig sind z.B:
- zusätzliche Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf Patientenwunsch
- gutachterliche Tätigkeiten z. B. zur Feststellung der persönlichen Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation
- Untersuchungen und Beratungen vor Reisen
- Gutachten zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitationsleistungen, zur Hilfsmittelversorgung und zur häuslichen Krankenpflege.

Umsatzsteuerpflichtig sind z.B**.:**
Alkohol-Gutachten zur Wiedererlangung des Führerscheins
Blutgruppenuntersuchungen im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung.
Gutachten über
- den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse
- psychologische Tauglichkeitstests, die sich ausschließlich auf die Berufsfindung oder die Berufstauglichkeit erstrecken
- Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten und in Schadensersatzprozessen.
- das Sehvermögen und ferner:
- Gutachten, als Sachverständiger in Strafverfahren, forensische Gutachten.
- Gutachten zur Feststellung der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung der Gutachten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- Sportmedizinische Untersuchungen
- Kosmetische Operationen ohne medizinische Indikation. **Ausnahme:** Es steht ein therapeutisches Ziel im Vordergrund und damit ist eine medizinische Indikation gegeben.

Die Aufzählung ist nicht vollständig und kann nicht alle ärztlichen
Leistungen entsprechen auflisten. Sprechen Sie mit Ihrem Steuerberater, der in Zweifelsfällen Kontakt mit der zuständigen Finanzverwaltung aufnehmen kann.

Besteht Umsatzsteuerpflicht für erbrachte Leistungen müssen in der ärztlichen Honorarrechnung (neben den Anforderungen an eine Honorarrechnung aus § 12 GOÄ) folgende Angaben aufgeführt werden:
- Namen und Anschrift der Praxis
- Namen und die Anschrift des Patienten
- die Steuernummer des Arztes
- das Ausstellungsdatum und Rechnungsnummer (die Rechnungsnummer muss einmalig und fortlaufend sein)

Fachgebietsbeschränkung
Nach herrschender Meinung ist der liquidierende Arzt an seine Fachgebietsgrenzen nach der jeweils landesrechtlichen Weiterbildungsordnung gebunden, die seiner Facharztprüfung zugrunde lag (d. h. Bestandsschutz bei zwischenzeitlichen Änderungen der Weiterbildungsordnung!) Dabei ist zu beachten, dass es für „Praktische Ärzte“ bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin keine allgemeine berufs-

rechtliche Fachgebietsbeschränkung gibt. So wurde in einem Urteil vom 17.11.2006 des LG Mannheim (1 S 227/05) einem Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, der jährlich viele hundert MRT-Untersuchungen des Kniegelenks durchführte, ein Honoraranspruch wegen Fachfremdheit nicht zugestanden. Der mit den Patienten geschlossene Behandlungsvertrag sei nichtig. Ein Honoraranspruch bestehe weder aus § 1 Abs. 2 GOÄ noch aus § 812 BGB (ungerechtfertige Bereicherung).
Die Abrechnungsberechtigungen für Ärzte bei Privatpatienten und in der gesetzl. Krankenversicherung können durchaus auch auseinanderfallen, insbesondere, wenn für die EBM-Abrechnung zusätzliche Qualifikationen gefordert werden (z. B. Sonografie-Genehmigung etc.) oder wenn Leistungen für bestimmte Arztgruppen für die Abrechnung gesperrt sind, was im Rahmen der Trennung der haus- u. fachärztlichen Versorgung der Fall ist – siehe die Präambeln zu den einzelnen Kapiteln des EBM. Von unterschiedlichen Seiten wird seit Längerem polemisch darauf hingewiesen, dass – obwohl verstärkt von einer Zwei-Klassen-Medizin gesprochen wird – gerade „Privatpatienten schlechter versorgt" sind als GKV-Patienten. Diese Aussage wird damit begründet, dass es im PKV-Bereich eben keine zwingenden vorgeschriebenen Qualifikationen für Leistungen gibt und auch Gerätevorschriften nicht bestehen. So könnte ein Privatpatient mit Sonographie- und/oder Röntgengeräten behandelt werden, die für die Abrechnung gegenüber der GKV längst nicht mehr zugelassen sind.

Derartige Hinweise sind, jenseits der Polemik, aber nicht ganz unberechtigt. In der Tat gehen in weiten Bereichen – so insbesondere in bildgebenden Verfahren – die Anforderungen für den niedergelassenen Vertragsarzt über die für den Privatarzt geltenden Anforderungen des Berufsrechts hinaus. Aber auch außerhalb der bildgebenden Verfahren, bei denen sich solche besonderen Anforderungen häufig auch auf die apparative Ausrichtung erstrecken, gibt es auch in anderen Bereichen für den Vertragsarzt besondere, über das allgemeine Berufsrecht hinausgehende Anforderungen. So sind z. B. Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung nach den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Bestimmungen genehmigungspflichtig, und für den Erwerb einer solchen Genehmigung ist der Nachweis einer Reihe von im Einzelnen definierten Voraussetzungen erforderlich (s. Psychotherapie-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Das führt inzwischen sogar dazu, dass einzelne private Krankenkassen oder auch Beihilfestellen eine Erstattung von Kosten davon abhängig machen (wollen), dass die Leistung von einem Arzt erbracht worden ist, der die in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche Qualifikation nachgewiesen hat. Das ist in dieser Form sicherlich zweifelhaft.
Denkbar ist aber, dass z. B. Beihilfevorschriften eine derartige Voraussetzung beinhalten. Auch ist es möglich, dass eine Private Krankenversicherung in ihren Versicherungsverträgen mit den Versicherten einen derartigen Vorbehalt aufnimmt. In all diesen Fällen ist dann davon auszugehen, dass der Patient diese Voraussetzung für eine Erstattung der Kosten kennt und – wenn er, wovon im Regelfall auszugehen ist, die Kosten auch erstattet haben will – deshalb die Leistung nur bei einem solchen Arzt in Anspruch nimmt, der diese zusätzlichen Voraussetzungen erfüllt. Im Rahmen des Behandlungsvertrages ist der Arzt deshalb verpflichtet, auf entsprechende Fragen seines Patienten heitsgemäße Angaben zu machen.

Medizinisch notwendige Leistungen
Der Arzt darf grundsätzlich nur für medizinisch notwendige Leistungen Honorar verlangen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht werden. Bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit ist ein objektiver Maßstab anzulegen, aber der Arzt hat nach allgemeiner Rechtssprechung einen Ermessungs- und Entscheidungsspielraum.
Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit hängt allein von den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung ab. Bei der Beurteilung dieser Notwendigkeit haben zunächst Kostengesichtspunkte außer Betracht zu bleiben (s. BGH Urteil 12.03.2003, AZ IV ZR 278/01, Landgericht Dortmund 05.10.2005 AZ 2 S 17/05). Diese Gesichtpunkte haben auch Bedeutung in den Versicherungsbedingung der privaten Krankenversicherer (siehe auch: Musterbedingungen 1994 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung unter http://beck-online.beck. de/default.aspx?bcid=Y-100-G-MB_KK).
Wenn der Patient eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende oder eine Behandlung nach Außenseitermethoden wünscht, empfiehlt sich vor Abgabe dieser Leistung eine entsprechende – möglichst schriftliche – Vereinbarung mit dem Patienten. Die Vereinbarung sollte einen Hinweis darauf enthalten, dass die vereinbarte Behandlung von Erstattungsstellen (Privater Krankenversicherung, Beihilfestellen) nicht oder nicht in voller Höhe übernommen wird. Dann wäre der Patient dennoch verpflichtet, das volle Honorar zu bezahlen.

Übermaßbehandlung
In dem bereits zitierten Urteil des Bundesgerichtshofes vom 12.3.2003 setzt sich das Gericht auch mit dem Verhältnis der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung, einer sog. Übermaßbehandlung, auseinander. In einem ihrer Hinweise nimmt darauf die Bundesärztekammer Bezug, GOÄ Ratgeber s. Seite 8.

Wirtschaftlichkeitsgebot
Bei der privatärztlichen Versorgung gilt nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V, das nur für Vertragsärzte bei der gesetzlichen KV zu beachten ist. Aber die Einschränkung, dass das Honorar nur für erforderliche ärztliche Leistungen vergütet wird, beinhaltet die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. Aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergibt sich daher auch bei einer Privatbehandlung die Pflicht zu einer kostengünstigen Behandlung.

Leistungen auf Verlangen des Patienten
Nach § 12 Abs. 3 GOÄ sind Leistungen, die auf Verlangen des Patienten erbracht wurden (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), in der Rechnung als solche zu bezeichnen. Geschieht dies nicht, besteht insoweit kein Honoraranspruch; daher empfiehlt sich die vorherige Vereinbarung vor Leistungserbringung und nicht erst die Aufzählung in der Rechnung, wenn man sicher gehen möchte, sein Honorar zu erhalten. Werden also bei Privatpatienten Individuelle Gesundheitsleistungen, sog. IGeL-Leistungen, auf Verlangen des Patienten erbracht, sind die oben genannten Voraussetzungen zu beachten.
Eine Kostenerstattung durch die Krankenversicherung ist in solchen Fällen u. U. nicht möglich, jedoch sollte der Patient hierzu eine Stellungnahme seiner privaten Krankenversicherung einholen. Auch hier kommt es in der PKV auf den Versicherungsvertrag an. Auch die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die unter bestimmten Voraussetzungen GKV-Versicherten im Rahmen der ambulanten Behandlung angeboten werden können, sind gemäß der GOÄ „Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen“ im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, da sie über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen.
Da in solchen Fällen hinsichtlich einer schriftlichen Vereinbarung mit dem Patienten unbedingt die gesamtvertraglich vorgeschriebenen Voraussetzungen zu beachten sind, empfiehlt es sich dringend, hierzu notwendige Informationen in einschlägigen Veröffentlichungen und auch Mitteilungen etlicher KVen einzuholen und zu beachten. Über die jeweiligen Internetauftritte der KVen sind diese Informationen schnell zu erhalten.

Alternative Verfahren / Außenseitermethoden
Bei Außenseitermethoden hat sich die Rechtsprechung der letzten Jahre auf den Standpunkt gestellt, dass diese z. B. von Erstattungsstellen zu tragen sind, wenn der Eintritt eines Heilerfolges möglich bzw. nicht unwahrscheinlich ist oder die Methoden der „Schul-medizin“ bislang nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt haben.
Der Bundesgerichtshof hat in einem Urteil vom 23.06.1993 (AZ: IV ZR 135/92) entschieden, dass die sog. „Wissenschaftlichkeitsklausel“ in den Bedingungen der privaten Krankenversicherer unwirksam ist. Nach dieser Klausel bestand keine Leistungspflicht für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und entsprechende Arzneimittel. Die Kosten für alternative Methoden sind nach diesem Urteil zu übernehmen, wenn die Behandlung in ihrer Wirksamkeit der Schulmedizin gleichzustellen ist.
Ein Urteil des Oberlandesgerichtes Stuttgart vom 26.10.2006 (AZ: 7 U 91/05) führt ergänzend dazu aus: für eine private Krankenversicherung besteht nicht nur eine Leistungspflicht für Behandlungsmethoden, die von der Schulmedizin anerkannt seien, sondern auch für Methoden und Arzneimittel, die sich nach der Praxis als ebenso erfolgsversprechend erwiesen haben. Wenn aber weder die Schulmedizin noch die Alternative Medizin eine Behandlung anbieten, die eine schwere Erkrankung heilen kann oder die Aussichten auf Heilung verbessert, sind auch sog. Außenseitermethoden als notwendige Heilbehandlung erstattungsfähig. Vorausgesetzt wird aber, dass sie zumindest im Ansatz auf nachvollziehbaren medizinischen Überlegungen beruhen.
Nach § 1 Abs. 2 der GOÄ berechnet der Arzt nur für solche Leistungen eine Vergütung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind.
Im Leistungsverzeichnis der GOÄ sollten diese Leistungen aufgenommen sein. Dass dies aber nicht der Fall ist und nicht sein kann, zeigen die analogen Bewertungen der Bundesärztekammer, die für einen Zeitraum bis zur Neuerstellung einer GOÄ das bestehende Verzeichnis ergänzen sollen um Leistungen, wie sie dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen.
Angesichts der Vielfalt der ärztlichen Therapierichtungen ist davon auszugehen, dass nicht alle nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlichen Leistun-

gen erfasst werden können. Insbesondere solche Verfahren, die lediglich von den Vertretern bestimmter Therapierichtungen anerkannt sind, werden durch das Leistungsverzeichnis GOÄ häufig nicht erfasst. In diesen Fällen ist der Arzt gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ berechtigt, die Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses – d. h. analog – zu berechnen. Hierzu gehören u. a.

- Colon Hydrotherapie
- Mikrobiologische Therapie (Symbioselenkung)
- Neuraltherapie
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (SMT)
- Autogenes Training.

Doch selbst wenn die wissenschaftliche Anerkennung oder medizinische Notwendigkeit einer bestimmten Leistung zu verneinen ist, so ist der Arzt dennoch berechtigt und sogar verpflichtet, diese Leistung auf der Grundlage der GOÄ zu berechnen, sofern sie auf Verlangen des Patienten erbracht wurde.
Da solche Leistungen in der Regel ohnehin nicht im Leistungsverzeichnis der GOÄ enthalten sind, muss auch hier auf die Möglichkeit der analogen Bewertung gemäß § 6 Abs. 2 der GOÄ zurückgegriffen werden.

Kosmetische Eingriffe
Nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes ist die GOÄ auch auf die Abrechnung medizinisch nicht indizierter kosmetischer Operationen anzuwenden. Der Begriff der „beruflichen Leistungen der Ärzte“ im Sinne von § 1 GOÄ sei weit zu verstehen und gehe inhaltlich über den Bereich der medizinisch indizierten Heilbehandlung hinaus. Er umfasse auch Maßnahmen „am gesunden Menschen“, wenn „diese ihrer Methode nach der ärztlichen Krankenbehandlung gleichkommen und ärztliche Fachkenntnisse voraussetzen sowie gesundheitliche Schädigungen verursachen können“ (BGH, Urteil vom 23.3.2006 – III ZR 223/05, MedR 06, S. 424 ff.).

Beihilfevorschriften
Nach den Beihilfevorschriften des Bundes, an denen sich auch die Länder-Beihilfestellen orientieren, kann der Bundesinnenminister die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für entsprechende Untersuchungen oder Behandlungen nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.
Im Internet finden Sie bei der PKV die Beihilfevorschriften und Durchführungsbestimmungen http://www.pkv.de/recht/rechtsquellen/beihilfevorschriften_2009.pdf.
Die für den Arzt wissenswerten Texte für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen bei beihilfefähigen Patienten finden sich in den § 5 und § 6 der Beihilfevorschriften des Bundes, die zur näheren Erläuterung und zur Abgrenzung spezieller Leistungen und Verordnungen durch Hinweise des Bundesministers des Inneren ergänzt sind. Im Kapitel „IGeL-Leistungen“ finden Sie auf Seite 110 Hinweise des BMI zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit Abs. 2 BhV.

Behandlung von Angehörigen des Arztes zu Lasten der PKV
Bei der Behandlung von Angehörigen, die in einer privaten Krankenkasse versichert sind, kann der Arzt bei einigen Versicherungen eine Rechnung erstellen. Einzelne Versicherungen haben in den vertraglichen Bestimmungen für den Versicherten allerdings eine sog. „Angehörigen- oder Verwandtenklausel“, nach der der Arzt nur die Sachkosten erstattet bekommt.

Angehörigenbehandlung in einer Gemeinschaftspraxis
Werden nahe Angehörige eines Arztes in einer Gemeinschaftspraxis vom Praxispartner und nicht vom verwandten Arzt behandelt, so besteht ein Honorar- und Beihilfeanspruch ohne Abzug.

■ Rechtsprechung

Kein Honoraranspruch eines Laborarztes gegenüber einem Patienten bei objektiv nicht erforderlicher Untersuchung
Ein behandelnder Arzt hatte einen externen Laborarzt mit einer humangenetischen Blutuntersuchung beauftragt. Der Laborarzt erbrachte seine Leistung; es stellte sich aber heraus, dass objektiv die Untersuchung medizinisch nicht notwendig war. Nach allgemeiner Meinung wird bei der Beauftragung eines externen Arztes der behandelnde Arzt als Stellvertreter des Patienten tätig. Es wird somit ein eigener Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem externen Arzt geschlossen. Bei der Zusammenarbeit eines behandelnden Arztes mit einem Laborarzt ist zu beachten, dass

grundsätzlich jeder Arzt für seinen Aufgabenbereich verantwortlich ist. Ein Arzt darf sich darauf verlassen, dass der Kollege seine Aufgaben mit der nötigen Sorgfalt erledigt und die Indikation zu der erbetenen Leistung zutreffend gestellt hat. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht nicht. Anderes gilt nur, wenn offensichtliche Fehlleistungen vorliegen (dazu BGH, 26.02.1991, AZ: VI ZR 344/89). Auch im Verhältnis Laborarzt – Patient gelten selbstverständlich die Regelungen der GOÄ, so auch § 1 Abs.2 S.1 GOÄ. Danach kann ein Arzt Vergütungen nur für Leistungen berechnen, die für eine medizinisch notwendige Versorgung notwendig sind. Unstreitig war die gentechnische Untersuchung medizinisch nicht notwendig. Dem Laborarzt steht daher ein Vergütungsanspruch gegenüber dem Patienten nicht zu; und zwar auch dann, wenn er den Auftrag des behandelnden Arztes fehlerfrei erfüllt hatte und er keinen Grund hatte, die Notwendigkeit der Untersuchung in Zweifel zu ziehen. Der Laborarzt kann daher nur Schadensersatzansprüche gegenüber dem behandelnden Arzt geltend machen, da dieser die Untersuchung veranlasst hatte.
Aktenzeichen: BGH, 14.01.2010, AZ: III ZR 188/09
Entscheidungsjahr: 2010

Anwendbarkeit der GOÄ bei Konsiliararztverträgen
Krankenhäuser vergeben häufig Dienstleistungen, die sie mangels technischer Ausstattung nicht erbringen können, an externe Facharztpraxen. Es handelt sich dabei um einen Dienstvertrag gemäß § 611 I BGB, sog. Konsiliararztvertrag. Die Leistungen der externen Praxis werden nicht gegenüber dem Patienten erbracht und sie sind auch keine Erfüllung einer vertragsärztlichen Pflicht. Die externe Praxis erbringt nur Leistungen auf Grund des Dienstvertrages für das Krankenhaus, d.h. es werden allgemeine Krankenhausleistungen übernommen. Auf Verträge dieser Art ist die GOÄ nicht anwendbar. Bei der Vergütung können sich die Parteien an der GOÄ orientieren; es kann aber auch eine pauschale Vergütung vereinbart werden, die nach § 2 GOÄ unwirksam wäre. Zulässig ist auch eine Vergütung für den gesamten Behandlungsbereich, die unter dem Einfachsatz liegt.
Aktenzeichen: BGH, 12.11.2009, AZ: III ZR 110/09
Entscheidungsjahr: 2009

Beschlüsse der BÄK zur Abrechnung
Beschlüsse der Bundesärztekammer zur Auslegung der GOÄ sind für die gebührenrechtliche Auslegung einzelner Gebührenziffern durch die Gerichte nicht maßgeblich oder bindend. Dies gilt erst recht für Hinweise der BÄK zu Gebührenabrechnungen.
Aktenzeichen: LG Regensburg, 24.03.2009, AZ: 2 S 78/08
Entscheidungsjahr: 2009

Leistungen auf Verlangen des Patienten, § 1 Abs.2 S.2 GOÄ
Die Entschließungsfreiheit eines Patienten ist unzumutbar beeinträchtigt, wenn ihm nach längerer Behandlung in einer Behandlungspause eine schriftliche Vereinbarung über Verlangensleistungen zur Unterschrift vorgelegt wird und der Arzt gleich danach mit der weiteren Behandlung beginnt. Eine solche Vergütungsvereinbarung ist unwirksam.
Aktenzeichen: OLG Celle, 11.09.2008, AZ: 11 U 88/08
Entscheidungsjahr: 2008

Anwendung einer Außenseitermethode
Ein Patient war wegen eines Bandscheibenvorfalls mit dem sog. Racz – Katheter behandelt worden; d.h. minimal – invasive epidurale Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Prof. Racz. Im Jahre 2001 war diese Behandlungstechnik neuartig und wissenschaftlich umstritten. Die Anwendung einer nicht allgemein anerkannten Heilmethode ist grundsätzlich erlaubt und führt nicht ohne weitere Umstände zu einer Haftung des behandelnden Arztes. Ein Arzt ist auch nicht bei der Behandlung auf den sichersten therapeutischen Weg festgelegt; ein höheres Risiko kann aber nur durch besondere Sachzwänge oder durch eine günstigere Heilungsprognose gerechtfertigt werden. Es ist daher der Sorgfaltsmaßstab eines vorsichtigen Arztes anzuwenden; denn bei einer Außenseitermethode ist im besonderen Maße mit bisher unbekannten Risiken zu rechnen. Diese Sorgfaltspflicht besteht auch nach der Behandlung durch stetige Kontrolluntersuchungen etc.
Aktenzeichen: BGH, 22.05.2007, AZ: VI ZR 35/06
Entscheidungsjahr: 2007

Medizinisch notwendige Heilbehandlung / Übermaßbehandlung – Übermaßvergütung
Ein Patient war beihilfeberechtigt und hatte ergänzend eine private Krankheitskostenversicherung. In dem Versicherungsvertrag waren die Musterbedingungen 1976 des Verbandes der privaten Kran-

kenversicherung (MB/KK 76) einbezogen. Bei dem Versicherten wurden 3 Bandscheiben-OPs in einer sehr teuren Privatklinik vorgenommen. Hinsichtlich der Kostenübernahme durch die PKV kam es zur gerichtlichen Auseinandersetzung, in der der BGH als letzte Instanz in einem Urteil vom März 2003 festhielt: Eine Heilbehandlung ist medizinisch notwendig, wenn nach objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen eine anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern. Nach bisheriger Rechtsprechung musste die Behandlung auch unter Kostenaspekten vertretbar sein; d.h. gab es zwei medizinisch gleichartige Behandlungsarten, die aber kostenmäßig erheblich auseinander lagen, so bestand für die PKV nur eine Leistungspflicht für die günstigere Behandlung. Diese Ansicht hat der BGH ausdrücklich verworfen. Die Notwendigkeit einer Heilbehandlung ist allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen. Für einen verständigen Versicherten ist es nicht ersichtlich, dass die Versicherung ihre Leistung nur auf kostengünstigere Behandlungen beschränken will. Die Versicherung kann den Erstattungsanspruch auch nicht gemäß § 5 Abs.2 MB/KK 76 kürzen. Mit dieser Regelung kann die PKV ihre Leistungen lediglich herabsetzen, wenn die Heilbehandlungen das medizinisch notwendige Maß (sog. Übermaßbehandlungen) übersteigen. Der durchschnittliche VN kann daraus aber nicht schließen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist.
Aktenzeichen: BGH, 12.03.2003, AZ: IV ZR 278/01
Entscheidungsjahr: 2003

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Übermaßbehandlung
Dr. med. Regina Klakow-Franck in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 10 (05.03.2004), Seite A-665 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.3707.3781
Das Kürzungsrecht einer privaten Krankenversicherung bei einer so genannten Übermaßbehandlung gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK erstreckt sich nicht auch auf Übermaßvergütungen, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) im Fall einer privaten, nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden Belegklinik, die für drei minimalinvasive Bandscheibenoperationen jeweils zwischen 12 644 DM und 20 699 DM in Rechnung gestellt hatte. Mit der Begründung, dass die Definition des Versicherungsfalls als „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK) nicht automatisch eine Beschränkung der Leistungspflicht der Versicherung auf die kostengünstigste Behandlung impliziere, wurde die Klage der privaten Krankenversicherung gegen die aus ihrer Sicht überhöhte Abrechnung zurückgewiesen (BGH, Urteil vom 12. März 2003, Az.: IV ZR 278/01). Mit einseitigen, teils erheblichen Einschränkungen der vertraglichen Ansprüche ihrer Kunden versuchen nun einige private Krankenversicherungsgesellschaften, die Kostenerstattung für überteuerte „Luxusbehandlungen“ abzuwehren. Der Bund der Versicherten e. V. hat die einseitigen Vertragsänderungen kritisiert und behält sich weitere Schritte gegen die betreffenden Unternehmen vor.
Bei seiner Entscheidungsfindung hat der BGH den Versicherungskunden in den Mittelpunkt gestellt: „Der durchschnittliche Versicherungsnehmerkann schon dem Wortlaut des § 5 Abs. 2 MB/KK 76 nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist.“ Bei uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung ist demnach eine Kürzung der diesbezüglichen Versicherungsleistungen für den Versicherungsnehmer nicht plausibel, beziehungsweise nicht vorhersehbar. Das verbraucherfreundliche Urteil des BGH sollte jedoch nicht als Signal für eine Vernachlässigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten bei der privatärztlichen Behandlung missverstanden werden. Der BGH geht in den drei zu beurteilenden Fällen von Bandscheibenoperationen von einer jeweils „vital lebensnotwendigen“ Heilbehandlung aus. Der BGH weist darauf hin, dass der Versicherungsnehmer bei Inanspruchnahme einer besonders kostenträchtigen und dabei nicht vital lebensnotwendigen Behandlung in angemessener Weise Rücksicht auf die private Krankenversicherung und die Versichertengemeinschaft zu nehmen habe. Unverhältnismäßig hohe Kosten braucht der Versicherer in diesem Fall nicht zu erstatten. Aufgrund dieser Differenzierung sehen andere Versicherungsunternehmen – im Gegensatz zur AXA, Barmenia und HUK – derzeit auch keinen Grund zu einer einseitigen Änderung der Vertragsbedingungen.
Vor dem Hintergrund, dass in der Gesetzlichen Krankenversicherung sukzessive der Korridor für die medizinisch notwendige Versorgung eingegrenzt wird, ist davon auszugehen, dass die Frage der medizinischen Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen auch zwischen privaten Krankenversicherungen und Ärzteschaft zu Spannungen führen wird, da auch die privaten Krankenversicherungen nach strukturellen Steuerungselementen für ihre Ausgabenentwicklung suchen. ◄

► Aufklärungen im Rahmen der ärztlichen Liquidation I
Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 18 (06.05.2011), S. A-1030 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4145.9296
Zwischen Arzt und Patient/Kostenträger kommt es immer wieder zu Auseinandersetzungen wegen rechtlich vorgeschriebener Anforderungen bei der Berechnung ärztlicher Leistungen. Um diese Honorarstreitigkeiten zu vermeiden, werden in zwei GOÄ-Ratgebern die zu beachtenden Vorgaben kurz erläutert.
Ein Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient bedarf nicht zwingend der Schriftform, er kann auch durch „schlüssiges Verhalten“ der Vertragsparteien zustande kommen: Der Patient gibt durch das Aufsuchen der Arztpraxis zu verstehen, dass er den Willen hat, untersucht und behandelt zu werden. Übernimmt der Arzt die Behandlung des Patienten, kommt der Behandlungsvertrag zustande, auch wenn keine schriftliche Erklärung abgegeben wurde.
Ein schriftlicher Behandlungsvertrag ist jedoch erforderlich für die Erbringung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) bei gesetzlich krankenversicherten Patienten, wenn die Leistung durch einen Vertragsarzt erbracht wird. Die §§ 3 Absatz 1 und

18 Absatz 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte beinhalten diesbezüglich: „Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht, können nur im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden, über die mit dem Versicherten vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden muss“ und „Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, ... wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.“ In dieser Vereinbarung sollte der Patient über die wirtschaftlichen Folgen informiert werden – durch Aufzählung der zu erbringenden Gebührenpositionen, der Steigerungsfaktoren und der Beträge (siehe auch GOÄ-Ratgeber in DÄ, Heft 38/2009).
Anders verhält es sich bei der Erbringung von Wunschleistungen oder „Leistungen auf Verlangen“ bei privat versicherten Patienten. Eine schriftliche Aufklärung über die Erbringung und Berechnung nach GOÄ ist nicht vorgeschrieben, kann jedoch zur Erhöhung der Transparenz und Rechtssicherheit für Arzt und Patienten nur empfohlen werden. Leistungen, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen, sind nur dann nach GOÄ zu berechnen, wenn der Patient die Erbringung dieser Leistung „verlangt“. Da die Leistung als „Leistung auf Verlangen“ in der Rechnung auszuweisen ist, wird eine Erstattung durch die privaten Krankenversicherungen nicht erfolgen. Hierüber sollte der Privatpatient vor der Leistungserbringung aufgeklärt werden, am besten schriftlich. Hierzu findet man in der GOÄ folgende Regelungen: § 1 Abs. 2 GOÄ „Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind“ und § 12 Abs. 3 GOÄ „Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen“.
Zwingend einzuholen ist eine schriftliche Einverständniserklärung vor Weitergabe der Patientendaten an ein Abrechnungsunternehmen. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10. Juli 1991 verstößt der Arzt gegen die ärztliche Schweigepflicht, wenn nicht der Patient zuvor dem Arzt bestätigt hat, dass er mit der Weitergabe der Patientendaten an eine gewerbliche Verrechnungsstelle einverstanden ist. Ebenfalls bedarf eine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ der Schriftform. Wichtig ist es, diese vor der Leistungserbringung auszuhandeln.
Dr. med. Beate Heck
Siehe auch **Aufklärungen im Rahmen der ärztlichen Liquidation II** unter GOÄ-Ratgeber der BÄK zu § 2

► **Medizinisch nicht notwendig**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.4160
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, 39 (27.09.2002), Seite A-2571
Was der Arzt im Einzelfall als medizinisch notwendig erachtet und berechnet, ist aus Sicht der privaten Krankenversicherung nicht zwangsläufig in den Umfang der Leistungspflicht für ‚medizinisch notwendige Heilbehandlungen‘ (§ 1 Abs. 2 MBKK 94) eingeschlossen...
Eine Novität ist, dass einzelne private Krankenversicherungsunternehmen dazu übergehen, die Indikation und damit den Vergütungsanspruch auch von schulmedizinischen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, infrage zu stellen beziehungsweise die Kostenerstattung zu verweigern. Dies wäre nachvollziehbar, wenn sich die Kritik auf jene meistens wohl bekannten „Abrechnungskünstler“ richtete, die durch eine systematische Abrechnung von routinemäßiger Maximaldiagnostik und -therapie auffallen und deshalb auch den Ärztekammern ein Dorn im Auge sind. Stattdessen wird ohne Ansehen des Einzelfalls zum Beispiel die Kostenübernahme für ein zweites Langzeit-EKG, obwohl zum Beispiel zur Sicherung der Diagnose oder zur Therapiekontrolle indiziert, einfach gestrichen. Kann ein Prüfarzt dies nachträglich ohne Kenntnis der Gesamtumstände des Behandlungsfalls beurteilen? Hat der Sachbearbeiter der Krankenversicherung hier überhaupt einen Prüfarzt zu Rate gezogen?
Vor Gericht dürften solche Vorstöße gegen die Therapiefreiheit keinen Bestand haben, wie auch die Rechtsprechung in ähnlich gelagerten Fällen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt, zum Beispiel bei Auseinandersetzungen um die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung (vgl. zum Beispiel Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 28. März 2001, Az.: L 9 KR 203/00). Entscheidend für den Vergütungsanspruch ist, ob entsprechend dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand aus Sicht des behandelnden Arztes „im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung“ die medizinische Notwendigkeit zu einer bestimmten Maßnahme bestand (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95). ◄

► **Neue Allianz: Evidence based Medicine und private Krankenversicherung**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.4162
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 17 (25.04.2003), Seite A-1153
Was in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an Krankenbehandlung angeboten wird, muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dies sicherzustellen ist die Aufgabe der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen beziehungsweise des Ausschusses Krankenhaus nach Sozialgesetzbuch V Vor dem Hintergrund der Kosten- und Qualitätsdebatte ist die Messlatte für die Prüfung neuer Untersu-chungs- und Behandlungsmethoden neu definiert worden: „Wissenschaftliche Anerkennung“ allein reicht nicht aus; der belegbare Nachweis des therapeutischen Nutzens durch klinische Studien ist gefordert. Was neu zulasten der Solidargemeinschaft erbracht werden darf, muss seit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 den Kriterien der evidenzbasierten Medizin genügen.
Auf diesen Zug versucht nun auch die private Krankenversicherung (PKV) aufzuspringen. Die medizinische Notwendigkeit verschiedener Therapien, wie zum Beispiel der medizinischen Trainingstherapie, wird angezweifelt, weil sie angeblich „den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nicht standhalten“ (vgl. PKV-Publik 3/2002). Eine kühne Behauptung – doch worauf gründet sie sich? Während im GKV-Sektor zahlreiche Experten damit beschäftigt sind, sich im Auftrag der gesetzlich verankerten Entscheidungsgremien auf die Suche nach der „best evidence“ für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu begeben, neigt die PKV zur Spontanität. Während Anerkennung oder Ausschluss neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im GKV-Bereich von der Bestätigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung abhängig ist und bei Disease-Management-Programmen zusätzlich einer strengen Zulassungskontrolle durch das Bundesversicherungsamt unterliegt, macht der Marktführer DKV (jetzt Mitglied der Ergo-Versicherungsgruppe) mal eben alles selber.

Nach dem „Abrechnungsbetrug“ entdecken private Krankenversicherungen die Unter-, Über- und Fehlversorgungsdiskussion für sich und wittern Indikationsschwindel. Die Gründung eigener Gesundheitszentren mit eigenen Ärzten sollen die Fehlanreize „für Mengenausweitungen und damit zu unnötigen Untersuchungen (z. B. Röntgenaufnahmen)“ beseitigen. Während die Schulmedizin und die kostenträchtige Apparatemedizin auf Sparflamme köcheln sollen, sucht die DKV auf der anderen Seite jedoch gezielt Ärzte mit Zusatzbezeichnungen wie Naturheilverfahren für ihre Gesundheitszentren, wohl wissend – wie auch das Beispiel der schweizerischen Health Maintenance Organizations lehrt –, dass man ohne diese Verlockungen mit einem restriktiven Primärarztmodell im Kampf um den umworbenen Privatpatienten nicht wird bestehen können. ◄

► IGeL = Verlangensleistungen
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.4163
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 14 (02.04.2004), Seite A-956
Gebührenrechtlich betrachtet handelt es sich bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) um privatärztliche Leistungen, die – wie in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) definiert – ‚über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen‘ und nur dann berechnet werden können, wenn ‚sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind‘ (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Wäre die IGeL-Leistung für die Behandlung medizinisch notwendig, so hätte der Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich Anspruch auf Erstattung...
...Ein Vertragsarzt darf seine Verpflichtung, den Patienten mit dem zu versorgen, was nach den ‚Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend undzweckmäßig ist‘ (§ 28 Abs. 1 SGB V), nicht zugunsten einer alternativ angebotenen privatärztlichen Behandlung vernachlässigen. Um Konflikten mit dem Vertragsarztrecht vorzubeugen, sollten Individuelle Gesundheitsleistungen deshalb wortlautgetreu als ‚Leistungen auf Verlangen‘ begriffen werden, die der Versicherte nachfragen muss. Der Arzt darf über sein Spektrum Individuelle Gesundheitsleistungen informieren, keinesfalls darf dem Versicherten jedoch ein IGeL-Angebot aufgedrängt beziehungsweise die freie Wahlmöglichkeit, zwischen einer vertragsärztlichen und privatärztlichen Behandlung zu wählen, eingeschränkt werden. Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich hiermit sehr kritisch auseinander gesetzt (BSG, Urteil vom 14. März 2001, Az.: B 6 KA 36/00 R). ... Bei vielen Individuellen Gesundheitsleistungen handelt es sich um Methoden der Komplementärmedizin oder neuere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten sind, und die deshalb analog nach § 6 Abs. 2 GOÄ berechnet werden müssen. In diesem Fall muss die IGeL-Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben und mit dem Hinweis nicht nur auf die Gebührenpositionsnummer der GOÄ, sondern auch mit der Legende der analog abgegriffenen Gebührenposition versehen werden (§ 12 Abs. 4 GOÄ). ◄

► Individuelle Gesundheitsleistungen nach GOÄ – Allgemeines
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.6569
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 26 (27.06.2008), S. A-1470
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind Leistungen, die über das Maß des medizinisch Erforderlichen hinausgehen, denen der Patient ausdrücklich zustimmen muss oder die er ausdrücklich wünschen muss. Die Leistung muss aus Sicht des Arztes medizinisch erforderlich, empfehlenswert oder zumindest vertretbar sein, und es muss sich um Leistungen handeln, bei denen die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.
Für gesetzlich Versicherte regelt der § 12 Absatz 1 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), dass „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“. Es soll nicht verschwiegen werden, dass es immer wieder Schwierigkeiten bei der Abgrenzung gibt. So kann es vorkommen, dass ein Mitarbeiter der gesetzlichen Krankenkasse den Versicherten dahingehend informiert, dass es sich bei der in Anspruch genommenen IGeL-Leistung um eine Kassenleistung gehandelt habe und diese vom Arzt fälschlicherweise nicht nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Rechnung gestellt worden ist. Die Ursache hierfür kann in einer unzureichenden Information des Krankenkassenmitarbeiters über die entsprechende Behandlungsmethode liegen, vereinzelt kann man aber auch den Eindruck gewinnen,dass diese Art von unzulässiger Kulanz (vergleiche § 12 SGB V) mit dem zunehmenden Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander zu tun hat.
Schwieriger sieht die Abgrenzung für privat Versicherte und beihilfeberechtigte Personen aus. Nach den Mustervertragsbedingungen der privaten Krankenversicherungen besteht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen grundsätzlich eine Leistungspflicht. Zusätzlich werden ambulant erbrachte Untersuchungen zur Erkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) und Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung erstattet. Abweichend von diesen Regelungen können die Versicherungsunternehmen in ihren Tarifen eine Mehr- oder Mindererstattung von Leistungen festlegen. So ist die Abgrenzung dessen, was erstattet wird und was nach dem individuellen Versicherungsvertrag als IGeL-Leistung anzusehen ist, deutlich schwieriger. Das Spektrum der über (Sonder-) Tarife versicherungsfähigen Leistungen reicht von den oben genannten Leistungen über alternative Heilverfahren, die Behandlung beim Heilpraktiker bis hin zur kosmetischen Chirurgie. Es empfiehlt sich daher das Erfragen des Leistungsumfangs des individuellen Versicherungsvertrags (sofern bekannt), alternativ die ausführliche Aufklärung des Patienten darüber, dass er die Kosten für bestimmte Behandlungen gegebenenfalls selbst tragen muss.
Wichtig bei IGeL-Leistungen ist, dass vor der Behandlung ein schriftlicher Vertrag mit dem Patienten abgeschlossen wird. Dies ist zwingend vorgeschrieben für gesetzlich Versicherte, empfiehlt sich grundsätzlich aber auch für privat Versicherte. Wie ein solcher Vertrag aussehen sollte, wird im nächsten GOÄ-Ratgeber thematisiert. ◄

► Individuelle Gesundheitsleistungen – Vertragsgestaltung
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.6570
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 28-29 (14.07.2008), S. A-1574
Die Definition des Begriffs IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung) ist im vorausgegangenen GOÄ-Ratgeber erfolgt. Damit die infrage kommende Leistung dem gesetzlich versicherten Patienten nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt werden kann, müssen die Voraussetzungen aus § 18 Absatz (Abs.) 8 Ziffer (Zif.) 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) beziehungsweise des gleichlautenden § 21 Abs. 8 Zif. 3 des Bundesmantelvertrages-Ärzte/Ersatzkassen

(EKV) erfüllt worden sein: „Der Vertragsarzt darf vom Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn [...] für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde." Die Pflicht, im Vorfeld der Behandlung einen schriftlichen Vertrag mit dem Patienten zu schließen, ist hier festgelegt. Ebenfalls erwähnt wird die besondere Aufklärungspflicht gegenüber den anfallenden Kosten („wirtschaftliche Aufklärung"). Zusätzlich wird der Arzt (an anderer Stelle) verpflichtet, dem Patienten möglichst objektiv Auskunft über den Umfang und die Einschränkungen der Leistungen zu geben, auf die er im Rahmen seiner Versicherung bei der Krankenkasse Anspruch hat, weil der Patient nur so in die Lage versetzt wird, sich frei zu entscheiden.
Der Vertrag sollte also nicht nur die Information enthalten, dass der Patient eine privatärztliche Behandlung wünscht, sondern auch die Entscheidungsfindung des Patienten dokumentieren, dass er die genannte(n) Leistungen) wünscht, da er weiß, dass diese gerade nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist. Der Vertrag sollte unbedingt den Hinweis enthalten, dass die anfallenden Kosten weder ganz noch teilweise von der Krankenkasse erstattet werden und in vollem Umfang vom Patienten zu tragen sind. Bestandteil des Vertrags sind außerdem Art und Umfang der Leistung, auch die (voraussichtlich) anfallenden Kosten für die Behandlung nach der GOÄ. Muster für Vertragsformulare gibt es von verschiedenen Verlagen und Dienstleistern im Gesundheitswesen.
Es wird immer wieder in Zweifel gezogen, dass die GOÄ für IGeL-Leistungen angewendet werden muss. Dies lässt sich einfach mit § 1 Abs. 1 GOÄ belegen: „Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist." Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass die GOÄ für ärztliche IGeL-Leistungen gilt und folglich alle Regelungen der GOÄ greifen. Das bedeutet auch, dass eine Abrechnung mittels Pauschalen nicht zulässig ist. Im nächsten GOÄ-Ratgeber werden abschließend einige Tipps gegeben, wie die Regelungen der GOÄ korrekt genutzt werden können, um etwa den gewünschten „runden" Betrag zu erhalten oder eine analog bewertete IGeL-Leistung korrekt darzustellen.◄

► Individuelle Gesundheitsleistungen – Rechnung nach GOÄ
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.6614
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 31-32 (04.08.2008), Seite A-1706
Die Definition des Begriffs IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung) und die Vertragsgestaltung wurden in den beiden letzten GOÄ-Ratgebern erläutert. Dort wurde auch dargelegt, warum sich aus § 1 Absatz (Abs.) 1 der Amtlichen Gebührenordnung (GOÄ) ergibt, dass ärztliche IGeL-Leistungen nach der GOÄ berechnet und alle Regeln der GOÄ beachtet werden müssen. Demnach muss dem Patienten eine GOÄ-konforme Rechnung ausgestellt werden. Eine Abrechnung mittels Pauschalen ist ebenso wenig zulässig, wie eine regelhafte Berechnung der Leistungen unter dem 1,0fachen Gebührensatz (§ 5 GOÄ „Bemessung der Gebühren"). Wenn die Punktzahl der Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert (5,82873 Cent) multipliziert wird, ergibt sich der Einfachsatz der GOÄ. Innerhalb des jeweiligen Gebührenrahmens (ärztlich, medizinisch-technisch, Labor) sind die Gebühren unter Beachtung der in § 5 GOÄ genannten Kriterien nach „billigem Ermessen" zu gestalten.
Diese Formulierung bietet die Möglichkeit, den Gebührensatz (Faktor) so auszuwählen, dass ein glatter Eurobetrag resultiert. Beispiel: Nummer 415 GOÄ „Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge" (300 Punkte = 17,49 €). Multipliziert man den Einfachsatz mit dem Faktor 2,28705, so ergibt dies 40,00 €. Es wäre nicht korrekt, den 2,3fachen Satz in Rechnung zu stellen (ergibt 40,22 €) und auf 22 Cent zu verzichten. Klingt kompliziert, lässt sich aber für die IGeL-Leistungen, die eine Praxis anbietet, problemlos errechnen. Ergibt sich aus dem individuellen Einzelfall die Notwendigkeit, die erbrachte Leistung oberhalb des Schwellenwerts (2,3fach bei ärztlichen Leistungen) zu berechnen, müssen die Kriterien des § 5 Abs. 2 ff. GOÄ beachtet und einefür den Patienten nachvollziehbare Begründung auf der Rechnung aufgeführt werden. Eine Abrechnung oberhalb des Höchstwertes (3,5fach bei ärztlichen Leistungen) muss wiederum den Kriterien des § 2 GOÄ „Abweichende (Honorar-) Vereinbarung" genügen. Die Darstellung der IGeL-Leistung auf der Rechnung regelt § 12 GOÄ. Eine schlichte Auflistung des zu zahlenden Betrags ist nicht zulässig. Entspricht die Darstellung einer Leistung auf der Rechnung den Kriterien nach § 12 GOÄ nicht, ist (mindestens) diese Leistung nicht fällig.
Eine analoge Bewertung darf nach § 6 Abs. 2 GOÄ für eine selbstständige ärztliche Leistung vorgenommen werden, wenn diese nicht Bestandteil (oder besondere Ausführung) des Gebührenverzeichnisses ist. Die gewählte Leistung muss nach Art, Kosten und Zeitaufwand möglichst gleichwertig sein und „erbt" alle Einschränkungen (Ausschlüsse, Begrenzung der Anzahl im Behandlungsfall, Zeitdauer, Gruppen- oder Einzelbehandlung etc.) der originären Leistung. Für die Fälligkeit der Leistung ist die korrekte Darstellung auf der Rechnung nach § 12 Abs. 4 GOÄ ausschlaggebend. Ausführliches zu diesem Thema siehe „Korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung" (DÄ, Heft 36/2007) und „Analoge Bewertung – künstliche Gebührennummer?" (DÄ, Heft 12/2008). ◄

► Individuelle Gesundheitsleistungen nach GOÄ – Einzelfragen
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4159.6694
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 37 (12.09.2008), S. A-1938
Die Definition des Begriffs IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung), die Vertragsgestaltung sowie die Rechnungslegung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurde in diesem Jahr in den GOÄ-Ratgebern der Hefte 26, 28-29 und 31-32 beschrieben.
Einige Ärztinnen und Ärzte stehen je nach IGeL-Leistung vor der Frage, was dafür in Rechnung gestellt werden kann und darf. Neben der grundsätzlichen Gültigkeit der GOÄ und dem frei wählbaren Gebührensatz (vom 1,0fachen bis zum jeweiligen Schwellenwert) müssen für selbstständige ärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der geltenden GOÄ vorhanden sind, die Kriterien nach § 6 Abs. 2 GOÄ beachtet werden. Preisabsprachen mit Kollegen sind nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) nicht zulässig. Ein Austausch darüber, welche analoge Leistung der angebotenen IGeL-Leistung am ehesten gleichwertig entspricht, hingegen schon.
Schwierigkeiten bereitet oft die Frage der Abgrenzung von IGeL-Leistungen zu den Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherern (PKV) erstattet werden. Häufiges Beispiel ist die Beratung, die einerseits zu einer Erkrankung (und Leistung) stattfindet, die in den Bereich der GKV/PKV fällt, und die Beratung, die zu einer anderen Erkrankung und IGeL-Leistungen stattfindet. Theoretisch wäre es am einfachsten, diese Beratungen zeitlich voneinander zu trennen. Praktisch ist dies oft nicht möglich. Hier ist der Arzt gefordert, eine Lösung zu finden, die für den Patienten akzeptabel ist.

ander zu trennen, in der Praxis ist dies jedoch leider häufig aus verschiedenen Gründen nicht machbar. Wichtig ist es, dass der Patient vor der Beratung zu der zweiten Erkrankung und den IGeL-Leistungen entsprechend über die Art der Leistung, die Nichterstattung und die Kosten aufgeklärt wird und (bei GKV-Pflicht) einen entsprechenden Vertrag unterschreibt. Dies kann nur dann reibungslos funktionieren, wenn der Patient möglicherweise bei einem vorhergehenden Kontakt darüber informiert wurde, dass er ergänzende, für ihn kostenpflichtige, Leistungen in Anspruch nehmen kann. Sonst wirdder Patient von der plötzlichen Wendung während der Beratung „überrumpelt", unterschreibt und ist verärgert. Ganz abgesehen davon, dass die Gültigkeit des Vertrags womöglich angezweifelt werden könnte. Ein Arzt verteilt beim Erstkontakt, auf Wunsch des Patienten, Informationsmaterial zu der jeweiligen Krankheit, in dem der Patient nachlesen kann, was er sich selbst Gutes tun kann (beispielsweise viel Tee zu trinken), was die GKV/PKV zahlt und welche IGeL-Leistungen der Arzt ergänzend anbieten kann.
Eine Frage, die vor allem von Patienten immer wieder gestellt wird, ist, ob der Arzt Vorkasse verlangen darf. Schaut man in die Regelungen in der GOÄ, so ist die Rechnung zu bezahlen, wenn nach erbrachter Leistung eine fällige Rechnung gestellt wird. Eine Vorkasse wäre demnach nicht zulässig, gleichwohl aber ein Bezahlen nach Erbringung der Leistung und Aushändigung der Rechnung.◀

§ 2 Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5 a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs.1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs.1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Abs.1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Kommentar:
Die sog. „Abdingung", d. h. die vertraglich vereinbarte Abweichung von den Bestimmungen der GOÄ, wurde gegenüber früheren Regelungen stark eingeschränkt. Die jetzige Regelung in § 2 Abs. 1 GOÄ hat „teildispositiven" Charakter, das bedeutet, es gibt keine Möglichkeit mehr, die GOÄ insgesamt abzubedingen; lediglich über die Höhe der Vergütung kann eine abweichende Vereinbarung getroffen werden. Das, was früher anzutreffen war, dass nämlich ein Ordinarius nahezu regelmäßig Vereinbarungen mit seinen Privatpatienten darüber traf, wonach ein z. B. 6facher Satz anzusetzen sei, ist nunmehr nicht mehr zulässig.
Zulässig ist aber z. B. die Vereinbarung eines innerhalb des Gebührenrahmens nach § 5 (s. dort) liegenden Steigerungssatzes, wie etwa eines Multiplikators oberhalb der Regelspanne (§ 5 Abs. 2), aber unterhalb des Höchstsatzes. Der behandelnde Arzt ist daher angehalten, auf die Angemessenheit seines Honorars zu achten.
Eine abweichende Vereinbarung nach § 2 GOÄ muss in einem gesonderten Schriftstück festgehalten werden. Die Schriftform ist daher erforderlich. Eine mündlich getroffene Vereinbarung ist rechtsunwirksam. Die Vereinbarung muss von beiden Parteien auf derselben Urkunde unterzeichnet werden; die Unterschriften müssen eigenhändig geleistet werden.
Ist eine Vereinbarung unwirksam, hat der behandelnde Arzt nur einen Anspruch nach dem Gebührenrahmen des § 5 GOÄ.

Verboten:
- pauschale Honorarvereinbarung über eine bestimmte Summe. Eine Leistung muss nach GOÄ berechnet werden. Gibt es keine entsprechende GOÄ-Nr., muss eine analoge Berechnung gewählt werden
- Abdingung für alle Leistungen der Abschnitte A (Gebühren in besond. Fällen), E (physikal.-med.), M (Labor) und O (Radiologie)
- bei Notfällen und akuter Schmerzbehandlung
- bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (§ 5a GOÄ)
- abweichende Punktzahl oder Punktwert.

Erlaubt in den übrigen Fällen:
Vereinbarung eines höheren Multiplikators, wenn vor Erbringung der ärztlichen Leistungen schriftlich Folgendes vereinbart ist:

- Nummer und Bezeichnung jeder einzelnen Leistung
- Steigerungssatz für jede einzelne Leistung
- vereinbarter Betrag
- Feststellung, dass die Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Weitere Erklärungen dürfen nicht enthalten sein!
Insbesondere der Abs. 2 des § 2 der GOÄ ist eine Schutzvorschrift zu Gunsten des Patienten. Nach dem eindeutigen Wortlaut des Abs. 2 ist eine abweichende Honorarvereinbarung nur zulässig, wenn sie im Einzelfall nach einer persönlichen Absprache zwischen dem behandelnden Arzt und dem Zahlungspflichtigen (Patient) getroffen wird. Es kommt daher auf die persönliche Absprache an. Die – früher häufige – Praxis, dass eine bereits formulierte Vereinbarung dem Patienten von einem Mitarbeiter des Arztes lediglich zur Unterschrift übergeben wird, ist unzulässig. Der behandelnde Arzt muss auch selbst die Art der Behandlung und die gewünschte Vergütung erläutern. Eine Vertretung durch Assistenzarzt, Arzthelferin, Sekretärin ist nicht gestattet.
Diese Auffassung vertreten auch die Kommentare zu GOÄ von **Brück** und **Hoffmann/Kleinken**.
Das nach der Rechtsprechung des BGH erforderliche „Aushandeln“ setzt voraus, dass der Patient eigene Interessen wahren können muss (s. hierzu Uleer, Miebach, Patt, § 2, Rdn. 24 ff.), und der Arzt den Abschluss und den Inhalt der Honorarvereinbarung ernstlich zur Disposition stellt. Welchen Umfang ein Aushandeln bzw. Verhandeln zwischen den Parteien haben muss, ist weiterhin umstritten. Der behandelnde Arzt muss aber zumindest gegenüber dem Patienten darlegen, dass er ein berechtigtes Interesse an einer Erhöhung der Gebühren hat, z. B. wegen der besonderen Qualität oder des außergewöhnlichen Aufwands der Behandlung.
Der Arzt ist darlegungs und beweispflichtig für die Tatsache, dass eine persönliche Absprache mit dem Patienten getroffen wurde.
Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Beschluss vom 25.10.2004 (BVerfG, AZ: BVG 1437/02) darauf verwiesen, dass die Anforderungen an die persönliche Absprache bzw. Individualabrede nicht so streng ausgelegt werden dürfen, dass der Abschluss einer Honorarvereinbarung für den Arzt kaum noch beweisbar ist. Denn sonst müsste der Arzt zu jeder „persönlichen Absprache“ mit einem Patienten einen Zeugen hinzuziehen. Das Gericht hat in seinem Beschluss darauf verwiesen: Ein Patient hat immerhin die Möglichkeit, das Angebot des Arztes zu der Gebührenhöhe abzulehnen und einen anderen Arzt aufzusuchen. Der Arzt sollte aber auf alle Fälle den Inhalt des Gespräche über eine Honorarvereinbarung in der Krankenakte schriftlich festhalten.
Die Vereinbarung muss vor Erbringung der Leistung getroffen werden. Daher ist der Abschluss einer Vereinbarung nach einer Behandlung unwirksam.
Der Arzt muss dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung aushändigen. Auch eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 muss den allgemeinen Erfordernissen des Vertragsrechts entsprechen.
Keine abweichenden Vereinbarungen sind für Entschädigungen wie
• Wegegeld • Reiseentschädigung • Auslagenersatz
zulässig, auch wenn hierzu in der Literatur gelegentlich noch abweichende Meinungen geäußert werden (zustimmend Uleer, Miebach, Patt, § 2, Rdn. 5). Fraglich ist die Zulässigkeit der Abdingung von „Zuschlägen“. In der Literatur wird jedoch die Meinung vertreten, dass abweichende Vereinbarungen über Zuschläge nicht zulässig sind (s. z.B. Uleer, Miebach, Patt, § 2, Rdn. 6ff.). In Ärztezeitungen vertreten allerdings immer wieder Autoren die Meinung, dass eine Abdingung möglich ist, da die Zuschläge Bestandteil des Leistungsverzeichnisses sind und von keinen der Ausschlüsse im § 2 GOÄ betroffen sind.
Ist eine gesonderte Vereinbarung zulässig, muss dabei immer die Verpflichtung des allgemeinen Berufsrechts beachtet werden, wonach solche abweichenden Vereinbarungen weder zu unangemessen hohen Vergütungsansprüchen für eine Gesamtbehandlung führen noch die Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung in unlauterer Weise unterschreiten dürfen. Natürlich ist ein Unterschreiten der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung oder gar ein Verzicht auf das Honorar bei humanitären Aktionen möglich. Ein typisches und häufig vorkommendes Beispiel ist die kostenlose Behandlung von schwerverletzten oder entstellten Kriegsverletzten, die von caritativen Organisationen zur Operation oder Rehabilitation in die Bundesrepublik eingeflogen werden. Der mit der kostenlosen Behandlung verbundene Effekt durch die Berichterstattung der Medien ist sicher ein Werbefaktor, gegen den die Ärztekammern nur ganz schwer etwas unternehmen können, wenn sich

der Arzt selber mit Äußerungen und in Interviews bescheiden zurückhält. Auch wenn es hinsichtlich der Angemessenheit keine schematische Vorgabe gibt, müssen unangemessen hohe Honorarforderungen trotz abgeschlossener Vereinbarung berufsrechtlich beanstandet werden. Es kann aber durchaus möglich – und angezeigt – sein, für das Honorar für eine operative Leistung im Falle einer außergewöhnlich zeitaufwändigen, schwierigen und risikoreichen Operation einen relativ hohen Steigerungssatz zu vereinbaren, wenn die Honorierung der übrigen Leistungen (vorbeugende Maßnahmen und nachoperative Betreuung) innerhalb des Gebührenrahmens der GOÄ erfolgt. Auch Preisunterbietungen können gegen das Berufsrecht verstoßen, insbesondere z. B. dann, wenn sie mit dem Ziel vereinbart werden, Mitkonkurrenten aus dem Wettbewerb zu drängen. In jedem Fall einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sind immer die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen.

■ Rechtsprechung

Unwirksame Honorarvereinbarung, § 2 GOÄ
Bezahlt ein Patient gemäß einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ die Vergütung für eine Behandlung, und stellt sich anschließend heraus, dass die Vereinbarung unwirksam ist, kann der Patient das gezahlte Arzthonorar zurückverlangen. Der Arzt ist ungerechtfertigt bereichert. Dem Arzt bleibt nur die Möglichkeit, für seine Behandlung eine neue Abrechnung nach den Regelungen der GOÄ zu stellen.
Aktenzeichen: OLG Köln, 21.12.2009, AZ: 5 U 52/09
Entscheidungsjahr: 2009

Keine Begründungspflicht für erhöhte Steigerungssätze bei Honorarvereinbarung
Gemäß § 2 GOÄ kann ein Arzt hinsichtlich seiner Gebühren mit dem Patienten eine abweichende Vereinbarung treffen. Wird eine Erhöhung des Steigerungssatzes vereinbart, so ist der Arzt nicht verpflichtet, diese Erhöhung im Einzelnen gegenüber dem Patienten zu begründen. Denn es ist gerade das Ziel einer Honorarvereinbarung, eine von der GOÄ abweichende Vergütung festzulegen; insofern entfällt eine Begründungspflicht.
Aktenzeichen: AG München, 23.10.2007, AZ: 155 C 3717/05
Entscheidungsjahr: 2007

Honorarvereinbarung § 2 GOÄ
Eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ kann nicht an den Regelungen für Allg. Geschäftsbedingungen und deren Inhaltskontrolle gemessen werden, wenn eine Individualabsprache zwischen Arzt und Patienten getroffen wurde. Diese liegt insbesondere vor, wenn der Arzt seine Gebühren mit den Steigerungsfaktoren erläutert und erklärt, warum er im Einzelnen eine höhere Vergütung verlange. Auch wenn die Steigerungssätze erheblich über den Höchstsätzen der GOÄ liegen, führt dies nicht automatisch zu einer Sittenwidrigkeit der Vereinbarung. Denn ein Arzt kann seine höhere Vergütung damit begründen, dass er eine sehr kostenintensive Praxis führe und eine aufwendige medizinische Behandlung anbiete – und einem Patienten bleibt es unbenommen, sich an einen anderen Arzt zu wenden.
Aktenzeichen: OLG Düsseldorf, 14.04.2005, AZ: I – 8 U 33/04
Entscheidungsjahr: 2005

Ärztliche Honorarvereinbarung, § 2 GOÄ
Eine wirksame Honorarvereinbarung liegt nur vor, wenn der Arzt den Inhalt ernsthaft zur Disposition stellt und der Patient die Möglichkeit hat, den Inhalt zu beeinflussen. Ist in einem Formular des Arztes zu der Höhe des Honorars festgelegt, dass der Multiplikationsfaktor über dem in § 5 Abs.1 S.1 genannten Höchstsatz von 3,5 liegt, ist diese Regelung nichtig wegen einer unangemessenen Benachteiligung des Patienten.
Aktenzeichen: LG Hamburg, 16.10.1998, AZ: 313 S 87/98
Entscheidungsjahr: 1998

Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ
Eine formularmäßig abgeschlossene ärztliche Honorarvereinbarung ist rechtlich wirksam. Ein Patient wird aber unangemessen benachteiligt, wenn für durchschnittliche Leistungen der gleiche Steigerungssatz berechnet werden soll wie für besonders schwierige oder besonders zeitaufwendige Leistungen. Dies führt zur Unwirksamkeit der Vereinbarung. In Allg. Geschäftsbedingungen darf der in § 5 I1 GOÄ festgelegte Rahmen nicht überschritten werden.
Aktenzeichen: BGH, 30.10.1991, AZ: VIII ZR 51/91
Entscheidungsjahr: 1991

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Aufklärungen im Rahmen der ärztlichen Liquidation II
Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 26 (01.07.2011), S. A1502 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4145.9633
Nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kann durch eine schriftliche Vereinbarung eine von der GOÄ abweichende Gebühr festgelegt werden. Hier wird ausgeführt: „Eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen." Die Form einer abweichenden Vereinbarung ist in § 2 Abs. 2 GOÄ ausdrücklich vorgegeben. Sie muss schriftlich erfolgen und neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, den Steigerungssatz und vereinbarten Betrag sowie die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf diese Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 2 GOÄ ausdrücklich nicht enthalten. Aus diesem Grund ist auch eine Vermengung dieser Vereinbarung mit einer Aufklärung nach § 18 Bundesmantelvertrag-Ärzte in einem Formular nicht zu empfehlen, da eine solche Vereinbarung unwirksam sein könnte.
Die Vereinbarung über einen erhöhten Steigerungsfaktor muss vor der Behandlung erfolgen und sollte mit dem Patienten je Gebührenposition ausgehandelt werden. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen sowie Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O sind von der Möglichkeit einer abweichenden Honorarvereinbarung ausgenommen (siehe auch GOÄ-Ratgeber in DÄ, Heft 16/2010).
Des Weiteren besteht eine Aufklärungspflicht bei Privatpatienten immer dann, wenn Leistungen in Auftrag gegeben werden, die dem Patienten durch Dritte gesondert in Rechnung gestellt werden. Diese Aufklärungspflicht ist in § 4 Abs. 5 GOÄ verankert, muss jedoch nicht schriftlich erfolgen. Wird eine mündliche Aufklärung vorgenommen, empfiehlt es sich, einen Vermerk in der Dokumentation vorzunehmen. Werden die Kosten der in Auftrag gegebenen Leistungen die für den Patienten zu erwartenden Kosten deutlich übersteigen, sollte der Patienten darüber vorher informiert werden, und es sollte eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt werden.
Im Unterschied zu Vertragsärzten ist ein rein privat niedergelassener Arzt nicht verpflichtet, eine schriftliche Aufklärung nach § 18 Bundesmantelvertrag zur Privatliquidation seiner Leistungen bei gesetzlich krankenversicherten Patienten vorzunehmen. Für die Patienten sollte jedoch schon durch das Praxisschild klar erkennbar sein, dass es sich ausschließlich um eine Privatpraxis handelt. Durch diesen Hinweis wird klargestellt, dass die in der Privatpraxis erbrachten Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht erstattet werden. Zur Schaffung von Transparenz und Rechtssicherheit ist es jedoch empfehlenswert, einen schriftlichen Behandlungsvertrag mit gesetzlich krankenversicherten Patienten abzuschließen.
Bei der Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten in einer Privatpraxis ist folgender Punkt problematisch: Werden Leistungen erbracht, die im GKV-Leistungskatalog verankert sind, sollte den Patienten vor der Behandlung mitgeteilt werden, dass bei Leistungserbringung durch einen Vertragsarzt eine Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse gewährleistet ist. Der Patient hätte dann die Möglichkeit, einen Vertragsarzt aufzusuchen, der die Leistungen zulasten der GKV erbringen kann. Wünscht er in Kenntnis dieser Tatsache eine Behandlung durch den Privatarzt, sollte dies schriftlich fixiert werden.

► Honorarvereinbarungen
Dr. jur. Regine Kiesecker – in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 16 (23.04.2010), S. A-782 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4172.8192
Gemäß § 2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) darf der Arzt mit einem Wahlleistungs-/Pri-vatpatienten eine Honorarvereinbarung schließen. Der Verordnungsgeber hat so einen Spielraum für individuelle vertragliche Regelungen zwischen Arzt und Patient eingeräumt. Im Rahmen einer Honorarvereinbarung kann allerdings nur der Steigerungsfaktor abweichend vereinbart werden. Die Festlegung eines Pauschalhonorars, einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwerts ist unzulässig. Die Vereinbarung ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem (im Regelfall der Patient) vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. Eine Delegation des Abschlusses einer Honorarvereinbarung an Mitarbeiter ist verboten.
Die Kontrollbestimmungen für allgemeine Geschäftsbedingungen nach §§ 305 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), die etwa die Nichtigkeit eines einseitig formulierten Haftungsausschlusses für vorsätzlich oder fahrlässig verursachte Körperschäden regeln, gelten für eine individuell mit dem Patienten ausgehandelte Honorarvereinbarung nicht. Das Gleiche gilt für vom Arzt vorformulierte und mit dem Patienten ausgehandelte Honorarvereinbarungen, denn die Vereinbarung ist nach der Rechtsprechung auf die in Betracht kommenden Gebührenziffern und auf die für sie jeweils vereinbarten Steigerungssätze beschränkt. Alle anderen Teile müssen für sämtliche Verträge identisch sein, da der Verordnungsgeber erläuternde Texte und ergänzende Vertragsvereinbarungen in einer Honorarvereinbarung gar nicht zulässt (Bundesverfassungsgericht, Az.: 1 BvR 1437/02).
Aushandeln bedeutet, dass der Abschluss der Honorarvereinbarung als solcher und deren Inhalt zur ernsthaften Disposition der vertragschließenden Parteien gestellt werden muss. Auf vorformulierte Honorarvereinbarungen, die nicht ausgehandelt werden, sind die Kontrollbestimmungen für allgemeine Geschäftsbedingungen anwendbar. Der Arzt muss ein berechtigtes Interesse an der Überschreitung des Gebührenrahmens darlegen können. Die Rechtsprechung nimmt dies an, wenn der Patient Leistungen von außergewöhnlicher Qualität oder mit einem besonderen Aufwand in Anspruch nimmt. Denn dann besteht kein schützenswertes Interesse daran, diese Leistungen nur in dem vom Normgeber vorgegebenen „üblichen" Rahmen, also dem einfachen bis 3,5fachen Steigerungssatz vergütet zu bekommen. Eine herausragende akademische Qualifikation des Arztes allein stellt keinen Rechtfertigungsgrund für die Überschreitung des Gebührenrahmens dar.
Die Honorarvereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Dies dient größtmöglicher Transparenz. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Patienten eine Kopie auszuhändigen.
Der Abschluss einer Honorarvereinbarung ist kraft Gesetzes ausgeschlossen für Leistungen der Abschnitte A, E, M und O und für voll-/ teilstationäre sowie vor-/nachstationäre wahlärztliche Leistungen, die der Chefarzt nicht höchstpersönlich er-

bracht hat (§ 2 Abs. 3 GOÄ). Das Gleiche gilt für Leistungen im Zusammenhang mit einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und bei akuter Notfall- oder Schmerzbehandlung (§ 2 Abs. 1 S. 2 und 4 GOÄ).

►Abweichende Honorarvereinbarung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4172.4173
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Dt. Ärzteblatt 99, Heft 45 (08.11.02), S. A-3043
Im Gegenzug zur breiteren Auffächerung des Leistungsverzeichnisses (von 1.000 auf 2.400 Gebührenpositionen) wurde im Rahmen der Neufassung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 1982 der vom 1 bis 6fachen reichende Gebührenrahmen auf das maximal 3,5fache, bei den technischen Leistungen auf das 2,5fache eingeschränkt. Sukzessive wurden anschließend die Rahmenbedingungen für eine von der Gebührenordnung abweichende Honorarvereinbarung (Abdingung) im Sinne des Patientenschutzes verschärft.
Eine komplette Abdingung der Gebührenordnung, das heißt die Vereinbarung eines völlig vom Gebührenverzeichnis abgelösten Arzthonorars, zum Beispiel im Sinne einer Pauschale, ist unzulässig. Die Punktzahl der Leistung und der Punktwert (5,82873 Cent) dürfen nicht verändert werden, lediglich die Höhe des Steigerungsfaktors ist verhandelbar, die Abschnitte A, E, M und O ausgenommen. Voraussetzung für die Abdingung des Gebührenrahmens ist, dass eine persönliche Absprache zwischen Arzt und Patient vor Beginn der Behandlung getroffen wird. Den Hintergrund für die Präzisierung der abweichenden Honorarvereinbarung durch eine individuelle Absprache bildete die Rechtsprechung zur Unwirksamkeit formularmäßiger Honorarvereinbarungen (siehe Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30.10.1991, Az. VIII ZR 51/91). Die abweichende Honorarvereinbarung ist aus Sicht des Verordnungsgebers auf den Einzelfall abzustellen. Dabei dürfen die Vermögensverhältnisse des Patienten nicht außer Acht gelassen werden; dies ergibt sich aus dem Prinzip der ‚Angemessenheit der Vergütung', wie es das ärztliche Berufsrecht vorgibt (siehe § 12 Abs. 1 Muster-Berufsordnung).
Nach § 2 Abs. 2 Satz 3 GOÄ ist außerdem vorgeschrieben, dass die abweichende Honorarvereinbarung in einem Schriftstück festzuhalten ist. Hierauf darf der Hinweis, dass eine Erstattung des vereinbarten Betrages durch die Erstattungsstelle möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, nicht fehlen, andere Erklärungen, zum Beispiel zur Vertreterregelung, dürfen jedoch nicht mit der abweichenden Honorarvereinbarung vermengt sein. Die Leistung, für die eine abweichende Vereinbarung getroffen wird, ist genau zu bezeichnen, beziehungsweise die korrespondierende Gebührenpositionsnummer muss ausgewiesen werden. Insbesondere im stationären Bereich sind Vordrucke für abweichende Honorarvereinbarungen gebräuchlich, in denen – obwohl unzulässig – pauschal zum Beispiel alle ärztlichen Leistungen eingeschlossen sind. Irrtümlich geht der Chefarzt in diesen Fällen oft von der Annahme aus, die abweichende Honorarvereinbarung erstrecke sich auch auf die von seinen nachgeordneten Ärzten erbrachten Leistungen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die abweichende Honorarvereinbarung gilt ausschließlich für die vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachten Leistungen (§ 2 Abs. 3 GOÄ).
Auch wenn der Abschluss einer abweichenden Honorarvereinbarung nicht wie das Überschreiten der 2,3 beziehungsweise 1,8fachen Begründungsschwelle innerhalb des Gebührenrahmens einer Begründungspflicht untersteht, sind die dem Patienten gegenüber zu beachtenden Aufklärungspflichten zu beachten, um die wenigen noch vorhandenen ärztlichen Ermessensspielräume bei der Bemessung der Gebühren zu wahren. ◄

► Abdingung der Gebührenordnung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4172.4174
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 23 (04.06.2004), Seite A-1693
Bis 1982 war eine komplette Abdingung der privatärztlichen Gebührenordnung möglich. So konnten zum Beispiel ohne Bezugnahme auf das privatärztliche Gebührenverzeichnis Pauschalhonorare mit dem Patienten vereinbart werden. Auf Druck der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe wurde diese uneingeschränkte Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient im privatärztlichen Behandlungsverhältnis mit Einführung der neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf die in § 2 der GOÄ zusammengefassten Bestimmungen eingeschränkt. Gegen die Einschränkung der Vertragsfreiheit wurden seinerzeit auch verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht. Unter Hinweis auf die Schutzbedürftigkeit der Patienten wurde schließlich jedoch vom Bundesverfassungsgericht die Verfassungsmäßigkeit der in der Amtlichen GOÄ neu getroffenen Regelung festgestellt (vergleiche NJW 1992, 737). Seit 1982 muss bei Abschluss einer abweichenden Honorarvereinbarung die GOÄ für privatärztliche Leistungen in jedem Fall Grundlage bleiben. Unter verbindlicher Bezugnahme auf eine bestimmte Leistung beziehungsweise Gebührenposition in der GOÄ kann nur der Steigerungssatz, nicht aber die Punktzahl für die Leistung oder ein abweichender Punktwert vereinbart werden. Eine Vereinbarung von Pauschalhonoraren ist nicht zulässig. Eine abweichende Honorarvereinbarung muss darüber hinaus vor Erbringung der Leistung erfolgen und aus Gründen der Rechtsklarheit und -sicherheit in einem gesonderten Schriftstück festgehalten werden, das außer den in § 2 Absatz 2 GOÄ genannten Inhalten keine weiteren Erklärungen enthalten darf, zum Beispiel auch keine etwaige Selbstverpflichtung des Patienten, das vereinbarte Honorar zu zahlen, auch wenn er keine volle Kostenerstattung dafür erhält. Angesichts des immer restriktiver werdenden Kostenerstattungsverhaltens der privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen, die nicht nur die Kosten für Gebühren oberhalb des maximal bis zum 3,5fachen reichenden Gebührenrahmens nicht erstatten, sondern nunmehr zunehmend Honorarforderungen schon bei Überschreiten der Begründungsschwelle (maximal 2,3facher Steigerungssatz) nicht mehr übernehmen wollen, wäre eine solche Vorgehensweise nachvollziehbar, ist aber nicht gebührenrechtskonform. Gemäß § 2 Absatz 2 GOÄ muss der Patient darüber aufgeklärt werden, dass im Falle einer abweichenden Honorarvereinbarung die Kostenerstattung ‚möglicherweise' – so noch der Originaltext der GOÄ – nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Auf diese mögliche ‚Finanzierungslücke' beziehungsweise den Selbstbehalt für den Patienten ist in dem gesonderten Schriftstück über die abweichende Honorarvereinbarung hinzuweisen. Eine weitere Implikation in § 2 Absatz 2 GOÄ darf ebenfalls auf keinen Fall außer Acht gelassen werden. Die abweichende Honorarvereinbarung setzt ‚eine persönliche Absprache im Einzelfall' voraus. Das heißt: Der Patient muss in einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt über die Modalitäten der Behandlung und der Vergütung informiert werden. Andernfalls, wenn zum Beispiel die Honorarvereinbarung ausschließlich durch eine im Vorzimmer geleistete Unterschrift unter einen Standardtext abgewickelt würde, kommt keine rechtswirksame Vereinbarung zustande. ◄

§ 3 Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

Kommentar:

- **Gebühren** sind die Vergütungen, die für die im Gebührenverzeichnis genannten ärztlichen Leistungen zu zahlen sind. Das Gebührenverzeichnis ist der Verordnung als Anlage beigefügt, hat aber keinen abschließenden Charakter. Nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene ärztliche Leistungen können nach Maßgabe des § 6 berechnet werden.
- **Entschädigungen** (§ 7 GOÄ) werden gezahlt für Besuche, in Form von Wegegeld und Reiseentschädigung. Die hiermit verbundenen Zeitversäumnisse und besuchsbedingten Mehrkosten sind damit abgegolten.
- **Auslagen** werden erstattet für Arznei-, Verbandmittel und Materialien, Porto und Versand etc. Die Einzelheiten hierzu ergeben sich aus § 10 GOÄ (siehe dort).

Die Aufzählung in § 3 ist abschließend. Daneben sind nur noch Ansprüche auf Erstattung von Aufwendungen für andere als ärztliche Leistungen denkbar (z. B. im Rahmen eines Auftrags nach §§ 662 ff. BGB).

Der Anspruch auf eine Vergütung nach § 3 setzt das Vorliegen eines Behandlungsvertrages (§ 611 BGB) oder der Voraussetzungen der §§ 679 und 683 BGB (Geschäftsführung ohne Auftrag z. B. bei einem bewusstlosen Patienten) voraus.

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis genannten ärztlichen Leistungen.

(2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht

1. **Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor Entlassung,**
2. **Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie**
3. **Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250 a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,**

wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

(2a) Für 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. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

(3) Mit 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. Hat 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.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

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

Kommentar:
Entscheidende Voraussetzung bei privatversicherten Patienten für eine Kostenerstattung durch die PKV ist zunächst, dass überhaupt ein Vergütungsanspruch des liquidierenden Arztes besteht. Ist dann weiter im Tarif eine Beschränkung auf Leistungen der GOÄ vereinbart, sind zusätzliche Kosten, die der Arzt nicht nach GOÄ berechnen kann, von der Erstattungspflicht der Krankenversicherung ausgeschlossen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 21.11.2006 – 12 U 38/06).
Gebühren sind Vergütungen für die in der GOÄ aufgeführten Leistungen, aber auch für solche Leistungen, die nicht in der GOÄ enthalten sind, aber nach § 6 Abs. 2 GOÄ als Analogziffer abgerechnet werden.
Der für die neuen Bundesländer einschließlich Ost-Berlin seit dem 1.1.2002 geltende Abschlag Ost von 10% ist mit Wirkung vom 1.1.2007 entfallen. Im Zuge des Vertrags-arztrechtsänderungsgesetzes wurde die Sechste Gebührenanpassungsverordnung vom 8. Oktober 2001 aufgehoben. Somit können Ärzte und psychologische Psychotherapeuten alle Leistungen ihrer amtlichen Gebührenordnungen zu 100% berechnen.

Abrechnung ärztlicher Leistungen
Der Arzt kann Leistungen abrechnen, die er selbst erbringt oder die er unter seiner Aufsicht und ggf. Anleitung durch Dritte erbringen lässt. Hierunter sind in erster Linie die Leistungen der Arzthelferinnen und beim Arzt angestellten ärztlichen (Assistenten, angestellte Ärzte) und nichtärztlichen (med. Fachberufe) Mitarbeiter zu verstehen. Die immer noch gelegentlich anzutreffende Auffassung, dass im Falle einer Vertretung der Honoraranspruch bei wahlärztlicher Krankenhausbehandlung auch gesichert sei, wenn bei Abwesenheit des Chefarztes immer jemand einspringen könne, ist mit der GOÄ nicht vereinbar. Die Chefarztbehandlung beansprucht für sich eine Sonderrolle, die im Falle einer Vertretung nur dann wirksam aufrechterhalten bleibt, wenn der Patient **vor Abschluss des Behandlungsvertrages** über die Vertretungsmöglichkeit informiert und für diesen Fall ein ständiger Vertreter benannt wird, damit der Patient entscheiden kann, ob er unter diesen Voraussetzungen den Vertrag überhaupt abschließen will. **Somit ist eine Vertretung des Chefarztes abwechselnd durch den gerade diensthabenden Oberarzt nicht zulässig**. Eine dahingehende Vertretungsvereinbarung ohne Benennung eines ständigen Vertreters wäre unwirksam (ausführlich hierzu Uleer, Miebach, Patt, § 4, Rdn. 55 ff., Hoffmann, Kleinken § 4, Rdn. 5.4, Kommentar zur GOÄ § 4, 13.5.). **Besondere Vorsicht ist geboten, da in der letzten Zeit nicht nur private Krankenkassen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung genauer überprüfen. Auch Staatsanwaltschaften sind vermehrt dazu übergegangen, im Zuge von Ermittlungen bei Verdacht von Abrechnungsbetrug diesen Aspekt näher zu durchleuchten. Es ist also dringend anzuraten, Leistungen, die nicht selbst erbracht oder zulässigerweise von Dritten erbracht wurden, auch nicht zu liquidieren. Im Zweifel, z. B. bei Laborleistungen, sollte der die Leistung erbringende Arzt eine eigenständige Rechnung erstellen.**

Abrechnung selbstständiger Leistungen nebeneinander
Gem. § 4 Abs. 2 GOÄ kann ein Arzt Gebühren für selbstständige Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden. Als eigene Leistung gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Kapitels M II, die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften erbracht werden.
Der Verordnungsgeber hat den Begriff der „Laborgemeinschaft“ nicht konkretisiert. Jedoch kann nicht jede Einrichtung, die sich „Laborgemeinschaft“ nennt, als Laborgemeinschaft i. S .d. § 4 Abs. 2 Satz 2 angesehen werden. Die PKV gibt auf ihrer Homepage (www.private-krankenversicherung.de/pkv-ratgeber(Laborgemeinschaft/) folgenden Hinweis: Bei einer Laborgemeinschaft teilen sich zwei oder mehrere Ärzte die Räumlichkeiten eines Labors. Die Ärzte arbeiten in der Laborgemeinschaft, um rationell arbeiten zu können und sich die Kosten teilen zu können. Die Ärzte bieten hier oft ein umfassendes Angebot an, rechnen aber in der Regel getrennt mit der Versicherung ab. Die kassenärztliche Vereinigung stellt hier besondere Anforderungen an diese Laborgemeinschaften. So sind die Ärzte in der **Laborgemeinschaft** zur ärztlichen Aufsicht verpflichtet und dürfen natürlich auch nur Leistungen des Labors in Rechnung stellen, die sie auch als eigenständige Fachärzte in Rech-

nung stellen würden. Die jeweiligen Vorgaben sind in den Labor-Richtlinien geregelt. Fachliche Weisung bedeutet, dass trotz der grundsätzlich zulässigen Delegierbarkeit der Arzt den Leistungen „sein persönliches Gepräge" geben muss. Die Möglichkeit der fachlichen Weisung wird allerdings im Einzelfall von der räumlichen Entfernung zwischen Praxis und Labor abhängen und zu beurteilen sein.
Nach § 4 Abs. 2a kann für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOÄ ist, eine Gebühr nicht berechnet werden, wenn für die andere Leistung eine Gebühr berechnet wird. Das gilt insbesondere auch für die methodisch notwendigen Einzelschritte der in der GOÄ aufgeführten operativen Leistungen. Dabei orientiert sich die Beantwortung der Frage, ob eine Leistung mit der Berechnung der Gebühr für eine komplexe Leistung als abgegolten gilt, an dem so genannten „Zielleistungsprinzip", dessen Grundgedanke es ist, dass nur die selbstständigen Leistungen nebeneinander berechnet werden dürfen, die sich nicht gebührenwirksam inhaltlich überschneiden. Für operative Leistungen bedeutet das z. B., dass Einzelschritte, die zur Erbringung der in der GOÄ beschriebenen operativen Leistung methodisch notwendig sind, nicht gesondert berechnet werden dürfen. Sind einzelne Leistungsschritte jedoch methodisch verzichtbar und z. B. nur bei besonderen Indikationen als fakultative Maßnahmen anzusehen, so kann hierfür gesondert liquidiert werden. Nach der Rechtsprechung ist „methodisch notwendig" bzw. „Bestandteil einer anderen Leistung", und damit selbstständig abrechenbar, ein operativer Einzelschritt nur dann, wenn er nicht immer oder jedenfalls nicht typischerweise in unmittelbarem Zusammenhang mit der umfassenderen Leistung erbracht wird (OVG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 15.11.2006 – 6 A 3029/04). In § 4 Abs. 2a spreche die GOÄ „gerade von ‚methodisch notwendigen' operativen Einzelschritten, gerade nicht von allen ‚medizinisch notwendigen' Schritten zur Herbeiführung des Operationserfolgs. Der Begriff der methodisch notwendigen Schritte ist enger. . . . Durch das Abstellen auf die Methode gehören zu den Einzelschritten nur die standardmäßigen, routinemäßigen Teilschritte, wobei festzuhalten ist, dass die Diagnose das Leistungsziel bestimmt" (LG Karlsruhe, Urteil vom 28.3.2003 -1 S 106/02, zitiert im Urteil des VG Stuttgart vom 0.10.2006 – 17 K 1503/06).
Eine aktuelle Entscheidung des BGH (Urt. v. 5.6.2008, III ZR 239/07, GesR 2008, S. 499) hat sowohl einer strengen Sicht des Zielleistungsprinzips, wie es vordringlich von der PKV vertreten wurde, als auch der gelegentlich vertretenen Auffassung, ein methodisch notwendiger Einzelschritt sei dem medizinisch Notwendigen gleichzusetzen, ein Ende bereitet. Für den BGH entscheidet sich die Frage, ob eine selbständige Leistung vorliegt, nach dem Ergebnis der Prüfung folgender Auffangkriterien: historischer Aspekt, medizinische Indikation und Bewertung der Leistung. Diese differenzierte Betrachtung bestätigt grundsätzlich die bisher von der Ärzteschaft vertretene Auffassung (Riedel, GesR 2008, S. 580 ff.).

Leistungen durch Dritte
Wird ein weiterer Arzt auf Veranlassung des behandelnden Arztes tätig (z. B. ein Laborarzt, Pathologe), muss der Patient unterrichtet werden, dass er von diesem Arzt auch eine Rechnung erhält. Die Informationspflicht gilt sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.

1. Beispiel: Ein stationärer Patient in der Chirurgie kann in der Regel auf Veranlassung des Chirurgen vor einer Operation von einem Laborarzt, einem Internisten, einem Radiologen und einem Anästhesisten behandelt werden. Darüber ist der Patient zu informieren!
2. Beispiel: Bei einer ambulanten Patientin wird vom Gynäkologen Blut zur Laborbestimmung abgenommen, ein Zervixabstrich zur Pathologie geschickt und ein Abstrich zur Bakteriologie. Die Patientin ist über die Beteiligung der drei weiteren Fachärzte zu informieren. Ein Vermerk in der Karteikarte oder im Computerkarteiblatt über diese Information ist empfehlenswert. Das LG Düsseldorf hat 1995 entschieden (AZ 20 S 58/95 3.11.95), dass ein Patient informiert werden muss, wenn zur Diagnose ein Laborarzt hinzugezogen werden muss.

■ Rechtsprechung

Abrechnung des Einsatzes der Navigationstechnik: § 4 Abs.2,2a – § 6 Abs.2 GOÄ – GOÄ- Nrn. 2153, 2562
Voraussetzung einer gesonderten Abrechnung des Einsatzes der Navigationstechnik ist, dass es sich um eine selbständige ärztliche Leistung handelt, § 4 Abs.2 S.1 GOÄ. Ob eine Selbständigkeit einer ärztlichen Leistung vorliegt, ist danach zu beurteilen, ob für die Leistung eine eigenständige medizinische Indikation besteht. Der Einsatz einer computerunterstützten Navigationstechnik bei Durchführung einer Totalendoprothese des Kniegelenks nach Nr. 2153 ist nicht nach Nr. 2562 analog abrechenbar.

Aktenzeichen: BGH, 21.01.2010, AZ: III ZR 147/09
Entscheidungsjahr: 2010

Arztleistung durch Dritte, § 4 Abs.2 GOÄ
Eine selbständige ärztliche Leistung nach § 4 II GOÄ schließt nicht aus, dass ein Arzt einzelne Leistungen an Hilfspersonal delegieren kann. Die grundlegenden Entscheidungen über Eingriffe und Therapien muss aber der Arzt treffen, und er muss Leistungen selbst überwachen. Nicht ausreichend ist es bei physikalisch-medizinischen Leistungen, dass der Arzt nur die Therapieart und –dauer durch Verordnung festlegt und die Durchführung der Therapie Hilfskräften überlässt.
Aktenzeichen: LG Köln, 14.10.2009, AZ: 23 O 424/08
Entscheidungsjahr: 2009

Kein Honorar für Chefarzt bei kosmetischer Operation, der Behandlung durch einen Kollegen durchführen lässt
Eine Patientin hatte sich zu einer kosmetischen Operation (u.a. Bauchdeckenplastik) entschlossen. Die Klinik hatte in einer Internet-Werbung darauf hingewiesen, dass sich ein Patient nach den Beratungsgesprächen für den plastischen Chirurgen entscheiden sollte, zu dem er Vertrauen gefasst hatte. Die Beratungsgespräche fanden mit dem Chefarzt der Klinik statt. Die Operation wurde dann aber von einem angestellten Arzt vorgenommen. Dieser Fall ist anders zu beurteilen als bei einem Krankenhausvertrag, bei dem Patient meist davon ausgeht, dass die Erfüllung der ärztlichen Pflichten nicht an eine bestimmte Person gebunden ist. Aufgrund der Angaben in der Werbung und der Beratungsgespräche war ersichtlich, dass die Patientin sich nur vom Chefarzt operieren lassen wollte. Wenn der Chefarzt dies ändern wollte, hätte er die Patienten deutlich darauf hinweisen müssen. Der Eingriff durch den angestellten Arzt erfolgte daher vertragswidrig. Insofern schuldet die Patientin keine Vergütung, selbst wenn der Eingriff sachgemäß erfolgte. Dem Chefarzt steht auch kein Bereicherungsanspruch gegen die Patientin zu. Wurde die in dieser Form nicht geschuldete Operationsleistung gegen den Willen der Patientin erbracht, ist der Arzt nach der gesetzlichen Wertung der §§ 814, 613 BGB nicht schutzwürdig.
Aktenzeichen: OLG Koblenz, 21.02.2008, AZ: 5 U 1309/07
Entscheidungsjahr: 2008

Zielleistungsprinzip gemäß § 4 Abs.2a GOA – orthopädische Standardoperationen
Nach der Rechtsprechung des BGH ist bei der Auslegung des § 4 Abs.2a GOÄ vorwiegend der Inhalt und der systematische Zusammenhang der fraglichen Gebührenposition zu beachten und deren Bewertung zu berücksichtigen.

> Auszug GOÄ § 4 Gebühren ... (2a) Für 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. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig...

Alle operativen Leistungen, die bei einer endoprothetischen Versorgung von Hüft- oder Kniegelenk nicht typerscherweise anfallen, sind neben den Nrn. 2151 und 2153 GOÄ separat abrechenbar. Dies gilt insbesondere für die Nrn. 2103, 2113, 2258 und 2405 GOÄ. Die separate Berechenbarkeit dieser Leistungsziffern kann hinsichtlich der Nrn. 2103, 2113 und 2258 GOÄ auch mit deren Bewertung in der GOÄ im Verhältnis zur Nr. 2151 GOÄ begründet werden. Die Bundesärztekammer fasst regelmäßig Beschlüsse zur Auslegung der GOÄ und Abrechnung der einzelnen GOÄ-Ziffern; diese Beschlüsse sind für Gerichte nicht bindend oder maßgeblich.
Aktenzeichen: LG Regensburg, 24.03.2009, AZ: 2 S 78/08
Entscheidungsjahr: 2009

Zielleistungsprinzip § 4 Abs.2a GOÄ; GOÄ Nr. 2975, 2997
Das Zielleistungsprinzip. § 4 Abs.2a GOÄ, hat den vorrangigen Zweck eine doppelte Honorierung ärztlicher Leistungen zu vermeiden. Ob einzelne Leistungen methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, ist nicht danach zu entscheiden, ob sie im konkreten Fall nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig sind. Vielmehr ist vor allem der Inhalt und systematische Zusammenhang der Gebührenposition und deren Bewertung zu berücksichtigen. Eine Dekortikation der Lunge nach Nr. 2975 ist nicht Bestandteil der in der Nr. 2997 mit Lobektomie und Lungensegmentresektion beschriebenen Zielleistung.

Aktenzeichen: BGH, 05.06.2008, AZ: III ZR 239/07
Entscheidungsjahr: 2008

Kein Honoraranspruch für Arzt, der Therapien, die er u.a. von Physiotherapeuten in seiner Praxis durchführen lässt, nur verordnet
Gemäß § 4 Abs.2 GOÄ kann ein Arzt Gebühren für selbständige Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. So können auch einzelne Leistungen an ein Hilfspersonal übertragen werden. Es ist aber nicht ausreichend, wenn der Arzt nur die Therapien verordnet und ab und zu den Trainingsraum aufsucht. Damit erfüllt er nicht seine Pflicht zur Aufsicht.
Aktenzeichen: LG Köln, 14.10.2009, AZ: 23 O 424/08
Entscheidungsjahr: 2009

Haftungsausschluss bei Wahlleistungen
Beim Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung über privatärztliche Behandlungen durch Ärzte der Klinik ist in der Regel von einem einheitlichen Krankenhausaufnahmevertrag auszugehen, bei dem die Klinik alleiniger Vertragspartner und Haftungsschuldner für den Patienten ist. Möchte daher der Patient zusätzlich Wahlleistungen in Anspruch nehmen, ist dies so zu verstehen, dass er besondere ärztliche Leistungen „hinzukaufen", nicht aber die Klinik aus der Verpflichtung entlassen will, ihm diese Leistungen gleichfalls zu schulden. Ein sog. gespaltener Krankenhausvertrag ist jedoch zulässig, wenn der Ausschluss der Haftung der Klinik für Fehler der selbstliquidierenden Ärzte in einer klaren vertraglichen Vereinbarung festgelegt wird. In der Vereinbarung muss deutlich herausgestellt werden, dass nur der selbst liquidierende Arzt Schuldner der vereinbarten Leistung ist, und eine Mithaftung der Klinik – auch Falle eines ärztlichen Fehlers – ausgeschlossen ist.
Aktenzeichen: OLG Frankfurt a.M., 12.03.2009, AZ: 15 U 18/08
Entscheidungsjahr: 2009

Wahlleistungsvereinbarung
Ist in einer formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung festgelegt, dass die Leistung des Wahlarztes bei Verhinderung durch einen Vertreter erbracht werden kann, ist diese Klausel nur wirksam, wenn die Verhinderung im Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung noch nicht feststand; als Vertreter muss der ständige ärztliche Vertreter namentlich benannt sein. Wird dagegen eine Stellvertretervereinbarung als Individualabrede abgeschlossen, muss der Patient in dem Schriftstück wie folgt aufgeklärt werden: Der Patient muss unverzüglich über die Verhinderung des Wahlarztes informiert werden. Der Patient erhält das Angebot, dass ein bestimmter Vertreter die wahlärztliche Leistung vornimmt. Hinweis an den Patienten, dass er sich aber auch ohne Zuzahlung vom diensthabenden Arzt behandeln lassen kann. Hinweis an den Patienten, wenn Behandlung bis zum Ende der Abwesenheit des Wahlarztes verschiebbar ist. Auch eine Individualabrede bedarf der Schriftform.
Aktenzeichen: BGH, IIIZR 144/07, 20.12.2007
Entscheidungsjahr: 2007

Honorar bei unwirksamer Wahlleistungsvereinbarung
Gemäß § 22 Abs. 2 S. 1 Halbs. 1 BPflV müssen Wahlleistungen vor der Erbringung schriftlich vereinbart werden. Die schriftliche Form ist nur gewahrt, wenn alle Erklärungen zur Wahlleistung in derselben Urkunde vorhanden sind und von beiden Parteien unterzeichnet sind. Ist das Formular nur vom Patienten unterschrieben, so ist die gesamte Vereinbarung nach § 125 S. 1 BGB nichtig. Diese Nichtigkeit wirkt sich insgesamt aus: so kann der behandelnde liquidationsberechtigte Arzt auch kein Honorar fordern mit der Begründung, zwischen ihm und dem Patienten sei ein mündlicher Arztzusatzvertrag geschlossen worden. Auch ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung besteht nicht. Die erbrachten ärztlichen Leistungen sind daher nur als Leistung des Krankenhauses im Rahmen des Krankenhausbehandlungsvertrages zwischen dem Träger der Klinik und dem Patienten anzusehen.
Aktenzeichen: BGH, 17.10.2002, AZ: III ZR 58/02
Entscheidungsjahr: 2002

Schriftform bei Wahlleistungen
Eine Wahlleistungsvereinbarung ist nur wirksam, wenn sie von den Parteien schriftlich abgeschlossen wird. Die Schriftform ist nur gewahrt, wenn alle die Wahlleistung betreffenden Erklärungen in derselben Urkunde niedergelegt und von beiden Parteien unterschrieben sind.
Aktenzeichen: OLG Hamm, 22.11.1999, AZ: 3 U 90/99
Entscheidungsjahr: 1999

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Mit der GOÄ am Krankenbett
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4177
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 21 (23.05.2003), Seite A-1464
Seit Neufassung des § 22 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 1. Januar 1995 ist der Patient vor Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt ‚im Einzelnen' zu unterrichten. Die Unterrichtung des Patienten, Voraussetzung für das Zustandekommen einer wirksamen Wahlleistungsvereinbarung einschließlich Arzt-Zusatzvertrag, betrifft nichtärztliche Wahlleistungen, wie die Unterbringung, und wahlärztliche Leistungen gleichermaßen. Bereits vor Neufassung des § 22 Abs. 2 BPflV war strittig, wie detailliert die Information über die Gebührenhöhe der wahlärztlichen Behandlungskosten sein muss. In der Regel wurde vor 1995 davon ausgegangen, dass dem Patienten die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gewährleistet und nur auf Verlangen näher erläutert werden müsse (vgl. OLG Köln, Az.: 5 U 144/96).
Ein bloß formularmäßiger Hinweis am Ende der Wahlleistungsvereinbarung, dass dem Patienten die Möglichkeit gegeben worden sei, ‚die Gebührenordnung für Ärzte einzusehen', kann aber nicht mehr als ausreichend betrachtet werden – auch dann nicht, wenn der Patient durch Unterschrift ein solches ‚Informationsangebot' bestätigt. Mit Urteil vom 28. Mai 2002 hat das Pfälzische Oberlandesgericht entschieden, dass solche vorformulierten Vertragsbedingungen, die dem Patienten die Beweislast für Umstände auferlegen, die eigentlich im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, wegen Verstoßes gegen die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (§ 11 Nr. 15b AGBG) nicht zulässig seien (vgl. Pfälzisches Oberlandesgericht, Az.: 5 U 1/02). ◄

► Fachfremdheit von Leistungen – auch in der GOÄ?
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4178
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Dt. Ärzteblatt 100, Heft 25 (20.06.03), S. A-1765
In der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden nichtgebietsbezogene Sonderleistungen von gebietsbezogenen Leistungen unterschieden. Die Abschnitte D bis P der GOÄ bilden jeweils typische Kernleistungen der einzelnen Fachgebiete ab, nicht jedoch die Gebietsgrenzen nach der Weiterbildungsordnung. Ein Gynäkologe zum Beispiel darf, ja muss sogar eine Brustoperation nach Abschn. L GOÄ (Chirurgie, Orthopädie) abrechnen, da Abschn. H (Geburtshilfe und Gynäkologie) keine Gebührenposition für Eingriffe an der Brust enthält.
Klagen über „Wilderei" in gebietsfremden Abschnitten gibt es, wenn Zweifel an einer adäquaten Erfüllung des Leistungsinhalts bestehen. So werden insbesondere die Gebührenpositionen des Abschnitts G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), die fachspezifische Inhalte abbilden, zum Beispiel Nr. 800 GOÄ (eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrunds, 195 Punkte), für nichtgebietsbezogene Leistungen (z. B. für eine orientierende neurologische Untersuchung) angesetzt, die korrekt nach Gebührenpositionen des Abschnitts B hätten berechnet werden müssen (zum Beispiel nach Nr. 5 GOÄ, 80 Punkte, oder bei einer umfassenderen Untersuchung nach Nr. 7 GOÄ, 160 Punkte). Nach der Berufsordnung darf ein Arzt, der eine Gebietsbezeichnung führt, nur innerhalb der Grenzen seines Gebiets tätig werden.
Eine generelle Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit auf Leistungen des eigenen Fachgebiets lässt sich allerdings aus der GOÄ nicht ableiten. Die gebührenrechtliche Definition dessen, was der Arzt abrechnen kann (‚eigene Leistungen' nach § 4 Absatz 2 GOÄ), gerät mit den berufsrechtlichen Vorschriften, was der Arzt machen darf, insbesondere dann in Konflikt, wenn die medizinisch-technische Entwicklung vorauseilt und neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden von der Weiterbildungsordnung noch nicht namentlich erfasst worden sind. Widerspruch erregt beispielsweise die Durchführung und Abrechnung von Magnet-Resonanz-Tomographie-Untersuchungen (MRT) durch Orthopäden. Nach der geltenden Rechtsprechung verstößt dies jedoch nicht gegen die Berufsordnung, weil die Erkennung' von Funktionsstörungen der Bewegungsorgane Bestandteil der Weiterbildung im Gebiet der Orthopädie ist, ohne dass bestimmte Untersuchungsmethoden ausgegrenzt wären (siehe Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht, Urteil vom 22. September 1998, Az.: 6 U 48/98). Außerdem schlagen ‚etwaige Beschränkungen aus dem Berufsrecht nicht auf das privatrechtliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient durch' (siehe Amtsgericht München, Urteil vom 6. Dezember 2002, Az.: 274 C 18623/02).
Die privatärztliche Erbringung von Leistungen, die nicht zu den Kernleistungen seines Gebiets gehören, kann dem Arzt also nicht ohne weiteres untersagt werden. Ist die erforderliche Qualifikation oder die besondere Praxisausstattung, die zur sachgerechten Durchführung der Leistung erforderlich sind, aber nicht gewährleistet, muss nicht nur mit haftungsrechtlichen, sondern auch mit berufsrechtlichen Konsequenzen gerechnet werden.◄

► Gebührenordnung für Ärzte: Zielleistungen kontra Analogbewertung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4179
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 6 (08.02.2002), Seite A-384
Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kaum mit dem medizinischen Fortschritt würde Schritt halten können, hat der Verordnungsgeber in der GOÄ die Möglichkeit einer analogen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verankert. Dadurch sollte eine zeitnahe Ergänzung des GOÄ-Leistungsverzeichnisses gewährleistet werden. In der vertragsärztlichen Versorgung (GKV) werden neue ambulante Leistungen nach Beschluss durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den EBM aufgenommen, wie kürzlich die Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration bei vaskulärer Netzhauterkrankung durch PDT mit Verteporfin. Eine Verpflichtung zur einvernehmlichen Bewertung einer neuen ärztlichen Leistung gibt es im Privatliqui-dationsbereich nicht. ...
Ein probates Mittel, die Notwendigkeit der überfälligen Erweiterung des Leistungsverzeichnisses auszu-hebeln, ist die Beschwörung des ‚Zielleistungsprinzips' nach § 4 Abs. 2 a GOÄ. Lässt sich eine Leistung als Bestandteil oder Variante einer bereits in der GOÄ enthaltenen Leistungsnummer darstellen, entfällt der Anspruch auf eine eigenständige Analogbewertung. Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können nämlich nur selbstständige Leistungen, die im Verzeichnis fehlen, analog berechnet werden. ◄

► **Liquidationskette**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4181
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 16 (16.04.04), Seite A-1116
Wahlleistungen, ärztliche ebenso wie nicht-ärztliche, sind als Zusatzleistungen, nicht als Anstattleistungen zu verstehen. Die Berechnung von ärztlichen Wahlleistungen, die auf Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden müssen, setzt eine schriftliche Vereinbarung über die Inanspruchnahme vor Behandlungsbeginn voraus, in der Regel im Rahmen des Krankenhausaufnahmevertrages. Gemäß § 22 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung erstreckt sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind. Es ist also nicht möglich, sich bei einer Entscheidung für wahlärztliche Leistungen ausschließlich zum Beispiel auf bestimmte ärztliche Leistungen, wie zum Beispiel die Operation oder eine internistische Intervention, zu beschränken. Darüber hinaus sind auch weitere, von den Krankenhausärzten veranlasste, im Rahmen des stationären Aufenthalts erforderliche Leistungen in diese so genannte Liquidationskette mit eingeschlossen, die von Ärzten oder ärztlichen Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses konsiliarisch oder als externe Dienstleistung erbracht werden, wenn das Krankenhaus hierfür keine eigene Fachabteilung vorhält.
Da wahlärztliche Leistungen vom Gesetzgeber als jeweils behandlungsfallbezogener Komplex definiert werden, erstreckt sich die Honorarminderungspflicht nach § 6a GOÄ demnach auf alle an der Liquidationskette beteiligten Ärzte: Um Überschneidungen zwischen dem Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen, das die medizinisch notwendigen Personal- und Sachkosten abdeckt, und den Wahlarztleistungen, für die Ressourcen des Krankenhauses genutzt werden, beziehungsweise eine finanzielle Doppelbelastung des Wahlleistungspatienten zu vermeiden, müssen die Gebühren für die Leistungen der Wahlärzte pauschal um 25 Prozent, die Gebühren für Leistungen von externen Ärzten, die in den stationären Behandlungsfall einbezogen werden, um 15 Prozent gemindert werden. 15 Prozent sind nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auch dann abzuziehen, wenn der im Rahmen der Liquidationskette beteiligte externe Arzt die Einrichtung des Krankenhauses zur Erbringung seiner Leistung überhaupt nicht in Anspruch nimmt, das heißt dem Krankenhaus faktisch gar keine Personal- und Sachkosten verursacht werden (Bundesgerichtshof, Urteil vom 13. Juni 2002, Az.: III ZR 186/01).
Über die Kostenerstattungspflicht der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte partizipieren die Krankenhäuser an den Zusatzerlösen, die von den im Rahmen der Liquidationskette beteiligten Krankenhausärzten erwirtschaftet werden. Obwohl im Rahmen der Wahlleistungsvereinbarung auf die Liquidationskette und die zu erwartende Liquidationshöhe hingewiesen und detailliert informiert werden muss, sind die Patienten, die wahlärztliche Leistungen vereinbart haben, wegen der Vielzahl verschiedener Privatliquidationen, die nach Abschluss des Krankenhausaufenthalts sukzessive dem Privatpatienten und Selbstzahler zugestellt werden, in der Regel überrascht oder irritiert. Auch die Beihilfe von Bund und Ländern versucht in regelmäßigen Abständen, die Wahlarztkette zu kappen, um ihre Kassen zu schonen. Der Vorstoß im Zuge der Einführung des neuen Krankenhausentgeltgesetzes von 2003 wird nicht der letzte gewesen sein. ◄

► **Persönliche Leistungserbringung**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4182
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 26 (28.06.02), Seite A-1847
Im Rahmen der Teilnovellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte im Jahr 1996 wurde der **Begriff der ‚eigenen Leistung' bei wahlärztlicher Krankenhausbehandlung** vom Verordnungsgeber neu abgegrenzt: Neben dem ‚ständigen ärztlichen Vertreter' wurde in § 4 Abs. 2 GOÄ ein Katalog von Grundleistungen (zum Beispiel Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen oder Visiten) eingeführt, die wie die Hauptleistung, derentwegen der Patient die Chefarztbehandlung wählt, vom Chefarzt oder seinem ständigen Vertreter persönlich erbracht werden müssen, damit sie als ‚eigene Leistungen' entsprechend § 4 Abs. 2 GOÄ abgerechnet werden können.
Gesetzliche Grundlage der verschärften Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung bei wahlärztlichen Leistungen ist § 613 BGB, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete – in diesem Fall also der Chefarzt – die Dienste ‚im Zweifel in Person' zu leisten hat. Es muss betont werden, dass es sich beim Wahlarztvertrag – sei es im Rahmen des Krankenhausaufnahmevertrags, sei es in Form eines gesonderten Arzt-Zusatz-Vertrages – um einen individuellen Behandlungsvertrag mit einem ganz bestimmten, zur Liquidation berechtigten Arzt handelt. Hieraus resultieren besondere Pflichten, die sich auch auf die Regelung des Vertretungsfalls erstrecken. Der Chefarzt muss der Behandlung des Patienten sein ‚persönliches Gepräge' verleihen, im Vertretungsfall muss dieses angestrebte Ziel dadurch gewahrt bleiben, indem – wie vorgeschrieben – ein einziger ständiger Vertreter die Behandlung übernimmt.
Dennoch kursieren in manchen Kliniken immer noch Listen potenziell infrage kommender Chefarzt-Vertreter. Für eine den Honoraranspruch im Vertretungsfall sichernde Individualvereinbarung ist jedoch die Darlegung, dass bei Abwesenheit des Chefarztes immer jemand wird einspringen können, nicht ausreichend. Dies widerspräche der Sonderrolle, die die Chefarztbehandlung für sich beansprucht. Will oder muss ein Chefarzt sich wegen vorhersehbarer Gründe, wie beispielsweise Lehrtätigkeit, Fortbildung oder Urlaub, vertreten lassen, muss er den Patienten hierüber vor Abschluss des Behandlungsvertrags informieren, einen ständigen Vertreter für diesen Fall konkret benennen und dem Patienten die Möglichkeit zur Entscheidung geben, ob er unter diesen Bedingungen noch in den Behandlungsvertrag einwilligen will. Im Fall einer Individualvereinbarung muss aus Sicht des Bundesgerichtshofs nicht nur dem Arzt, sondern auch dem Patienten Raum zur, Aushandlung' der Vertragsbedingungen beziehungsweise zu Wahlmöglichkeiten gegeben werden.
Weil es sich bei einer Individualvereinbarung im Gegensatz zu den allgemeinen Geschäftsbedingungen um im einzelnen ausgehandelte Vertragsbedingungen handelt (vgl. § 305 Abs. 1 Satz 3 BGB), sind standardisierte Vertretungsregelungen, in denen gegebenenfalls auf Vordrucken nur noch die Namen des Patienten und des jeweiligen ständigen Vertreters eingesetzt werden, problematisch; sie dürften in der Rechtsprechung keinen Bestand haben. Auch wenn sich der zusätzliche Aufwand kaum noch in den Klinikalltag integrieren lässt, ist es empfehlenswert, die Individualvereinbarung – egal ob maschinen- oder handschriftlich – so persönlich wie möglich und nicht formularmäßig abzufassen. ◄

► Laborleistungen: Persönliche Leistungserbringung – M III /M IV
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4183
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 48 (28.11.03), Seite A-3191
Mit Anlehnung an die Regelungen im vertragsärztlichen EBM wird seit der letzten Teilnovellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996 auch im Privatliquidationsbereich zwischen Praxislabor, Basislabor und Speziallabor unterschieden. Ziel der Neuregelungen im Laborsektor war neben einer der medizinischtechnischen Entwicklung adäquaten Neustrukturierung des Laborkapitels die Anpassung der Gebühren an die Kostensenkungen, die zwischenzeitlich durch Rationalisierungsmaßnahmen im Labor erzielt wurden. Gleichzeitig wurden die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung bei Laborleistungen verschärft – von vielen als ein Kunstgriff empfunden, war dies jedoch der entscheidende, von der Bundesärztekammer mitgetragene Schritt, um das sonst drohende Abrutschen der Laborleistungen zum bloßen Auslagenersatz zu verhindern. Im Fall des Speziallabors nach den Abschnitten M III/M IV der GOÄ ist die persönliche Anwesenheit und Überwachung der Arbeiten durch den liquidationsberechtigten Arzt unerlässlich. Im Fall des Praxislabors nach Abschnitt M I der GOÄ geht der Verordnungsgeber davon aus, dass diese Laborleistungen vom Praxisinhaber selbst beziehungsweise von seinen Mitarbeitern unter seiner Aufsicht erbracht werden. Das Praxislabor erschöpft sich in einem knappen Katalog von rund 30 Laborleistungen (z. B. Blutsenkungsgeschwindigkeit, Urinsediment), die jedoch vergleichsweise hoch bewertet wurden, um Anreize für das Vorhalten eines Akutlabors in der eigenen Praxis zu geben.
Für die Leistungen des Basislabors nach Abschnitt M II der GOÄ wurde eine besondere Regelung geschaffen: Diese gelten auch dann als eigene Leistungen, wenn sie nicht in der eigenen Praxis, sondern in einer Laborgemeinschaft, in der der Arzt Mitglied ist, beziehungsweise im Labor des Krankenhauses erbracht werden, in der nicht liquidationsberechtigte Ärzte die Aufsicht führen (vergleiche § 4 Absatz 2 Satz 2 GOÄ). Die infrage kommenden Basislaborleistungen wurden vom Verordnungsgeber auf rund 50 verschiedene Routineuntersuchungen beschränkt, darunter zum Beispiel die Bestimmung der Elektrolyte im Serum oder der Blutfette. Werden Leistungen des Basislabors von einem Fremdlabor bezogen, so handelt es sich nicht mehr um eigene Leistungen. Liquidationsberechtigt ist in diesen Fällen nicht der behandelnde Arzt, der die Laborleistungen angeordnet hat, sondern der beauftragte Laborarzt. ◄

► Labor – versenden und berechnen?
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4185
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 10 (11.03.2005), Seite A-689
Die Allgemeinen Bestimmungen zum Labor (Abschnitt M) der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthalten elf Regelungen.
Ziffer 1 regelt den Umfang der Laboruntersuchung. In der Gebühr für eine Laboruntersuchung enthalten sind die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenverteilung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden Befundes. Ebenfalls mit der Gebühr für die Laborleistung sind die Kosten für die Reagenzien (einschließlich radioaktiven Materials), die Beurteilung des Befundes, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten.
Von dieser Regelung ausgenommen sind nur Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten (beispielsweise Nummer 3611 Blutzuckertagesprofil aus M II 7. oder Nummer 4090 ACTH-Infusionstest aus M III 15.). Kosten für Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, für Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind (vergleiche § 10 Absatz 3 GOÄ). Diese Kosten sind nicht berechnungsfähig, sofern es sich um den Versand innerhalb einer Laborgemeinschaft handelt (vergleiche Ziffer 1 letzter Satz). Wird eine Laboruntersuchung in der Praxis des niedergelassenen Arztes durchgeführt, so kann der Arzt diese Leistung nach M I (Praxislabor) berechnen. Gibt es die erbrachte Laboruntersuchung in M I nicht, sondern nur in M III oder M IV, so kann der niedergelassene Arzt für die in seiner Praxis erbrachte Leistung eine Gebührenposition aus M III oder M IV ansetzen. Wird beispielsweise in der Praxis eines Urologen eine mikroskopisch morphologische Differenzierung von Sperma vorgenommen, ist diese nach Nummer 3663 GOÄ aus M III anzusetzen. Anders sieht die Situation aus, wenn der niedergelassene Arzt das Material (Blut, Urin etc.) beim Patienten zwar entnimmt, aber dies zur Untersuchung weiterleitet. Dabei sind grundsätzlich zwei Fälle zu unterscheiden. Ist der niedergelassene Arzt Mitglied einer Laborgemeinschaft und schickt er beispielsweise Blut zur Untersuchung des Blutzuckers an die Laborgemeinschaft, dessen Mitglied er ist, kann er diese Leistung als eigene Leistung nach Nummer 3560 GOÄ in Rechnung stellen (vergleiche auch § 4 Absatz 2 GOÄ). Schickt der niedergelassene Arzt das Blut jedoch an ein (Fremd-)Labor, dessen Mitglied er nicht ist, oder handelt es sich um Leistungen aus dem Speziallabor (M III und M IV), welche er an seine Laborgemeinschaft sendet, so kann der niedergelassene Arzt diese Leistung nicht selbst in Rechnung stellen (vergleiche Ziffer 3). Die Rechnungsstellung erfolgt durch den Laborarzt, der diese Leistung erbracht hat, direkt an den Patienten. Der niedergelassene Arzt ist jedoch verpflichtet, den Patienten darüber zu informieren, dass Leistungen durch „Dritte“ erbracht werden, die diese unmittelbar berechnen (vergleiche § 4 Absatz 5 GOÄ). Eine „Mitliquidation“ von Laborleistungen aus M III und M IV, die der Labormediziner erbracht hat, durch den anfordernden niedergelassenen Arzt ist nicht zulässig (vergleiche Verwaltungsgericht Frankfurt /M., Az.: 12 E 1973/96 [2]). ◄

► Selbstständige Leistungen nebeneinander
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4186
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, 31-32 (05.08.2002), Seite A-2131
Das Gebührenverzeichnis der Amtlichen Gebührenordung für Ärzte (GOÄ) ist ein Katalog von einfacheren und komplexeren Einzelleistungen, von denen jede für sich – im Regelfall – eine eigenständige medizinische Prozedur abbildet, sei es eine Blutentnahme oder eine Lebertransplantation. Um zu verhindern, dass die Gebühr für komplexere Leistungen baukastenartig erweitert wird, ist in vielen Fällen die Berechnungsfähigkeit einer Gebührenposition an die Abrechnungsbestimmung, nur ‚als selbstständige Leistung‘, geknüpft (zum Beispiel die Ureterolyse nach Nr. 1829 a).
Das übergeordnete Strukturprinzip zur Entscheidung der Frage, ob eine Leistung mit der Berechnung der Gebühr für eine komplexere Leistung als abgegolten betrachtet werden muss, ist das so genannte Zielleistungsprinzip. Der Begriff der ‚Zielleistung‘ ist ein Ordnungsbegriff, der als solcher im Wortlaut der GOÄ nicht vorkommt. Grundgedanke des Zielleistungsprin-

zips ist, dass ausschließlich ‚selbstständige Leistungen' ohne gebührenwirksame inhaltliche Überschneidung ‚nebeneinander' berechnet werden dürfen. Hauptschauplatz der Auseinandersetzungen ist die Abrechnung verschiedener operativer Eingriffe innerhalb eines Operationsgebietes in einer Sitzung. Für operative Einzelschritte, die ‚zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendig' sind, kann gemäß § 4 Absatz 2 a GOÄ keine Gebühr berechnet werden. Handelt es sich hingegen um methodisch verzichtbare, nur bei besonderen Indikationen durchgeführte Zusatzeingriffe, die als fakultative Maßnahmen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung mitberücksichtigt sind, so müssen diese als selbstständige Leistungen anerkannt werden, auch wenn diese nicht als ‚alleinige Leistung', sondern vorwiegend im Zusammenhang mit einem anderen Haupteingriff durchgeführt werden. Dies trifft beispielsweise auf die subtotale Synovektomie (bei rheumatoider Arthritis) oder die Pfannendachplastik (bei Hüftgelenksdysplasie) zu, wenn diese neben dem Einbau einer Hüftgelenksendoprothese nach Nr. 2151 durchgeführt werden. Beide Eingriffe bilden eigenständige Leistungsziele ab, die nicht mit aufwandssteigernden Begleitfaktoren – wie eine Adi-positas permagna – gleichzusetzen sind, welche gebührentechnisch durch die Anwendung eines höheren Steigerungsfaktors abgebildet werden.
Gebührenrechtlich schwieriger zu interpretieren sind jene Fälle, in denen sich im Vergleich zu dem veralteten Leistungsverzeichnis der Operationsstandard so sehr verändert hat, dass methodisch verzichtbare, aber inzwischen medizinisch empfohlene Begleitmaßnahmen routinemäßig durchgeführt werden. Auch wenn die neue zusätzliche Leistung – historisch betrachtet – noch nicht bei der Bewertungsfindung für die Gebührenposition berücksichtigt gewesen sein kann, ist zu prüfen, ob es sich hierbei im Einzelfall nicht eher um eine Modifikation des Operationsverfahrens handelt, die entsprechend § 4 Abs. 2 a GOÄ als „besondere Ausführung" zu werten ist. Aus diesem Grund wurde beispielsweise die Einführung einer Markraumsperre im Zusammenhang mit der Hüftgelenksendoprothetik von der Bundesärztekammer nicht als selbstständige Leistung anerkannt. ◄

► Urteile zum Zielleistungsproblem
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.4187
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 27 (02.07.2004), Seite A-1995
Die operativen Fachgebiete sind und bleiben die Sorgenkinder der GOÄ Auslegung. Da im Zuge der letzten Teilnovellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) trotz vorliegender Vorschläge der Bundesärztekammer eine Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses für die operativen Fachgebiete auf Druck der Bundesländer und der Beihilfe weitgehend ausgesetzt wurde, hat hier die 1996 in den Verordnungstext aufgenommene Neuformulierung des Zielleistungsprinzips – als Klarstellung beabsichtigt – den überwiegenden Anteil der privatärztlichen Honorarstreitigkeiten ausgelöst.
Für 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. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte (§ 4 Abs. 2 a GOÄ). Der Ausschuss ‚Gebührenordnung' der Bundesärztekammer zielt im Interesse aller Beteiligten – Patient, Arzt und Kostenerstatter – mit seinen Abrechnungsempfehlungen ab auf eine Differenzierung in Teilleistungen, die als unselbstständige Teilschritte unter die jeweilige Zielleistung beziehungsweise unter eine einzige Gebührenposition zusammenzufassen sind – und je nach individueller Indikationsnotwendigkeit erforderliche Zusatzleistungen. Die private Krankenversicherung versucht hingegen, die je nach Einzelfall medizinisch erforderlichen Zusatzleistungen mit methodisch notwendigen operativen Teilschritten gleichzusetzen -und zwar regelhaft und systematisch. Dass dies nicht mit dem Wortlaut von § 4 Abs. 2 a GOÄ und der Absicht des Verordnungsgebers konform geht, wurde erstmals richtungsweisend im Urteil des Landgerichts Karlsruhe vom 28. März 2003 entschieden (Az.: 1 S 206/02).
Inzwischen haben verschiedene andere Gerichte im Sinne der wortlautgetreuen Karlsruher Auslegung des Zielleistungsprinzips entschieden. So hat zum Beispiel das Landgericht Stade im Fall einer strittigen Hüftgelenks-Totalendoprothesen-Liquidation ausgeführt, dass, die methodisch notwendigen operativen Einzelschritte (. . .) gerade nicht mit den medizinisch notwendigen Schritten zur Herbeiführung des Operationserfolges gleichzusetzen sind. Der Begriff der methodisch notwendigen Einzelschritte ist ungleich enger.' (Landgericht Stade, Urteil vom 31. März 2004, Az.: 2 S 81/03). Im vorinstanzlichen Urteil sei zutreffend davon ausgegangen worden, dass unter anderen die Gebührenpositionen Nr. 2103 (Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk), Nr. 2113 (Synovektomie in einem Hüftgelenk) nicht zu den ‚methodisch notwendigen Einzelschritten' einer Hüft-Totalendoprothese nach Nr. 2151 nach Maßgabe von § 4 Absatz 2 a GOÄ zählen.
Auch das Urteil des Landgerichts Köln im Fall einer strittigen Liquidation zu einer Hallux-valgus-Opera-tion differenziert in methodisch notwendige Teilleistungen oder Modifikationen, die mit dem Ansatz der Gebührenposition Nr. 2297 (Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion) bereits abgegolten sind, und zusätzliche Weichteileingriffe im Rahmen einer gelenkerhaltenden Operationstechnik, die ‚sich daher bereits rein denklogisch nicht mit einer Gelenkresektion' – wie in Nr. 2297 abgebildet – vereinbaren lässt (Landgericht Köln, Urteil vom 17. Dezember 2002, Az.: 25 S 2/02). ◄

► Aufsichtspflicht bei Laborleistungen
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.6751
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Nr. 41 (10.10.2008), S. A-2182
Die Delegation und Abrechnung von Laborleistungen wurde mit der Vierten Änderungsverordnung zur Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 1996 stark eingeschränkt. Neben einem Praxislabor (M I GOÄ) wurden ein delegierbares Basislabor (M II GOÄ) und das nicht an eine Laborgemeinschaft delegierbare Speziallabor (M III und M IV GOÄ) geschaffen. Da die Einschränkung der Delegationsfähigkeit auf M II anfangs zu erheblichen Irritationen geführt hatte, fasste die Bundesärztekammer (BÄK) 1996 einen Auslegungsbeschluss (DÄ, Heft 9/1996, Seite A 562). Dieser erläutert die Neufassung von § 4 Absatz 2 Sätze 1 und 2 GOÄ. Entscheidend war aber die Klarstellung, was unter „Aufsicht und fachlicher Weisung" des Arztes bei Leistungen des Speziallabors zu verstehen ist. Grundsätzlich könne der Arzt delegationsfähige Leistungen des Abschnitts M III und M IV GOÄ unter seiner Aufsicht und fachlicher Weisung an nachgeordnetes Personal delegieren. Er habe jedoch bei allen Schritten der Leistungserbringung persönlich anwesend zu sein (Ausnahme: technische Erstellung durch automatisierte Verfahren). Die Schritte der Leistungserstellung ergeben sich aus den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M Ziffer 1 GOÄ. Der Beschluss der BÄK von 1996 erläutert diese detaillierter: Sicherstellung ordnungsgemäßer Probenvorbereitung; regelmäßige stichprobenartige Überprüfung der Laborgerätewartung und Bedienungsabläufe durch das

Laborpersonal einschließlich der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen; persönliche und nicht nur telefonische Erreichbarkeit innerhalb kurzer Zeit zur Aufklärung von Problemfällen; persönliche Überprüfung der Plau-sibilität der aus Untersuchungsmaterial erhobenen Parameter nach Abschluss des Untersuchungsgangs, um bei auftretenden Zweifeln dieselbe Probe zeitnah erneut analysieren zu können; unmittelbare Weisungsberechtigung gegenüber dem Laborpersonal sowie Dokumentation der Wahrnehmung der Verantwortung. Die BÄK hat sich im Jahr 2000 erneut mit den Regelungen zu den Speziallaborleistungen befasst (DÄ Heft 30/2000, Seite A 2058-9). Dies wurde notwendig, weil Stellungnahmen darauf hinwiesen, dass sich durch die Weiterentwicklung der Technik die umfassende Aufsichtspflicht des Arztes bei der Erbringung von Speziallaborleistungen erübrige, da er insbesondere auf die „Blackbox-Verfahren" nicht einwirken könne. Die BÄK hat den Beschluss von 1996 bestätigt, ergänzt und ausführlich erläutert. Ausschlaggebend für die Auslegungen von 1996 und 2000 sei die gebührenpolitische Zielsetzung des Verordnungsgebers. Dieser habe mit der Neuregelung eine Einschränkung der Beziehbarkeit von Laborleistungen erreichen wollen. Daran habe sich bis heute nichts geändert, und eine Infragestellung der Regelung des § 4 Absatz 2 GOÄ sei nicht wünschenswert, da die Diskussion um das Labor als ärztliche Leistung wieder aufleben könnte. ◄

► **Neue Entscheidung zum Zielleistungsprinzip**
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.6951
Dr. jur. Marlis Hübner – Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 5 (30.01.2009), S. A-21
Mit dem Urteil vom 5. Juni 2008 (Az.: III ZR 239/07) führt der Bundesgerichtshof (BGH) seine Rechtsprechung zum Zielleistungsprinzip konsequent fort. Anlass für die Entscheidung waren Honoraransprüche aus einer Wahlleistungsvereinbarung, die nach einem operativen Eingriff wegen eines Bronchialkarzinoms geltend gemacht wurden. Der Streit entzündete sich darüber, welche Leistungen neben den Zielleistungen nach den Nrn. 2997 (Lobektomie und Lungensegmentresektion) und 3013 (Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem) des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechenbar sind. Der BGH kam zu dem Schluss, dass die Dekortikation der Lunge nach Nr. 2975 des Gebührenverzeichnisses nicht Bestandteil der in der Nr. 2997 mit Lobektomie und Lungensegmentresektion(en) beschriebenen Zielleistung sei. Begründet wurde dies mit den Regelungen in § 4 Abs. 2 a GOÄ. Danach kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr in Rechnung stellt. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Konkretisiert wird die Bestimmung in dem Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) insoweit, als es dort heißt, dass zur Erbringung der in diesem Abschnitt aufgeführten typischen operativen Leistungen in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich sind und dass diese Einzelschritte, soweit sie methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind, nicht gesondert berechnet werden können. Zweck der Bestimmungen zum Zielleistungsprinzip ist es, eine Doppelhonorierung von Leistungen zu verhindern. „Der Arzt darf ein und dieselbe Leistung, die zugleich Bestandteil einer von ihm gleichfalls vorgenommenen umfassenderen Leistung ist, nicht zweimal abrechnen. Daraus folgt zugleich die Selbstverständlichkeit, dass Leistungen, die nicht Bestandteil einer anderen abgerechneten Leistung sind, abrechenbar sind, soweit es sich um selbstständige Leistungen handelt", so der BGH in diesem Urteil.
Sodann stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien beziehungsweise nach welchem Maßstab ein Gericht im Einzelfall zu beurteilen hat, ob einzelne Leistungen methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung sind. Der BGH vertritt die Auffassung, dass dies nicht danach beurteilt werden könne, ob die Leistungen im konkreten Einzelfall nach den Regeln ärztlicher Kunst notwendig seien, damit die Zielleistung erbracht werden könne. Vielmehr seien bei Anlegung eines abstrakt-generellen Maßstabs wegen des abrechnungstechnischen Zwecks dieser Bestimmungen vor allem der Inhalt und der systematische Zusammenhang der Gebührenordnungspositionen zu beachten und deren Bewertung zu berücksichtigen.
Gemessen an diesen Grundsätzen könne die besondere Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach der Nr. 2975 (Dekortikation der Lunge) des Gebührenverzeichnisses nicht verneint werden. Dabei hebt der BGH besonders hervor, dass weder in der Leistungsbeschreibung noch in der Bewertung ein Anhaltspunkt dafür gegeben sei, wonach die mit 4 800 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 2975 in der mit 5 100 Punkten nur unwesentlich höher bewerteten Leistung nach Nr. 2997 enthalten sei oder als deren besondere Ausführung im Sinne des § 4 Abs. 2 a S. 1 GOÄ zu behandeln wäre. Auch wenn noch die in beiden Gebührennummern enthaltenen 1 110 Punkte für die Eröffnung der Brusthöhle zu berücksichtigen seien, ergebe sich kein anderes Ergebnis, als in der Leistung nach Nr. 2975 eine selbstständige im Sinne des § 4 Abs. 2 a S. 1 GOÄ zu sehen. ◄

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung der Gebühren sind Bruchteile eines Cent unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

(4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

Kommentar:

Im Paragraphen 5 der GOÄ wird die Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses geregelt. Wenn man die 5 Absätze zusammenfasst, ergibt sich Folgendes:

1. Jede der einzelnen Gebühren bemisst sich nach dem 1fachen bis 3,5fachen Satz der Gebührenordnung. Ein Überschreiten des 2,3fachen Satzes der Gebührenordnung ist nur dann zulässig, wenn die Schwierigkeiten der Leistungserbringung und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung eine Überschreitung des 2,3fachen Satzes sinnvoll und nötig machen. Dieser Gebührenrahmen vom 1- bis 3,5fachen ist – ohne dass dies im Text besonders erwähnt wird – für „persönlich-ärztliche“ Leistungen (im Gegensatz zu „medi-zinisch-technischen“ Leistungen) anzuwenden. Damit sollen die überwiegend durch den persönlichen Einsatz des Arztes geprägten Leistungen hervorgehoben werden.
2. Gebühren für die Abschnitte A (Gebühren in besonderen Fällen), E (physikalisch-medizinische Leistungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) des Gebührenverzeichnisses bemessen sich nach dem 1fachen bis 2,5fachen Satz des Gebührensatzes. Wird hier eine Gebühr über den 1,8fachen Satz bis zum 2,3fachen des Gebührensatzes eingesetzt, so gelten dieselben Kriterien wie oben bei der Überschreitung des 2,3fachen bis 3,5fachen Satzes. Die Reduzierung des Gebührenrahmens ist dadurch begründet, dass diese (medizinisch-technischen) Leistungen einen überdurchschnittlich hohen Kostenanteil haben, so z. B. bei Röntgenleistungen bei ca. 70 % des Gebührensatzes, oder weil die Leistungen in erheblichem Umfange unter Zuhilfenahme von Hilfskräften oder Apparaturen erbringbar sind, der persönlich-ärztliche Anteil also deutlich reduziert ist (so auch die Amtliche Begründung zur GOÄ 82).
3. Gebühren für die Leistung nach Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses sowie die in den Abschnitten M (Laborleistungen) der GOÄ bemessen sich nach dem 1fachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Auch hier gilt, dass eine Überschreitung des 1,3fachen des Gebührensatzes mit Schwierigkeiten oder erhöhten Zeitaufwand verbunden sein muss. Die (noch weitergehende) Reduzierung des Gebührenrahmens für Laborleistungen ist nach der amtlichen Begründung dadurch erklärbar, dass bei der Erbringung dieser Leistungen die Unterschiede hinsichtlich des jeweiligen leistungsspezifischen Schwierigkeitsgrades und Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung äußerst gering seien.

Nur in seltenen Ausnahmefällen sei deswegen eine vom Regelfall abweichende Differenzierung in der Bemessung der Gebühren zu rechtfertigen. Die Zuordnung der Nr. 437 zu diesem Komplex erfolgte deswegen, weil diese Leistung eine Pauschale für Laborleistungen umfasst, die im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung erbracht werden. § 5 Abs. 2 Satz 4 schränkt das Ermessen bei der Ausübung der Gebührenbestimmung dadurch ein, dass als sog. „Regelspanne“ ein kleinerer Gebührenrahmen für den Regelbehandlungsfall („in der Regel ...“) definiert wird. Eine Überschreitung des Höchstsatzes dieser Regelspanne, des sog. „Schwellenwertes“, ist nur dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten vorliegen, die sich von den sonst vorliegenden üblichen Umständen deutlich abheben.

Die Praxis hat relativ bald nach Inkrafttreten dieser Regelungen in der GOÄ 82 ein Verhalten herauskristallisiert, welches sich an den Schwellenwerten, also an der Obergrenze der Regelspanne, orientiert. Nach einem Erfahrungsbericht der Bundesregierung vom 18.12.1985 wurde bereits 1984 bei den persönlich-ärztlichen Leistungen in 83,7 % aller Fälle und bei den medizinisch-technischen Leistungen in 88,7% der Fälle genau der Regelhöchstsatz berechnet (repräsentative Rechnung-

sauswertung des Verbandes der privaten Krankenversicherung). 1994 betrug dieser Anteil 94,1% im ambulanten und 90,1% im stationären Bereich (Zahlen der PKV).
Obwohl bereits die Bundesregierung in dem Erfahrungsbericht gewarnt hatte, ein solches Abrechnungsverhalten entspreche nicht den Bestimmungen der Gebührenordnung und müsse zu einer „Einheitsgebühr" führen, ist der Anteil der zum Regelhöchstsatz abgerechneten Leistungen immer weiter angestiegen. Damit besteht in der Tat die Gefahr, dass die Ärzteschaft den immer wieder in der Politik geäußerten Forderungen Nahrung gibt, das jetzige Konzept der GOÄ zu Gunsten von Festgebühren für ärztliche Leistungen aufzugeben. Dies würde eine einzelfallgerechte Leistungsvergütung aber nicht mehr ermöglichen.
In der Literatur wird zum einen die Theorie vertreten, bei einer Durchschnittsleistung (durchschnittliche Schwierigkeit, durchschnittlicher Zeitaufwand, keine besonderen Umstände bei der Ausführung) sei der Mittelwert der Regelspanne (z. B. zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes) als Maßstab anzusetzen (Uleer, Miebach, Patt, § 5, Rdn. 36 ff.). Andere halten diese „kleine Mittelwerttheorie" für nicht schlüssig und stellen auf einen Mittelwert zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen ab (Hoffmann, Kleinken § 5, Rdn. 7, Kommentar zur GOÄ § 5, 1.2.)
Eine aktuelle Entscheidung hierzu stellt das Urteil des BGH vom 8.11.2007 (III ZR 54/07) dar, dessen Leitsatz wie folgt lautet:
„Es stellt keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3fachen bzw. dem 1,8fachen des Gebührensatzes abrechnet."
Wegen der Unschärfe der GOÄ-Regelungen und da die Abrechnung der meisten ärztlichen Leistungen zu den Schwellenwerten der GOÄ vom Verordnungsgeber bereits über einen langen Zeitraum hingenommen wurde, sei nach Ansicht des BGH die Abrechnung der durchschnittlichen Ärztlichen Leistungen zu den Schwellenwerten nicht zu beanstanden.

Die verschiedenen Steigerungssätze

I. Die nachfolgenden Leistungen dürfen nur bis zum 2,5fachen des Vergütungssatzes bemessen werden. Die Begründungsschwelle liegt bei 1,8.

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ-Nrn.
B	Grundleistungen u. allgemeine Leistungen	**2 und 56**
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	**250, 250a, 402, 403**
E	Physikalisch-medizinische Leistungen	**alle Leistungen dieses Abschnitts**
F	Innere Medizin / Kinderheilkunde Dermatologie	**602, 605–617, 620–624, 635–647, 650, 651, 653, 654, 657–661, 665–666, 725, 726, 759–761**
G	Neurologie / Psychiatrie u. Psychotherapie	**855–857**
H	Geburtshilfe und Gynäkologie	**1001 und 1002**
I	Augenheilkunde	**1255–1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268–1270n**
J	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	**1401, 1403–1406, 1558–1560**
N	Histologie, Zytologie und Zytogenentik	**4850–4873**
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie u. Strahlentherapie	**alle Leistungen dieses Abschnitts**

II. Die nachfolgenden Leistungen dürfen nur bis zum 1,3fachen des Vergütungssatzes bemessen werden. Die Begründungsschwelle liegt bei 1,15.

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ-Nrn.
M	Laboratoriumsuntersuchungen	**alle Leistungen dieses Abschnitts**
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen:	**nur Nr. 437**

III. Alle bisher nicht aufgeführten Leistungen dürfen nur bis zum 3,5fachen des Vergütungssatzes bemessen werden. Die Begründungsschwelle liegt bei 2,3.
Im Basistarif dürfen alle bisher nicht aufgeführten Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Vergütungssatzes bemessen werden.

Wenn vom Schwellenwert abgewichen wird, kann dies mit der Schwierigkeit der Leistungserbringung, einem besonderen Zeitaufwand oder den Umständen begründet werden. Insbesondere Schwierigkeiten, mit denen in der Regel nicht zu rechnen ist, rechtfertigen die (volle) Ausschöpfung des Gebührenrahmens (so Verwaltungsgericht Frankfurt Urteil vom 07.07.1993 – IX/1 E 300/92). Zur Abweichung von den obigen Sätzen durch vorformulierte Honorarvereinbarungen siehe Kommentierung zu § 2 GOÄ.

Begründungen für die Überschreitung des Schwellenwertes
Die Autoren haben mit mehreren Kollegen, Berufsverbänden und auch privatärztlichen Verrechnungsstellen über mögliche Begründungen für die Überschreitung gesprochen. Nachfolgend eine beispielhafte Liste:

Diagnostik

Besonderheiten bei Feststellung der Differential-Diagnose
- überlagernde Begleiterkrankungen
- Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik
- Atypie von Anamnese/Befund
- schwierige Diagnostik wegen atypischer Lokalisation des Krankheitsherdes
- schwierige Interpretation des Befundes
- häufig wechselndes Beschwerdebild mit erheblicher differenzialdiagnostischer Problematik

Besonderheiten der Gefäßverhältnisse
- Zustand nach Thrombose
- Adipositas
- komplizierte Venenverhältnisse
- Zustand nach iv. /ia. Langzeitbehandlung

Besondere Verhältnisse bei dem Eingriff
- Kreislaufzwischenfall
- Schockzustand
- Risikofaktoren bei akuten Komplikationen
- Inkooperativer Patient
- Kontrastmittelunverträglichkeit
- vermehrter Zeitaufwand durch Blutstillung nach Biopsie
- erhebliche Spastik bei der Untersuchung
- Unruhe des Patienten
- krankheitsbedingte Organanomalien

Komplizierende Begleiterkrankungen
- siehe Diagnose
- Langzeitbehandlung mit Medikamenten

Erschwerte Leistungserbringung
- Abwehrhaltung des Säuglings bzw. Kleinkindes
- Einschränkung der verbalen Kommunikationsmöglichkeit
- Adipositas
- atypische Gewebsstruktur
- Lebensalter des Patienten
- Kreislauflabilität
- Polytraumatisierung

Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten

Aus verständlichen Gründen nur langsam herbeizuführende Mitarbeit des Patienten
- zerebrale Funktionsstörung
- Lebensalter des Patienten

Notwendige langsame Injektion
- Kalzium u. a.
- Chemotherapeutika
- Unverträglichkeit der Medikamente untereinander

Komplizierte Beurteilung durch eingeschränkte Materialgewinnung

Besondere Präparataufbereitung/Sonderfärbung für mikroskopische Beurteilung Erschwerte Leistungserbringung bei cerebralen Entwicklungsstörungen

Besonderheiten der Akuterkrankung in Diagnose und Therapie
- überlagernde Begleiterkrankungen
- therapieresistente Verlaufsform

Therapie

Besonderheiten der Therapiekontrolle
- überlagernde Begleiterkrankungen
- Arzneimittelnebenwirkungen
- Interferenzwirkung mit anderen Medikamenten
- präoperative Problematik der Differential- und Ausschlussdiagnose mit Beachtung von Zusatz- und Zweitdiagnosen
- operativ bedingte Veränderung
- Abgrenzung bei ergänzender Anamnese
- Normvariante Befunde
- zusätzl. Untersuchungen bzw. Überlegungen wegen wichtiger Begleiterkrankungen
- Infektionsausdehnung
- häufig wechselndes Beschwerdebild mit unterschiedlicher Reaktion auf die jeweilige Therapie

Besonderheiten der Differential-Therapie
- überlagernde Begleiterkrankungen
- therapeutisch mehrdeutige Situation durch Grundkrankheit
- besondere/atypische Therapiereaktion
- aufwendige intraarterielle Therapie
- Interferenz mit der Behandlung der Begleiterkrankungen
- erhebliche Nebenwirkungen wegen der Grundkrankheit
- Infektionsausdehnung
- Therapieresistente Verlaufsform
- Unverträglichkeit üblicher Basistherapeutika

Komplizierte Indikationsstellung zur Therapie
- Lebensalter des Patienten

Aufwändige Therapieplanung
- Wechselwirkungsproblematik bei notwendiger Mehrfachmedikation
- atypische Reaktionsbereitschaft auf Therapie/Medikation

Besonderheiten der gestörten Stoffwechselsituation
- schwierige Neueinstellung des Diabetes

Routinemäßige Beanstandungen der Beihilfestellen bei Liquidationen oberhalb des Schwellenwertes sind nach einem Urteil des Oberverwaltungsgerichts Bremen vom 18.02.1986 (Az: 2 BA 40/85 und 7/86) rechtswidrig.
Danach dürfen die Beihilfestellen nicht standardmäßig eine weitere Erläuterung zu der bereits in der Rechnung abgegebenen Begründung fordern. Der Bundesinnenminister hatte bereits in einem Grundsatzerlass vom 16.08.1983 (Az: D III 5-213 103-2/1) auf diesen Sachverhalt hingewiesen und ausgeführt, dass eine zusätzliche Erläuterung nur bei erheblichen Zweifeln am Rechnungsinhalt gefordert werden solle. Fälle, die ein Abweichen vom Schwellenwert wegen Schwierigkeit, Zeitaufwand oder Umständen der Leistungserbringung begründen, können sein
- Kombination mehrerer Erkrankungen mit der Folge erschwerter Leistungserbringung
- komplizierte Begleiterkrankung, unvorhergesehene Komplikationen bei einer Operation
- unvorhersehbare Störung der Vitalfunktion, Versorgung außerhalb der Praxis z. B. bei einem Verkehrsunfall, schwieriger Eingriff, der üblicherweise in der Klinik durchgeführt wird, Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Ausländer, Taube, Stumme) usw.

Leistungen, die diese Kriterien bereits zum Inhalt der Legende haben (z. B. Zeitaufwand von über 5 Stunden bei Lumbalanästhesie nach Nr. 474 GOÄ) können mit derselben Begründung (hier: 5 Stunden Zeitaufwand) nicht mit einem höheren Steigerungsfaktor belegt werden.
Der Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 5 bei wahlärztlichen Leistungen, der auf Betreiben des Bundesrates eingeführt wurde, beschränkt die Liquidation des Wahlarztes in den Fällen, in denen weder er noch sein ständiger Vertreter die Leistung erbracht hat. Dadurch soll die durch die „höchstpersön-

liche“ Leistungserbringung des Wahlarztes gekennzeichnete besondere Situation hervorgehoben werden. Tritt diese in den Hintergrund, soll auch die Liquidationsmöglichkeit eingeschränkt werden. In Verbindung mit § 2 Abs. 3 ergibt sich für die Liquidation wahlärztlicher Leistungen somit folgendes Bild:

Person des Leistungserbringers	Rahmen für die Vergütung
Wahlarzt	nach § 5 Abs. 1 Satz 1 (= 1- bis 3,5fach);
„Höchstpersönliche Leistungserbringung“	nach § 5 Abs. 3 Satz 1 (= 1- bis 2,5fach); nach § 5 Abs. 4 Satz 1 (= 1- bis 1,3fach); Honorarvereinbarung gem. § 2
ständiger ärztlicher Vertreter des Wahlarztes (delegierte Leistungserbringung)	nach § 5 Abs. 1 Satz 1 (= 1- bis 3,5fach); nach § 5 Abs. 3 Satz 1 (= 1- bis 2,5fach); nach § 5 Abs. 4 Satz 1 (= 1- bis 1,3fach)
nachgeordneter Arzt des Krankenhauses (delegierte Leistungserbringung)	Regelspanne nach § 5 Abs. 2 Satz 4 (= 1- bis 2,3fach); Regelspanne nach § 5 Abs. 3 Satz 2 (= 1- bis 1,8fach); Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 4 Satz 1 (= 1- bis 2,3fach bzw. 1- bis 1,8fach)

■ Rechtsprechung

Abrechnung mit dem Höchstsatz der Regelspanne
Es liegt kein Ermessensfehler vor, wenn der Arzt persönlich-ärztliche und medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne abrechnet, also 2,3 fachen bzw. 1,8 fachen des Gebührensatzes.
Aktenzeichen: BGH, 08.11.2007, AZ: III ZR 54/07
Entscheidungsjahr: 2007

Überschreiten des Gebührenrahmens der GOÄ
Der in § 5 Abs.1 S.1 GOÄ festgelegte Gebührenrahmen vom 1fachen bis 3,5 fachen Steigerungssatz geht von einem mittleren Standard bei der Leistungsqualität aus. Die Festlegung eines höheren Gebührenrahmens ist grundsätzlich zulässig; dies kann aber nicht in Allgemeinen Geschäftsbedingungen erfolgen, vielmehr ist eine Individualvereinbarung erforderlich – vgl. § 2 GOÄ. Zu den Voraussetzungen einer Individualvereinbarung hat das Bundesverfassungsgericht in einem Beschluss vom Okt. 2004 angemerkt: die Ansicht, eine wirksame Vereinbarung liege nur dann vor, wenn dem Patienten ein echtes Mitspracherecht bei der Angemessenheit der Bezahlung eingeräumt werde, ist sehr zweifelhaft. Denn dann müsste der Arzt um die Gebührensätze regelrecht „ feilschen „ und hätte dafür auch noch die Beweispflicht. Der Vorgang des Aushandelns müsste daher vor Zeugen geschehen. Dies ist aber eine gravierende Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit, Art. 12 GG. Es sind keine schutzwürdigen Belange der Patienten erkennbar, die eine Individualvereinbarung nur dann zuließen, wenn der Preis zur Verhandlungssache erklärt wird. Dem Patienten steht es ja frei, die Leistung eines anderen Arztes in Anspruch zu nehmen, wenn ihm der Gebührensatz zu hoch ist.
Aktenzeichen: BVerfG, 25.10.2004, AZ: 1 BvR 1437/02
Entscheidungsjahr: 2004

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Grundsätzliches zum Gebührenrahmen (1)
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4188.5594
Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 101, Heft 42 (15.10.2004), Seite A-2840
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält drei verschiedene Gebührenrahmen. Die gängigen Bezeichnungen ‚(persönlich-)ärztlich‘ und ‚(medizinisch-)technisch‘ für die ersten beiden Gebührenrahmen stammen nicht aus der GOÄ, sondern sind in der amtlichen Begründung zum Entwurf der GOÄ vom 12. November 1981 zu finden. Der dritte Gebührenrahmen ist erst durch eine weitere Absenkung des ‚tech-nischen‘ Gebührenrahmens entstanden und gilt seit dem 1. Januar 1996 für Leistungen des Abschnittes M und die Nummer 437 GOÄ.
Der ‚ärztliche‘ Gebührenrahmen wird definiert in § 5 Absatz 2 der GOÄ und ‚wird bemessen zwischen dem Einfachen bis 3,5fachen des Gebührensatzes‘. Mittelwert ist der 2,3fache Gebührensatz. Der ärzt-liche‘ Gebührenrahmen wird aus historischen Gründen auch oft als ‚großer Gebührenrahmen‘ bezeichnet. Der „technische“ Gebührenrahmen ergibt sich aus § 5 Absatz 3 der GOÄ. Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ werden zwischen dem Einfachen bis 2,5fachen des Gebührensatzes bemessen. Mittelwert ist 1,8fach. Dieser Gebührenrahmen wird aus historischen Gründen auch als ‚kleiner Gebühren-rahmen‘ bezeichnet. Der Abschnitt A trägt die Überschrift ‚Gebühren in besonderen Fällen‘ und besteht aus einer Sammlung von Gebührenpositionen aus den Abschnitten B bis N der GOÄ. Im Abschnitt A stehen beispielsweise das Rezept

(Nummer 2), das EKG (Nummer 650) und viele mehr. Bei dem Abschnitt E (Nummern 500 bis 569) handelt es sich um physikalisch medizinische Leistungen, wie beispielsweise die ‚krankengymnastische Teilbehandlung . . .' (Nummer 507). Bei den Leistungen aus dem Abschnitt O (Nummern 5000 bis 5855) der GOÄ handelt es sich um diagnostische und invasive Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie. Eine Leistung aus dem Abschnitt O ist beispielsweise die einseitige Angio-kardiographie (Nummer 5315).
Die Bewertung der Gebührenpositionen aus den Abschnitten A, E und O mit dem kleinen Gebührenrahmen (1,0- bis 2,5fach) wurde begründet mit ‚einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil' und ‚durch die Möglichkeit, diese Leistungen weitgehend unter Zuhilfenahme von Hilfskräften oder Apparaten zu erbringen'.
Der dritte Gebührenrahmen ergibt sich aus § 5 Absatz 4. Die nochmalige Reduzierung des Gebührenrahmens für Leistungen des Abschnittes M einschließlich der Nummer 437 GOÄ (Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung) auf den ‚einfachen bis 1,3fachen Gebührensatz' wurde damit begründet, dass die Laboruntersuchungen durch einen hohen Grad an Automatisierung gekennzeichnet und die Unterschiede hinsichtlich des Schwierigkeitsgrades, des Zeitaufwandes und der Umstände bei der Ausführung sehr gering seien, sodass diese Variationsbreite ausreichte. Mittelwert ist der 1,15fache Satz.
Bei den gängigen Computerprogrammen sind die Gebührenrahmen korrekt hinterlegt. Es kann jedoch vorkommen, dass man den Gebührensatz mit einem für diese Gebührenposition nicht zulässigen Gebührensatz überschreiben kann, ohne dass eine Warnung angezeigt wird. ◄

► Spezielles zum Gebührenrahmen (2)
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4188.5593
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 44 (29.10.2004), Seite A-2980
In der Regel werden die Gebühren zwischen dem 1,0fachen Satz und dem Mittelwert bemessen. Ein Überschreiten der Mittelwerte ist dann gebührenrechtlich zulässig, wenn Besonderheiten der so genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Nach § 5 Absatz 2 der GOÄ können die Gebühren (innerhalb des Gebührenrahmens) nach billigem Ermessen (jede Zahl zwischen 1,0fach und dem Höchstwert) unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung und der Umstände bei der Ausführung bemessen werden. Diese Bemessungskriterien gelten für alle drei Gebührenrahmen. Lediglich für den ärztlichen Gebührenrahmen gilt, dass die Besonderheit der einzelnen Leistung gegebenenfalls durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet werden kann.
Das Kriterium ‚Zeitaufwand' trifft zu, wenn beispielsweise eine Beratung überdurchschnittlich lange dauert, weil der Patient zahlreiche Unterlagen zur Beurteilung mitbringt, oder es sich um eine zeitaufwendige Erstanamnese handelt. Das Kriterium ‚Schwierigkeit' kann zutreffen, wenn beispielsweise eine Koloskopie aufgrund einer ‚Verstuhlung' oder bei Stenosen im Rahmen von entzündlichen Erkrankungen hohe Anforderungen an den Untersucher stellt. Bei dem Kriterium ‚Umstände bei der Ausführung' kann es sich beispielsweise um eine Reanimation auf der Straße handeln oder um die Versorgung eines Verletzten, der im Auto eingeklemmt ist. Das Kriterium ‚Schwierigkeit des Krankheitsfalles' kann vorliegen, wenn die Differenzialdiagnose aufgrund sich überlagernder Symptome verwandter Erkrankungen außergewöhnlich schwierig ist. Die Beurteilung, ob eine Leistung schwierig(er), zeitaufwendig(er) und die Umstände bei der Ausführung besonders waren, obliegt immer dem behandelnden Arzt.
Die Begründung der Abrechnung über dem Mittelwert muss nach § 5 Abs. 2 auf die einzelne Leistung bezogen sein. Diese Forderung findet sich wieder in § 12 Abs. 3. Danach muss eine für den Zahlungspflichtigen verständliche und nachvollziehbare, auf die einzelne Leistung bezogene, Begründung auf der Rechnung angegeben werden, damit die Rechnung fällig wird. Anforderungen an eine Begründung sind: leistungsbezogen, verständlich und nachvollziehbar. Daraus muss man schließen, dass eine Wiederholung der Bemessungskriterien wie etwa ‚zeitaufwändig', ‚schwierige Differenzialdiagnose' oder ‚schwierige Technik' nicht ausreichend ist, da dies weder den Bezug zur einzelnen Leistung (an diesem Patienten) herstellt, noch für den Zahlungspflichtigen nachvollziehbar ist. Die genannten Beispiele sind daher meine Anregung, aber keine mustergültige Empfehlung. ◄

► Gebührenrahmen im Krankenhaus (3)
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4188.5592
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 46 (12.11.2004), Seite A-3126
Für den stationären Bereich gibt es eine Sonderegelung zum Gebührenrahmen in § 5 Abs. 5: Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, darf für Leistungen des ärztlichen Gebührenrahmens statt bis zum 3,5fachen nur bis zum 2,3fachen Gebührensatz und für Leistungen des technischen Gebührenrahmens statt bis zum 2,5fachen nur bis zum 1,8fachen Gebührensatz berechnet werden. Die Einschränkung gilt für den wahlärztlichen Bereich (stationäre Behandlung durch den liquidationsberechtigten [Chef-] Arzt), aber weder für den Belegarzt noch für die ambulante (Chef-)Arztbehandung.
Diese Regelung bedeutet, dass delegierbare Leistungen, die nicht vom Wahlarzt (liquidationsberechtigter Arzt) oder dessen ständigem ärztlichen Vertreter erbracht werden, nur bis zum Mittelwert des jeweiligen Gebührenrahmens berechnet werden dürfen.
Nicht delegierbare Leistungen ergeben sich aus § 613 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und § 4 Absatz 2 Ziffern 1 bis 3 der GOÄ. § 613 Satz 1 BGB besagt, der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Anspruch auf die Dienste ist im Zweifel nicht übertragbar.' Eine Präzisierung der Delegationsfähigkeit findet man im Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 26. April 1995 (Az.: 3 U 97/94). Wann die Delegation möglich ist, wird im § 4 Absatz 2 GOÄ ausgeführt. Dort sind beispielsweise Visiten, einfacher Verband (Nummer 200), Blutentnahmen, sub- und intrakutane sowie intramuskuläre Injektionen und Kurzinfusionen genannt, die für den gesamten stationären Aufenthalt nicht delegierbar sind. Dies bedeutet, die Leistungen können nur dann berechnet werden, wenn sie vom Wahlarzt (Chefarzt) oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden.
Wird ein Patient stationär in der Chirurgie behandelt und durch einen Facharzt, der nicht ständiger ärztlicher Vertreter des Chefarztes ist (wird beispielsweise (die delegierbare) Sonographie der Abdominalorgane durchgeführt), so kann diese Unter-

suchung nur bis zum Mittelwert (hier 2,3fach) berechnet werden. Zeitaufwand, Schwierigkeit und Umstände bei der Ausführung können nur innerhalb der Regelspanne (1,0fach bis 2,3fach) berücksichtigt werden.
Wird die Sonographie jedoch vom Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter vorgenommen und ist die Sonographie nach den Bemessungskriterien besonders zeitaufwändig oder schwierig, kann dies über eine angemessene Erhöhung bis hin zum 3,5fachen Gebührensatz berücksichtigt werden. Die höchstpersönliche Durchführung der Sonographie durch den Chefarzt (Koryphäen-Zuschlag) ist kein Bemessungskriterium zur Liquidation über dem Mittelwert. ◄

► Besondere Umstände, besondere Ausführung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4188.4190
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 36 (05.09.2003), Seite A-2323
Durch das Instrument des Gebührenrahmens bietet die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Möglichkeit, besondere Umstände bei der Leistungserbringung, wie den erhöhten Schwierigkeitsgrad oder erhöhten Zeitaufwand, als gebührensteigernden Faktor zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 2 GOÄ). Gebührensteigernde besondere Umstände im Sinne von § 5 Abs. 2 GOÄ können aber nicht geltend gemacht werden, wenn es sich hierbei nicht um einen durch den individuellen Behandlungsfall verursachten, sondern um einen methodisch-technisch bedingten, der Leistung immanenten besonderen Aufwand handelt – auch dann nicht, wenn der Einsatz der ‚besonderen' Methode mit erhöhten Kosten einhergeht. Bereits 1994 hat das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht im Zusammenhang mit einer Entscheidung über die Vaginalsonographie, die damals noch nicht im Gebührenverzeichnis enthalten war, dargelegt, dass Umstände, die für eine bestimmte ärztliche Leistung typisch sind, ‚begrifflich' keine besonderen Umstände im Sinne von § 5 Abs. 2 GOÄ sein können. Da diese Besonderheiten zur Methode zählen, bedürfen sie keiner Begründung im Einzelfall. Die Vaginalsonographie geht methodisch bedingt mit einem im Vergleich zur Abdominalsonographie erhöhten Aufwand bei der Lagerung der Patientin sowie mit der Verwendung einer speziellen, zusätzliche Kosten verursachenden Vaginalultraschallsonde einher. Sind die neuen, ‚besonderen' Untersuchungs- oder Behandlungsvarianten noch nicht in der GOÄ berücksichtigt, so muss – so das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht – das Gebührenverzeichnis geändert werden (Urteil vom 1. Februar 1994, Az.: 5 L 2971/93).
Wie ist aber bis zu diesem Tage X mit den im Vergleich zu den älteren Leistungen besonderen neueren Untersuchungs- und Behandlungstechniken zu verfahren? Müssen diese unterschiedslos im Sinne einer ‚besonderen Ausführung' nach § 4 Abs. 2 a GOÄ jeweils einer bereits vorhandenen Leistung des Gebührenverzeichnisses zugeordnet werden, oder ist nicht in manchen Fällen die Änderung der Ausführungstechnik so substanziell, dass die Bildung einer Analogbewertung – solange die Schaffung einer neuen adäquaten Gebührenposition auf dem Verordnungsweg auf sich warten lässt – gerechtfertigt? Offensichtlich sah das Oberverwaltungsgericht Niedersachsen im Fall der Vaginalsonographie Handlungsbedarf, andernfalls hätte es nicht die Schlussfolgerung gezogen, dass das Gebührenverzeichnis erweitert werden müsse. Der Ausschuss Gebührenordnung der Bundesärztekammer sieht dies – allen derzeitigen Angriffen einiger privater Krankenversicherungen zum Trotz – unter anderem auch gegeben im Fall der Videosystem-gestützten Untersuchung von Muttermalen (Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer: analog Nr. 612), die im Vergleich zur Auflichtdermatoskopie nach Nr. 750 mit der Anschaffung einer völlig anderen Technologie einhergeht und darüber hinaus erweiterte diagnostische Optionen einschließlich einer verbesserten Verlaufskontrolle ermöglicht. ◄

► Bundesgerichtshof stützt Argumentation der Bundesärztekammer
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4188.5852
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 50 (14.12.2007), Seite A-3504
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht drei Gebührenrahmen vor (§ 5 GOÄ): Für ärztliche Leistungen gilt ein Gebührensatz vom einfachen bis 3,5fachen und „in der Regel [Regelspanne] darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen [Schwellenwert] des Gebührensatzes bemessen werden". Ärztlich-technische Leistungen haben einen Gebührenrahmen vom einfachen bis zum 2,5fachen mit einem Schwellenwert von 1,8fach. Für Laborleistungen gilt ein Gebührenrahmen vom einfachen bis zum 1,3fachen mit einem Schwellenwert von 1,15fach.
Was genau der Gesetzgeber mit der Formulierung „in der Regel darf eine Gebühr nur ..." meint, war in der Vergangenheit strittig. Die privaten Krankenversicherungen legten die Bestimmung so aus, dass der 2,3 fache Satz der „Regelhöchstwert" für ärztliche Leistungen sei, der Arzt seine Leistungen üblicherweise zwischen dem einfachen und 1,8fachen zu berechnen habe, nur in besonders schwerwiegenden Fällen der „Mittelwert" von 1,8fach überschritten werden dürfe und die durchschnittlich schwierige ärztliche Leistung zum 1,8fachen Satz abzurechnen sei. Die Bundesärztekammer (BÄK) hingegen ist der Ansicht, dass es bei der letzten Gesamtreform der GOÄ 1982 ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers gewesen sei, den Schwellenwert zum Richtwert zu machen, um den Fall des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrads und Zeitaufwands, kurz den Normalfall, abzugelten.
Der Bundesgerichtshof (BGH) hatte kürzlich in einem Streitfall zu entscheiden, ob die Leistungen eines Augenarztes, die durchschnittlich schwierig und zeitaufwendig waren, mit dem Höchstsatz der Regelspanne [Regelhöchstwert/ Schwellenwert] abgerechnet werden dürfen (Az.: III ZR 54/07 vom 8. November 2007). Das schriftliche Urteil liegt noch nicht vor, aber laut Pressestelle des BGH entschied der III. Zivilsenat, dass der Arzt das ihm vom Verordnungsgeber (VOG) eingeräumte Ermessen nicht verletze, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen, für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle, mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem VOG sei die[se] Abrechnungspraxis bekannt, und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne deutlicher abzugrenzen und vom Arzt bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung zu verlangen. Ohne eine Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne sei es jedoch nicht praktikabel und offenbar nicht gewollt, den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor zu ermitteln oder anderweitig festzulegen. Der VOG habe auch keinen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne vorgesehen. Hiervon bleibe unberührt, dass der Arzt nicht alle seine Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen dürfe, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen müsse. Diese Entscheidung weist die Forderungen nach regelhafter Abrechnung von ärztlichen Leistungen zum sogenannten kleinen Mittelwert (1,8fach) als unhaltbar zurück und bestätigt die bisherige Rechtslage. ◄

§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

Kommentar:
Diese Vorschrift beschränkt den Gebührenrahmen auf das maximal 1,8fache des Einfachsatzes, sofern es sich um Leistungen handelt, die im Zusammenhang mit einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch stehen. Diese Begrenzung geht wohl von der Vorstellung aus, dass in der Regel eine besondere persönliche Notlage („soziale Indikation") die Schwangere zum Abbruch zwingt und dieser sozialen Lage Rechnung getragen werden soll.

§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs.1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnissses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

Kommentar:
Der Standardtarif wurde bereits am 1. Januar 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz (§ 257, Abs. 2a, SGB V) eingeführt, um den aufgrund unzureichender Alterungsrückstellung der PKV bedingten Beitragssteigerungen älterer Privatversicherter entgegenzuwirken.
Der **Personenkreis mit Anspruch auf den Standardtarif** wurde 2007 erheblich erweitert und umfasst heute nach der oben wiedergegebenen Bestimmung:

- Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, mit einer Vorversicherungszeit von mindestens 10 Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz ohne Einkommensbegrenzung einschließlich der Ehegatten, sofern das jährliche Gesamteinkommen beider Ehepartner 150% der Jahresarbeitsentgeltgrenze (dies ist die Beitragsbemessungsgrenze) nicht übersteigt.
- Personen ab 55 mit einer Vorversicherungszeit von mind. 10 Jahren und jährlichem Gesamteinkommen bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (Beitragsbemessungsgrenze) einschließlich Ehegatten, sofern das jährliche Gesamteinkommen beider Ehepartner 150% der Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Beitragsbemessungsgrenze) nicht übersteigt.
- Rentner und Ruhestandsempfänger, auch wenn sie jünger als 55 Jahre sind, mit Vorversicherungszeit von 10 Jahren und einem jährlichen Gesamteinkommen bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (Beitragsbemessungsgrenze) einschließlich Familienangehörige, wenn sie in der GKV vergleichbar familienmitversichert sind; ab 65 Jahren ohne Einkommensbeschränkung, es sei denn, der Ehegatte wird mitversichert. Hier gilt die Gesamtseinkommensgrenze.
- Personen mit Anspruch auf Beihilfe ab 55 Jahren sowie deren berücksichtigungspflichtige Angehörige mit einem jährlichen Gesamteinkommen bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (Beitragsbemessungsgrenze) und 10-jähriger Vorversicherungszeit für beihilfeergänzendes Versicherungsrecht.
- Privatversicherte oder Beamte mit ungünstigem Risiko (z. B. Behinderung) ohne Altersgrenze, ohne Vorversicherungszeit und ohne Berücksichtigung des Gesamteinkommens.

Die im § 5b angegebenen Gebührensätze dürfen bei einer Behandlung zulasten des Standardtarifs nicht überschritten werden.

• Der „alte" Standardtarif nach § 5b GOÄ

I. Die Gebühren für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ dürfen nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes der GOÄ bemessen werden.

II. Die nachfolgenden Leistungen dürfen im Standardtarif nur bis zum 1,3fachen Gebührensatz der GOÄ bemessen werden.

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ Nrn.
B	Grundleistungen u. allgemeine Leistungen	**2 und 56**
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	**250, 250a, 402, 403**
E	Physikalisch-medizinische Leistungen	**alle Leistungen dieses Abschnitts**
F	Innere Medizin / Kinderheilkunde Der-matologie	**602, 605-617, 620-624, 635-647, 650, 651, 653, 654, 657-661, 665-666, 725, 726, 759-761**
G	Neurologie / Psychiatrie u. Psychotherapie	**855-857**
H	Geburtshilfe und Gynäkologie	**1001 und 1002**
I	Augenheilkunde	**1255-1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268-1270n**
J	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	**1401, 1403-1406, 1558-1560**
N	Histologie, Zytologie und Zytogenentik	**4850-4873**
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie u. Strahlentherapie	**alle Leistungen dieses Abschnitts**

III. Die nachfolgenden Leistungen dürfen im Standardtarif nur bis zum 1,1fachen des Vergütungssatzes bemessen werden.

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ Nrn.
M	Laboratoriumsuntersuchungen	**alle Leistungen**
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen:	**nur Nr. 437**

- **Basistarif**

Hinweis: Seit 1.1.2009 ist ein sog. **Basistarif** neu in Kraft getreten. Nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) sind alle inländischen Versicherungsunternehmen, die eine private Krankenversicherung anbieten, verpflichtet, einen brancheneinheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Leistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem SGB V Kap. 3 vergleichbar sind und auf die Versicherte in der GKV Anspruch haben. Siehe weitere Informationen im Kapitel: „**Der neue Basistarif**„ direkt im Anschluss an die kommentierten GOÄ-Paragraphen.

§ 6 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 vom 22. Okt. 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Kommentar:
Absatz 1 wendet auf zahnärztliche Leistungen, die von Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, HNO-Ärzten oder Chirurgen erbracht werden, die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) an. Dieser Verweis für die drei genannten Fachgruppen wird in der Amtlichen Begründung zur 3. Änderungsverordnung damit begründet, dass es notwendig gewesen sei, klarzustellen, dass Ärzte dieser Fachgruppen, deren Leistungsspektrum, wenn auch zum Teil nur in geringem Umfange, auch Leistungen aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) umfassen kann, Vergütungen für diese Leistungen nur nach der GOZ berechnen dürfen.
In Absatz 2 verbirgt sich eine der wichtigsten Regelungen des Paragraphenteils der GOÄ, nämlich die Möglichkeit der Analogbewertung ärztlicher Leistungen, die nicht in die GOÄ aufgenommen sind. Dabei kommt es nicht auf den Grund an, aus dem eine Leistung nicht aufgenommen wurde (Uleer, Miebach, Patt, § 6, Rdn. 9, Hoffmann, Kleinken § 6, Rdn. 3, Kommentar zur GOÄ § 6, 2). Soweit die

Vorschriften der GOÄ bestimmte Leistungen als Bestandteil bestehender Abrechnungspositionen ansehen oder eine Abrechnung ausdrücklich ausschließen (vgl. § 10 Abs. 2 GOÄ), kann hierfür eine Analogbewertung nicht vorgenommen werden! Für eine Analogie ist nur dort Raum, wo die Gebührenordnung eine Abrechnungslücke gelassen hat. In diesen Fällen kann der Arzt eine (ggf. mehrere in Kombination!) nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbare Leistung der GOÄ ansetzen.
Eine Analogbewertung kann nur bei selbständigen ärztlichen Leistungen (vgl. dazu § 4 GOÄ) vorgenommen werden; dies trifft dann nicht zu, wenn nur eine besondere Ausführung einer anderen Leistung vorliegt.
Umstritten war früher die Frage, ob nicht das Problem einer analogen Bewertung mit einer Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ umgangen werden kann. Es hat sich die Meinung herausgebildet, dass es unzulässig ist, eine Vereinbarung über Inhalt und Höhe der Vergütung zu treffen, ohne dass auf die erforderlichen Leistungspositionen oder analoge Bewertungen hingewiesen wird. Auf diese Art kann die Regelung des § 6 Abs. 2 GOÄ nicht umgangen werden.
Umstritten ist, ob eine analoge Bewertung auch dann möglich ist, wenn eine Leistung zwar in der Vergangenheit nur als Teil eine anderen Leistung erbracht werden konnte, aufgrund eines methodischen Fortschritts nunmehr jedoch auch selbständig möglich und sinnvoll ist. Den Befürwortern (Hoffmann, Kleinken § 6, Rdn. 3 mit weiteren Nachweisen, Kommentar zur GOÄ § 6, 2.) ist zuzustimmen, da die rasante Entwicklung des medizinischen Fortschritts sonst nicht sachgerecht abgebildet werden könnte.

Liste der Analogziffern der BÄK
Die **Bundesärztekammer** gibt regelmäßig ein **Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen** heraus, insbesondere um damit der Weiterentwicklung der Medizin und dem Versorgungsbedarf, aber auch der Rechtssicherheit der betroffenen Ärzte bis zur nächsten Änderung der Amtlichen Gebührenordnung (langwieriges Verfahren bis zum Erlass als Rechtsverordnung) gerecht zu werden. Hierfür hat sich die BÄK bereits im Jahre 1984 Richtlinien gegeben (s. DÄ 1984, S. 485), die die Grundlage für die bislang erstellte Liste der Analogpositionen darstellt. Die bis dahin von der BÄK in die Liste der Analogpositionen aufgenommenen Leistungen wurden durch die 3. und die 4. Änderungsverordnung weitgehend in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. In der Vergangenheit gab es wegen der von der BÄK ausgeübten Praxis bei der Definition von Analogziffern gelegentlich Differenzen mit den Kostenträgern (PKV und Beihilfe), zumal den Aussagen der BÄK ein nicht unerhebliches Gewicht zukam. Dem wird seit einiger Zeit dadurch entgegengewirkt, dass die BÄK zu den von ihrem Gebührenordnungsausschuss erarbeiteten „Abrechnungsempfehlungen“ Stellungnahmen des Bundesgesundheitsministeriums, des Bundesinnenministeriums sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung erbittet. So wurden seit der 4. Änderungsverordnung nur noch solche analoge Bewertungen in die Liste der Bundesärztekammer aufgenommen, über die vorher mit diesen Institutionen Einvernehmen erzielt werden konnte. Diese gemeinsam festgelegten Leistungen sind mit dem Buchstaben „A“ vor der GOÄ-Ziffer gekennzeichnet, z. B.:

Analoge GOÄ-Nr.	Leistungslegende	Pkt.	1facher Satz
A36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. Bei Asthma bronchiale, Hypertonie einschl. Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschl. Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung (**analog Nr. 33**)	300	17,49
A72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus (**analog Nr. 70**)	40	2,33
A409	A-Bild-Sonographie (**analog Nr. 410**)	200	11,66

Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer
Neben diesen Analogen Bewertungen, die im Konsens abgesprochen wurden, gibt es Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer. Bei diesen konnte die völlige Übereinstimmung mit Bundesgesundheitsministerium, Bundesinnenministerium und/oder dem Verband der Privaten Krankenversicherungen nicht hergestellt werden, der verbleibende Dissens ist nach Angaben der BÄK im Internet jedoch gering. Erstmalig in der Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 10. September 1999 (Heft 36) veröffentlicht die Bundesärztekammer „Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der Bundes-ärztekammer“. Es handelt sich um Empfehlungen zur GOÄ-Anwendung, die nicht in das übliche Abstimmungsverfahren eingebracht wurden.

„Die Gründe liegen darin, dass es sich entweder nicht um Fragen Analoger Bewertungen handelt oder, wo Empfehlungen zur Analogberechnung von Leistungen ausgesprochen werden, die Frage der klinischen Wertigkeit der Verfahren noch nicht abschließend beurteilt werden kann ...“ (BÄK im DÄ, Heft 36, 1999, S. A-2240)
Bei den Abrechnungsempfehlungen der BÄK wird häufig der Buchstabe „A“ hinter der GOÄ-Nr. aufgeführt:

Analoge GOÄ-Nr.	Leistungslegende	Pkt.	1facher Satz
302 A	Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen – analog **Nr. 302 GOÄ– entsprechend GOÄ § 6 (2) – es folgt der Text (auch Kurztext möglich) der originären GOÄ-Ziffer**	250	14,57
612 A	Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung (z. B. Vergrößerung und Vermessung) **– analog Nr. 612 GOÄ entsprechend GOÄ § 6 (2) – es folgt der Text (auch Kurztext möglich) der originären GOÄ-Ziffer**	757	44,12

Auch wenn diese Kennzeichnung für eine analoge Leistung verwendet wird, ist nach § 12 (Abs.4) grundsätzlich zu beachten: Der Patient muss in der Liquidation erkennen können, welche erbrachte Leistung nicht in der GOÄ erhalten ist, worin sie besteht und mit welcher GOÄ Nr. eine Analogbewertung vorgenommen wird. Diese Aufschlüsselung kann durch eine Zusatzbezeichnung wie z.B: A, nicht ersetzt werden.
Einige Gebührenpositionen, die hinter der Ziffer mit einem kleinen „a“ gekennzeichnet sind, z. B. GOÄ Nrn. 265a, 269a, 305a und 605a sind originäre Gebührenordnungspositionen.
Bezüglich der „Rechtsrelevanz“ dieser Beschlüsse teilt die Bundesärztekammer mit:
„Die ‚Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer‘ sind nicht rechtsverbindlich. Rechtsverbindlich ist nur der Text der GOÄ selber. Die Beschlüsse sind aber rechtsrelevant. Durch den hinter den Beschlüssen stehenden Sachverstand des Gebührenordnungsausschusses – gepaart mit Beratungen durch Fachvertreter, Berücksichtigung vorliegender Rechtsprechung und nicht zuletzt der gebotenen Neutralität – werden Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer häufig in Rechtsstreiten von Gerichten entscheidend berücksichtigt.
Für den Arzt sind die Beschlüsse zusätzlich rechtsrelevant dadurch, dass sie einen Aspekt der Tätigkeit der Ärztekammern hinsichtlich des Wahrens der Berufsordnung darstellen.“ (BÄK in DÄ, Heft 36, 1999, S. A-2240).
In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass formal betrachtet zwar nur Leistungen analog berechnet werden dürfen, „die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind“ (§ 6 Abs. 2). Die zivilrechtliche Rechtsprechung hat jedoch schon vor etlichen Jahren klargestellt, dass eine „ausfüllungsbedürftige Regelungslücke“ in der GOÄ auch dann besteht, wenn das Leistungsverzeichnis zwar eine Gebührenordnungsposition enthält, diese aber „wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse so wenig sachgerecht ist, dass der Regelungscharakter verlorengegangen ist“. Angesichts der mangelnden Aktualisierung der derzeit gültigen GOÄ und der seit langem ausstehenden Anpassung der Bewertungen an die wirtschaftliche Entwicklung kann nahezu die gesamte GOÄ als „nur noch wenig sachgerecht“ beurteilt werden.
Trotzdem kann die Aussage der Rechtsprechung nicht dahin missverstanden werden, dass nunmehr ein „Freibrief“ für individuell angemessene Höherbewertungen bestehe. Andererseits ist aber auch dem Ansinnen vieler privater Krankenversicherungen unter Hinweis auf diese Rechtsprechung entgegen zu treten, die durch extensive Auslegung des „Zielleistungsprinzips“ (s. o. zu § 4 Abs. 2) versuchen, Weiterentwicklungen der Medizin grundsätzlich auf dem Niveau veralteter Leistungsbeschreibungen zu halten, ohne moderne therapeutische oder differenziertere diagnostische Möglichkeiten zu würdigen.

Hinweis der Autoren zur Kennzeichnung analoger Bewertungen in diesem Buch:
In diesem Buch wird bei vielen GOÄ Leistungspositionen neben den Begriffen: Kommentar, Ausschluss, Tipp und IGeL auch das Schlagwort „analog“ verwendet. Im Anschluss daran werden ganz kurze Hinweise für mögliche analoge Bewertungen gemäß GOÄ § 6 (2) gegeben. Die Feststellung der Urheberschaft der hier genannten analogen Bewertungen ist nicht immer eindeutig möglich.

Aufgenommen, und unter den Gebührenpositionen auch eingegliedert, wurden die analogen Bewertungen aus

- dem Verzeichnis **Analoge Bewertungen der BÄK** und **des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK**. Diese werden fortlaufend (in der offiziellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zuletzt erschienen im Deutschen Ärzte Verlag, 2008) aufgenommen.

In diesem Verzeichnis ist jede Analogbewertung mit einem großen **„A"** und einer künstlichen GOÄ-Nr. (sogenannte Platzhalternr.) versehen, z.B. A72 „Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus – analog Nr. 70 GOÄ". In einer Liquidation kann diese Nr. verwendet werden. Dazu müssen aber in jedem Fall der Inhalt der Analogbewertung und die Gebührenposition der in der GOÄ analog übernommenen Position aufgeführt werden. Diese Schreibweise mit **„A"** und der entsprechenden Platzhalternr. wurden im Buch und Internet übernommen. Außerdem ist die offizielle Analoge Liste in ihrer Gesamtheit zusätzlich abgedruckt auf Seite 699.
Weitere ausführlich dargestellte analoge Bewertungen wurden mit dem Begriff **„analog"** hinter der Gebührennummer versehen. In den Leistungslegenden werden die Quellen -soweit verhanden – angegeben, d. h. wer die analogen Ziffern (mutmaßlich) eingeführt oder empfohlen hat z.B.

- die **Abrechnungsempfehlungen der BÄK**, die nicht im Verzeichnis Analoger Bewertungen der BÄK aufgeführt sind
- die **Broschüre „Analog-Bewertung in Ihrer Praxis" der Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS), 2008**. Diese Empfehlungen von Analogen Bewertungen wurden mit freundlicher Genehmigung der Privatärztlichen Verrechnungsstellen im PVS Verband (Berlin) übernommen.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Nach welchen Kriterien eine analoge Bewertung erstellt wird
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 39 (30.09.2011), S. A-2056 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144. 4193.9823
In der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt es eine Regelung, die – anders als im vertragsärztlichen Bereich – dem Arzt die Möglichkeit eröffnet, eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt wird, „analog" zu bewerten (§ 6 Abs. 2 GOÄ). Woran man eine „selbstständige" ärztliche Leistung erkennt, die analog bewertet werden kann, ist im Ratgeber „Zielleistung kontra Analogbewertung" (Heft 6/2002) beschrieben.
Für die analoge Bewertung einer selbstständigen ärztlichen Leistung ist gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ eine Gebührennummer aus dem Gebührenverzeichnis auszuwählen, bei der Art (zum Beispiel die technische Durchführung, der durchschnittliche Schwierigkeitsgrad), Zeitaufwand und Kosten mit der „neuen" Leistung möglichst vergleichbar sind. Dies wird in der Regel eine Gebührennummer aus dem fachlich gleichen Abschnitt der GOÄ sein. Beispielsweise sollte nach Möglichkeit für die analoge Bewertung eines neuen invasiven Diagnostik- oder Therapieverfahrens auch eine gleichwertige invasive Leistung herangezogen werden. Ein bildgebendes Verfahren sollte mit einem gleichwertigen bildgebenden Verfahren bewertet werden und so weiter (siehe auch „Problematische Analogbewertungen" Heft 11/2003).
Gemäß dem Wortlaut von § 6 Abs. 2 GOÄ entsteht bei der Analogbewertung keine neue, eigenständige Gebührennummer. Vielmehr wird zur Berechnung einer Leistung, die im Gebührenverzeichnis nicht vorkommt, eine bereits bestehende Gebührennummer angewendet. Dies bedeutet, dass insbesondere die Rahmenbedingungen der abgegriffenen Gebührennummer bei der analogen Abrechnung erhalten bleiben. Dies beginnt schon beim Gebührenrahmen, der mitübernommen werden muss. Auch die Mindestzeiten der analog abgegriffenen Leistung und andere Vorgaben wie Gruppentherapie versus Einzeltherapie müssen berücksichtigt werden. Sowohl „Allgemeine Bestimmungen" als auch ergänzende Bestimmungen, die beispielsweise die Anzahl der maximal berechnungsfähigen Leistungen (Höchstwerte) je Sitzung, aber auch die Häufigkeit der Berechnung im Behandlungsfall, im Kalender(halb)jahr, sowie Ausschlüsse der Berechnung neben anderen Gebührenpositionen enthalten, müssen berücksichtigt werden. Zuschlagsleistungen, die analog verwendet werden, bedingen, dass grundsätzlich die „Grundleistung", die diesen Zuschlag auslöst, ebenfalls berechnet worden ist. Dieser schwierige Umstand ist besonders bei ambulanten Operationen zu berücksichtigen, denn der Katalog C VIII „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen" GOÄ ist abschließend.
Die genannten Vorgaben können eine gleichwertige Auswahl einer analogen Bewertung erschweren. Es ist daher sinnvoll, soweit möglich, die Verwendung von analogen Bewertungen aus dem „Verzeichnis der analogen Bewertungen der Bundesärztekammer" beziehungsweise des Zentralen Konsultationsausschusses zu übernehmen (siehe www.baek.de unter Ärzte > Gebührenordnung > Abrechnung). Weitere Hinweise dazu findet man im Ratgeber „Analoge Bewertung(en): Vornehmen – wer darf das?" (Heft 18/2008).

► Digitale Diagnostik: Neue Leistungen auf dem Weg zur Analogbewertung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4195
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 50 (14.12.2001), Seite A-3391
Computer-Technologien sind aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. In der Dermatologie beispielsweise werden komplexe Systeme angeboten, die von der hochauflösenden Videokamera über die Vermessung gescannter Hautläsionen bis hin zur Möglichkeit des telemedizinischen Informationsaustausches alle Komponenten einer zukunftsorientierten Diagnostik vereinigen. Medizinische Leistungen, die solche modernsten Techniken zu Hilfe nehmen, schmücken sich aber nicht zwangsläufig mit klingenden Namen und werden deshalb zum Teil nicht als innovative Modifikationen erkannt beziehungsweise nicht von der privaten Krankenversicherung vergütet.

Hochauflösende digitale Systeme
Wer sollte auch vermuten, dass sich hinter der Bezeichnung ‚Naevus check' ein digitales Diagnose- und Dokumentationssystem verbirgt? Möglicherweise hat die zu wenig konkrete Charakterisierung des Verfahrens als ‚Videodokumentation von Muttermalen' mit dazu beigetragen, die Anerkennung der von der Bundesärztekammer empfohlenen Analogbewertung nach Nr. 612 GOÄ zu erschweren. Gehört die Dokumentation nicht zur Untersuchungsleistung, und ist die Dermatoskopie nicht bereits in der GOÄ enthalten? Selbst Hautärzte waren überrascht, statt der Nr. 750 GOÄ die Nr. 612 analog abrechnen zu dürfen – was nicht zutrifft.
Die Empfehlung der Nr. 612 analog ist ausschließlich auf hochauflösende digitale Systeme zugeschnitten, und auch wenn die gesamte Körperoberfläche untersucht wird, ist die empfohlene Analognummer nur einmal ansatzfähig. Die Untersuchung besonders vieler Naevi muss über den Steigerungssatz abgebildet werden, beispielsweise, wie vom Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. vorgeschlagen, mit dem 1,2fachen Multiplikator bei drei Naevi, mit dem 1,5fachen Steigerungssatz bei bis zu sechs Muttermalen und bei einer noch größeren Anzahl von Naevi mit dem 1,8fachen Schwellenwert. Auch die von der Bundesärztekammer empfohlene Zuschlagslösung für die Videogastroskopie wurde von einigen privaten Krankenversicherungen beiseite geschoben, obwohl selbst der EBM die Videogastroskopie mit einem Zuschlag honoriert. Soll der im Paragraphenteil verankerte Spielraum der GOÄ, durch Analogbewertungen eine zeitnahe Ergänzung des Leistungsverzeichnisses zu schaffen, nach dem Willen der privaten Krankenversicherung völlig ungenutzt bleiben? Nicht zum ersten Mal erweist sich die kassenärztliche Gebührenordnung als flexibleres Abrechnungsinstrument als die GOÄ.
Mit der Videoendoskopie ist kein Kameraaufsatz auf einem herkömmlichen Glasfaser-Endoskop gemeint. Anstelle der konventionellen Optik wird ein CCD-Chip zur hochauflösenden Bilderzeugung eingesetzt. Bei 400 000 bis 500 000 Pixel erreichen digitale Kameras inzwischen eine solche Bildbrillanz, dass selbst einzelne Zotten der Darmmucosa beurteilt werden können. In einem zweiten Anlauf empfiehlt die Bundesärztekammer, die Videoendoskopie mit einem Zuschlag analog Nr. 5298 GOÄ zu berechnen. ◄

► Gebührenordnung für Ärzte: Zielleistung kontra Analogbewertung
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4197
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 6 (08.02.2002), Seite A-384 Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kaum mit dem medizinischen Fortschritt würde Schritt halten können, hat der Verordnungsgeber in der GOÄ die Möglichkeit einer analogen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verankert. Dadurch sollte eine zeitnahe Ergänzung des GOÄ-Leistungsverzeichnisses gewährleistet werden.
In der vertragsärztlichen Versorgung (GKV) werden neue ambulante Leistungen nach Beschluss durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den EBM aufgenommen, wie kürzlich die Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration bei vaskulärer Netzhauterkrankung durch PDT mit Verteporfin. Eine Verpflichtung zur einvernehmlichen Bewertung einer neuen ärztlichen Leistung gibt es im Privatliqui-dationsbereich nicht.
Verhandlungen zwischen der Bundesärztekammer, den beteiligten Bundesministerien und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. scheitern oftmals an den Bedenken der Kostenträger, ob durch die Erweiterung des Leistungsverzeichnisses ein Kostenschub ausgelöst werden könnte. Die Beschlüsse der Bundesärztekammer zu Analogbewertungen neuer ärztlicher Leistungen verlieren dadurch jedoch nicht an Gültigkeit, die Furcht vor erhöhten Kosten sollte besser durch eine Folgekostenanalyse ersetzt werden.
Ein probates Mittel, die Notwendigkeit der überfälligen Erweiterung des Leistungsverzeichnisses auszu-hebeln, ist die Beschwörung des „Zielleistungsprinzips" nach § 4 Abs. 2 a GOÄ. Lässt sich eine Leistung als Bestandteil oder Variante einer bereits in der GOÄ enthaltenen Leistungsnummer darstellen, entfällt der Anspruch auf eine eigenständige Analogbewertung. Nach § 6 Abs. 2 GOÄ können nämlich nur selbstständige Leistungen, die im Verzeichnis fehlen, analog berechnet werden.
Nach diesem Prinzip wird beispielsweise in „PKV Publik" (Herausgeber: PKV-Verband e. V., Köln) die pho-todynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin (entsprechend der EBM-Nr. 1250) der zwanzig Jahre alten GOÄ-Gebührenposition Nr. 1366 originär zugeordnet, unter Berufung darauf, dass die Legende zur Nr. 1366 einen Hinweis auf vaskuläre Netzhauterkrankungen enthält, die unter anderem auch die Indikation für eine photodynamische Therapie begründen. Entsprechend wird die Anwendung des photodynami-schen Behandlungsverfahrens bei Krebserkrankungen der Haut mit der PUVA-Behandlung der Psoriasis nach Nr. 565 gleichgesetzt, weil beide Methoden auf die kombinierte Anwendung von Licht und Chemie zurückgeführt werden können.
Solche Auslegungsbeispiele sind inakzeptabel. Das Zielleistungsprinzip soll regulieren, jedoch nicht blockieren. Die Bundesärztekammer hat beschlossen, die dermatologische PDT analog nach Nr. 566 GOÄ (für die Lichtbestrahlung des mit dem Photosensitizer vorbehandelten Hautbezirks) plus Nr. 5800 zu bewerten; bei Behandlung größerer Hautareale sind daneben Zuschläge analog nach Nr. 5802 bis 5803 berechnungsfähig. ◄

► Orthopädische Indikationen: „Aus" für die extrakorporale Stoßwellentherapie?
www.baek.de/page.asp?his=1.108. 4144.4193.4199
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 10 (08.03.2002), Seite A-661
Die Änderung der Analogbewertung der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen Indikationen (von 6 000 Punkten analog Nr. 1860 GOÄ auf 1.480 Punkte analog Nr. 1800 GOÄ) hat einen Sturm der Entrüstung ausgelöst. In Vergessenheit scheint geraten zu sein, dass die alte Abrechnungsempfehlung wegen mangelnder Erfahrung bei Einführung des Verfahrens in die Orthopädie zunächst an einer Gebührenposition orientiert wurde, die wenigstens der ‚Art' nach vergleichbar erschien. Die Stoßwellenlithotripsie nach Nr. 1860 GOÄ stellt jedoch eine Komplexleistung dar (einschließlich Probeortung, Feinkontrolle und Röntgenkontrolle), und niemand dürfte bestreiten, dass sich die Stoßwellenbehandlung eines Tennisellenbogens deutlich vom Gesamtaufwand einer Stoßwellenlithotripsie von Nierensteinen unterscheidet.
Inzwischen hat sich ein typisches orthopädisches Indikationsspektrum für die ESWT entwickelt (Fersensporn, Kalkschulter und anderes), die Preise für spezielle ‚orthopädische' ESWT-Geräte sinken, konkurrierende Techniken (radiale Stoßwellentherapie) kommen zum Zuge – dies allein wäre Grund genug gewesen, die empfohlene Analogbewertung mit seinerzeit 684

DM (zum Einfachsatz) je Sitzung zu überdenken. Ausschlaggebend war jedoch die Notwendigkeit, die alte „provisorische" Empfehlung in das Gesamtgefüge der GOÄ einpassen zu müssen.
Die inzwischen von der Bundesärztekammer, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., Köln, gemeinsam beschlossenen Analogbewertungen stellen eine verlässliche Richtschnur für die Bewertungsfindung einer konsensfähigen Abrechnungsempfehlung dar.
So wurde beispielsweise die weiterführende sonographische Fetaldiagnostik, bei der es sich um eine außerordentlich zeitintensive und investitionsträchtige Leistung handelt, Anfang 2001 deutlich unter 6.000 Punkten bewertet (216,60 DM zum Einfachsatz).
Durch die Bewertungskorrektur hat die Bundesärztekammer die ESWT zur Behandlung orthopädischer Erkrankungen nicht – wie unterstellt – als, unwissenschaftlich' abgestempelt. Dennoch stehen Fragen zu Wirkungsweise und therapeutischem Nutzen offen. Auch wären bei den infrage kommenden Indikationen (zum Beispiel Tennisellenbogen) Vergleichsstudien zur radialen Stoßwellentherapie wünschenswert.
Die Bundesärztekammer befürwortet alle Bemühungen, die zu einer Validierung der ESWT beitragen, wie beispielsweise die Multicenterstudie zur ESWT bei Fersensporn im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e. V. Außerdem hat die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass bei der ESWT von Pseudarthrosen die Berechnung des höchsten Steigerungsfaktors und sogar darüber hinaus gerechtfertigt ist. Selbst für die zeitaufwendige, schwierige Behandlung einer Pseudarthrose dürfte der aktuelle Beschluss zur Analogbewertung der ESWT deshalb kein ‚Aus' bedeuten. ◄

► Ultraschall-Leistungen
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4200
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 43 (25.10.2002), Seite A-2881
Bei der Teilnovellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 1996 sollten unter anderen die sonographischen Leistungen dem heutigen Entwicklungsstand angepasst werden. Aufseiten der Ärzteschaft ist eine solche Ankündigung mit der Erwartung einer leistungsgerechten Vergütung des erweiterten diagnostischen Spektrums verbunden – nicht so beim Verordnungsgeber. Die Aktualisierung der Sonographieleistungen ist mit einer deutlichen Absenkung des bisher überhöhten Vergütungsniveaus für diese Leistungen verbunden (aus: Amtliche Begründung zur Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte, BGBl. I Seite 1862 ff.).
So empörend dieser und andere Schachzüge im Zuge des Verordnungsverfahrens der letzten GOÄ-Teilno-vellierung sein mögen, der Rationierungsgedanke hatte längst auch den Privatliquidationssektor erfasst. Am Beispiel der Sonographieleistungen: Sämtliche 1996 neu in die GOÄ aufgenommenen Zuschläge für cw-Doppler, Frequenzspektrumanalyse, Farbkodierung, Duplexverfahren und anderes können nur einmal je Sitzung berechnet werden, obwohl die Leistungen organbezogen, das heißt mehrfach je Sitzung, durchgeführt werden. Gleichzeitig wurde das Vergütungsniveau, zum Beispiel für das innovative Duplexverfahren als Kombination von B-Bild und Doppler-Sonographie (400 Punkte nach Nr. 401 GOÄ), gegenüber älteren, bewährten, aber technisch weniger aufwendigen Verfahren (zum Beispiel 650 Punkte nach Nr. 645 GOÄ) deutlich unterbewertet.
Eine Neustrukturierung der Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft – das Massengeschäft im Ultraschallbereich – wurde 1996 außen vor gelassen, denn zu sehr befürchtete der Verordnungsgeber eine Kostenexpansion. Erst fünf Jahre später konnte auf dem Wege der Beratungen im Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium des Innern (für die Beihilfe) und dem PKV-Verband eine einvernehmliche Vereinbarung über die Abrechnung der weiterführenden Ultraschalluntersuchungen in der Pränataldi-agnostik durch eine Analogbewertung nach § 6 (2) GOÄ erzielt werden (Nrn. A 1006 bis A 1008). Das Vergütungsniveau liegt deutlich oberhalb dessen (1.900 Punkte nach Nr. A 1006), was vorher behelfsmäßig auf der Grundlage des einfachen Schwangerschaftsultraschalls nach Nr. 415 (300 Punkte) berechnet werden konnte, mag aber immer noch weit unter den Spitzenwerten liegen, die einzelne Ultraschall-Spezialisten durch individuelle Abrechnungsmodi erzielen können. Solche Misstöne sind unvermeidlich. Selbstbedienungsmentalität ist aber völlig fehl am Platz.
Auch die Anlehnung der privatärztlichen sonographischen Pränataldiagnostik an die kassenärztlichen Mutterschafts-Richtlinien, mit der Folge, dass die Nummern A 1006 bis 1008 nur dann abgerechnet werden dürfen, wenn bestimmte apparative Voraussetzungen und Qualifikationsanforderungen erfüllt sind, ist bei Teilen der Ärzteschaft auf Kritik gestoßen. Dies ist bedauerlich, denn aus Sicht der Bundesärztekammer dürfte die Wahrung privatärztlicher Interessen künftig nicht nur an die Beteuerung, sondern auch an die Umsetzung eines hohen Qualitätsbewusstseins geknüpft sein. ◄

► Gleichartig oder gleichwertig
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4201
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 42 (17.10.2003), Seite A-2747
Am 14. April 2003 veröffentlichte die gemeinsame Health Technology Assessment-Arbeitsgruppe von Bundesärztekammer und KBV einen Bericht zur Minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz (abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de), der den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Nutzen dieser Methode zusammenfasst und bewertet. Die Veröffentlichung wirbelte gleichzeitig die längst begraben geglaubte Vergütungsfrage wieder hoch, ob die Methode – ein auf der Technik der Periduralanästhesie beruhendes Verfahren, bei dem durch Applikation verschiedener Substanzen letztlich eine adhäsiolytische Dekompression der Nervenwurzel erzielt werden soll – nicht analog Nr. 2577 (Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses, 4.000 Punkte), das heißt wie eine neurochirurgische Operation, bewertet werden könnte. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist dies zu verneinen, die Anwendung der Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz ist auf der Basis der Nrn. 474 und 475 abzurechnen.
Die Bildung einer Analogbewertung (§ 6 Abs. 2 GOÄ) ist nur zulässig, wenn die Leistung nicht bereits im Gebührenverzeichnis der GOÄ vorhanden ist (Grundregel Nr. 1). Liegen die Voraussetzungen zur Bildung einer Analogbewertung vor, muss sich die Suche nach einer adäquaten analog abzugreifenden Leistung nach dem Leitkriterium der ‚Gleichwertigkeit' der Leistung ausrichten (Grundregel Nr. 2). Dennoch sind Analogbildungen ausschließlich nach Gesichtspunkten technischer Vergleichbarkeit, zum Beispiel weil dieselben Geräte eingesetzt werden, oder aufgrund einer Vergleichbarkeit des Behandlungsziels oder

-ergebnisses häufig. Als Beispiel einer nicht GOÄ-konformen Analogbildung, die sich ausschließlich an der (vermeintlichen) Vergleichbarkeit der Behandlungsziele orientiert, sei die Analogbewertung osteopa-thischer Behandlungsmethoden nach Gebührenpositionen für operative Eingriffe bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats genannt.
Als Beispiel einer problematischen Analogiebildung ausschließlich in Hinsicht auf technische Vergleichbarkeit sei – leider – die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) zur Behandlung von orthopädischen Krankheitsbildern zu erwähnen. Abweichend von der aktuellen Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer (analog nach Nr. 1800, 1.480 Punkte, vgl. Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt vom 15. Februar 2002), wird die Stoßwellentherapie als individuelle Gesundheitsleistung nach wie vor häufig analog nach Nr. 1860 (6.000 Punkte je Sitzung) abgerechnet. Als Begründung für das teurere IGEL-Angebot wird das alte Argument gehandelt, dass hierbei dieselben Geräte wie in der Urologie eingesetzt würden. Abgesehen davon, dass die Medizinprodukte-Industrie inzwischen spezielle ESWT-Geräte zum Einsatz bei orthopädischen Beschwerden auf den Markt gebracht hat und die Applikation hochenergetischer Stoßwellen (durch Hochleistungsgeräte) ausschließlich bei der Behandlung der Pseudarthrose erforderlich ist, handelt es sich bei Nr. 1860 um eine Komplexleistung, unter anderem einschließlich Probeortung und Röntgenkontrolle, die im Rahmen der Stoßwellenbehandlung zum Beispiel einer Epikondylitis doch gar nicht erforderlich sind. ◄

► Wortlaut beachten – auch bei Abrechnungsempfehlungen
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4203
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 50 (12.12.2003), Seite A-3332
2001 veröffentlichte der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer Abrechnungsempfehlungen für die sonographische Fetaldiagnostik. Über eine Selbstergänzung durch Analogbewertung wurde für die GOÄ nachgeholt, was in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits 1996, flankiert durch die Mutterschutz-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, eine Umsetzung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gefunden hatte: eine medizinischinhaltliche und bewertungsbezogene Differenzierung der Ultraschallleistungen in der Pränataldiagnostik. Die Screening-Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ (‚gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung', 300 Punkte) wurde um die weiterführende differenzierte Ultraschalldiagnostik (Nr. A 1006), die fetale Echokardiographie (Nr. A 1007) sowie die dopplersonographische Untersuchung des fetomaternalen Gefäßsystems (Nr. A 1008) ergänzt.
In enger Anlehnung an die vertragsärztlichen Regelungen im EBM wurden auch für die Privatliquidation Abrechnungsbestimmungen formuliert, die alternativ nur eine Nebeneinanderberechnung folgender Analogpositionen erlauben: Nr. A 1007 ‚gegebenenfalls zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006' oder Nr. A 1008 ‚gegebenenfalls zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006' (vergleiche Bekanntmachungstext im Deutschen Ärzteblatt, Heft 24/2001, S. A-1644). Werden die Leistungsinhalte aller drei Analogpositionen – wie bei Risikograviditäten nicht selten – in einer Sitzung erbracht, so kann dies nur über den Gebührenrahmen, in der Regel der Nr. A 1006, geltend gemacht werden – eine Zuschlagsregelung für diese Fallkonstellation, wie im EBM vorgesehen (siehe EBM-Nr. 106), fehlt.
Dies sowie der reduzierte Gebührenrahmen der für Nr. A 1006 analog abgegriffenen Gebührenposition Nr. 5373 – den technischen Leistungen nach Abschnitt O der GOÄ entsprechend nur bis zum 2,5fachen -mag den Analogempfehlungen des Konsultationsausschusses als Schwäche angekreidet werden – eine etwaige Nebeneinanderberechnung der Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 oder eine Steigerung der Nr. A 1006 über das 2,5fache hinaus geht bei aller Kritik dennoch weder mit der Intention noch mit dem Wortlaut der Abrechnungsempfehlungen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen konform. Auch weniger versteckte oder missverständliche Hinweise, wie zum Beispiel, dass Nr. A 1006 ‚nur bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung des Fetus' oder bei ‚ausgewiesener besonderer Risikosituation' berechnet werden kann, werden von den Leistungserbringern häufig überlesen. Auseinandersetzungen mit der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe sind dann programmiert, obwohl der Leistungserbringer sich an die aktuellen Abrechnungsempfehlungen zu halten glaubt. Nr. A 1006 kann nicht für die Durchführung einer Ultraschallscreening-Untersuchung angesetzt werden. ◄

► Analoge Bewertung: Gleichartig oder gleichwertig?
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4209
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 38 (19.09.2003), Seite A-2465
Die vom Ausschuss ‚Gebührenordnung' der Bundesärztekammer empfohlenen Analogbewertungen neuerer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stoßen gelegentlich bei Teilen der Ärzteschaft auf Unverständnis oder offene Ablehnung, mit dem Argument, die von der Bundesärztekammer empfohlene Analogbewertung sei der ‚Art' nach nicht mit der zu bewertenden Leistung vergleichbar. Nach § 6 Abs. 2 GOÄ muss eine Leistung, die im Gebührenverzeichnis nicht enthalten ist, entsprechend einer gleichwertigen Leistung berechnet werden. ‚Art, Kosten- und Zeitaufwand' sind Vergleichskriterien, die zur Präzisierung der Gleichwertigkeit der Leistung 1988 in die Bestimmungen der GOÄ aufgenommen wurden. Ziel der Neufassung des § 6 Abs. 2 GOÄ war, ‚dem Bedürfnis, die entsprechende Bewertung an sachlich nachvollziehbare Kriterien zu binden, Rechnung zu tragen' (vgl. Amtliche Begründung zur Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ, BGBl. I S. 797). Die Vergleichbarkeit der Leistungen ist am ehesten gegeben, wenn Leistungen desselben Fachgebiets miteinander verglichen werden. Idealerweise sollte deshalb die gleichwertige Leistung aus demselben Abschnitt der GOÄ entnommen werden, dem die analog zu bewertende Leistung zuzurechnen ist – so die Handlungsempfehlung des Vorstands der Bundesärztekammer im Jahr 1984, zwei Jahre nach In-Kraft-Treten der neuen GOÄ.
Mit zunehmender Veraltung der GOÄ wird jedoch nicht nur die Anzahl erforderlicher Analogbewertungen größer, sondern mitunter auch die Suche nach einer adäquaten Vergleichsmöglichkeit innerhalb desselben GOÄ-Abschnitts schwierig. Entscheidend bei der Suche nach einer adäquaten Analogbewertung ist aber nicht allein die äußere Gleichartigkeit der Leistung, sondern vor allen Dingen auch die innere Gleichwertigkeit. Die Analogbewertung muss angemessen sein, sie darf im Abgleich mit den übrigen Leistungen der GOÄ – innerhalb desselben Fachgebietes, aber auch in Beziehung zum gesamten Gebührenverzeichnis – nicht das relationale Bewertungsgefüge sprengen.

Die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, einschließlich ihrer Empfehlungen zu Analogbewertungen, sind nicht rechtsverbindlich. Wer eigene Wege geht, sollte dennoch die dem Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient dienenden Grundsätze (vgl. § 11 Bundesärzteordnung und § 12 Berufsordnung) bei der Bewertungsfindung beherzigen. Insbesondere sollte das Vergleichskriterium ‚Gleichartigkeit der Leistung' nicht als Alibi für die Forderung höherer Honorarvorstellungen instrumentalisiert werden. So wird zum Beispiel die von der Bundesärztekammer empfohlene Analogbewertung der radialen Stoßwellenbehandlung nach Nr. 302 (Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks, 250 Punkte) von manchen Abrechnungsspezialisten wegen vorgeblicher mangelnder methodischer Vergleichbarkeit abgelehnt und stattdessen empfohlen, analog Nr. 5813 (900 Punkte) abzurechnen – worin soll die größere methodische Ähnlichkeit der Applikation niederenergetischer Stoßwellen auf einen Tennisellenbogen mit der Hochvoltbestrahlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie nach Nr. 5813 liegen? ◄

► Problematische Analogbewertungen – Rahmenbedingungen
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4211
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 11 (14.03.2003), Seite A-726
Gemäß § 6 Abs. 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) dürfen nur Leistungen, ‚die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind', analog bewertet werden. Da die originären Gebührenpositionen oft veraltet und unterbewertet sind, liegt aber der Versuch nahe, den Rechnungsbetrag durch großzügige ‚Do it yourself'-Analogregelungen zu optimieren. So handelt es sich beispielsweise bei so klingenden Analogpositionen wie ‚sonographische Volumometrie' und ‚flowmetrische Vaskularisationsbeschreibung' der Arteria renalis, jeweils seitengetrennt analog abgerechnet nach Nr. 642 GOÄ (554 Punkte), oder ‚sono-mathematische Erfassung' der Arteria abdominalis, analog abgerechnet nach Nr. 289 GOÄ (350 Punkte), um Ultraschalluntersuchungen, die GOÄ-konform nach den GOÄ-Nrn. 410 (200 Punkte) und Nr. 420 (80 Punkte, maximal dreimal), gegebenenfalls zuzüglich Doppler-Zuschläge nach den GOÄ-Nrn. 404 bis 406 GOÄ, hätten berechnet werden müssen.
Die Bildung einer Analogbewertung ist eine seit 1965 in der privatärztlichen Gebührenordnung implementierte Selbstergänzungsmöglichkeit, die grundsätzlich dem Arzt offen steht. Unzufriedenheit mit einer nicht ausreichenden Vergütung allein reicht jedoch nicht aus. Zwingend erforderlich ist es, vorab zu prüfen, ob die neue Leistung nicht doch im Gebührenverzeichnis vorgehalten wird oder ob es sich gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ (‚Zielleistungsprinzip') nur um eine besondere Ausführung einer bereits vorhandenen Gebührenposition handelt.
Oft werden unterschiedliche Prozeduren nach dem Behandlungsziel verglichen, und nicht, wie es § 6 Abs. 2 GOÄ vorschreibt, nach ‚Art, Kosten und Zeitaufwand'. Der Vergleich von Behandlungszielen und -erfolgen ist besonders beliebt bei alternativ zu einer Operation angebotenen Behandlungsmethoden. Bei Bandscheibenerkrankungen zum Beispiel können jedoch manuelle oder minimalinvasive Behandlungsmethoden, wie beispielsweise die epidurale Kathetertechnik, nicht analog nach Bandscheibenoperationen (1.480 bis 4.100 Punkte, je nach Eingriff) abgerechnet werden, sondern müssen den entsprechenden, in der GOÄ vorgehaltenen Gebührenpositionen (zum Beispiel der Epiduralanästhesie nach Nr. 474 GOÄ, 900 Punkte) zugeordnet werden.
Häufig wird auch übersehen, dass eine Analogbewertung die Rahmenbedingungen der originären, analog abgegriffenen Gebührenposition ‚erbt'. So muss der reduzierte Gebührenrahmen der technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O der GOÄ (bis maximal 2,5fach) immer beachtet werden, auch wenn es sich lediglich um eine Analogbewertung handelt. Die Berechnung von Zuschlägen nach den Nrn. 440 bis 449 GOÄ ist davon abhängig, ob die der Analogbewertung zugrunde gelegte Gebührenposition in der inzwischen überholten Liste der zuschlagsfähigen ambulanten Operationen aufgeführt ist. Eine Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen durch analoge Handhabung der in Abschnitt C VIII GOÄ vorgeschriebenen Bestimmungen scheiterte bislang an den Bedenken des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. ◄

► Analoge Bewertung – Grundsätzliches und Spezielles
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4998
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 10 (09.03.2007), Seite A-680
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält in § 6 Absatz 2 ein Selbstergänzungsrecht: Selbstständige ärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können von jedem Arzt entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung berechnet werden. Das Thema gleichartige oder gleichwertige Analogbewertung wurde im GOÄ-Ratgeber von DÄ, Heft 38/2003 behandelt.
Aus der in § 6 Absatz 2 GOÄ geforderten Gleichwertigkeit ergibt sich auch, dass das Behandlungsziel unter Umständen zweitrangig ist und die analoge Bewertung in erster Linie nach Art, Kosten und Zeitaufwand zu erfolgen hat (siehe „Problematische Analogbewertungen" DÄ, Heft 11/2003). Dies wird oft nicht beachtet. So werden beispielsweise Leistungen für offene chirurgische Operationen in Analogie herangezogen für alternative nichtinvasive oder interventionelle Verfahren, weil sie demselben Ziel gelten. Korrekt angewendet, kann eine analoge Bewertung für den Verschluss eines Vorhof- oder Ventrikelseptumdefektes per Herzkatheter nach Art, Kosten und Zeitaufwand aus dem Abschnitt O. I. der GOÄ (Interventionelle Radiologie) herangezogen werden. Der offene chirurgische Verschluss im Abschnitt L. XIII. der GOÄ (Herzchirurgie) ist nach Art, Kosten und Zeitaufwand nicht gleichwertig.
Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die analoge Bewertung die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition erbt. Dies sind beispielsweise der Gebührenrahmen (ärztlich, ärztlichtechnisch, Labor), die Ausschlüsse neben anderen Gebührenpositionen, die Einschränkungen der Berechnungsfähigkeit je Behandlungsfall, Sitzung etc. Aber auch Kriterien wie die Anzahl der Teilnehmer (wie Gruppen- oder Einzeltherapie), die Mindestdauer der Leistung sowie die ambulanten Zuschläge (Nummern 440 bis 449 GOÄ, Abschnitt C. VIII. GOÄ) werden „vererbt".
Bei den ambulanten Zuschlägen können sich dabei Konstellationen ergeben, bei denen die Entscheidung, ob Zuschlag berechnet werden kann, nicht ganz einfach ist. So könnte auf den ersten Blick neben der analogen Gebührenposition für die von der Bundesärztekammer empfohlene „Dermatologische Lasertherapie" nach Nr. 2440 GOÄ analog der ambulante Zuschlag nach Nr. 441 GOÄ für die Anwendung des Lasers infrage kommen, da die Nr. 2440 GOÄ („Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung") in der Liste der ambulanten Operationen aufgeführt ist. In den Allgemeinen Bestimmungen zu den

ambulanten Zuschlägen im Abschnitt C. VIII. ist unter Ziffer 2 aber auch nachzulesen, dass „für die Anwendung eines Operationsmikroskopes oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung Zuschläge nur dann berechnet werden können, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskopes oder Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist". Die analoge Empfehlung der Bundesärztekammer zur dermatologischen Lasertherapie lautet: „Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, ...". Nach diesem Wortlaut scheidet ein Zuschlag nach Nr. 441 GOÄ aus. Die Bundesärztekammer vertritt derzeit die Auffassung, dass daher der Zuschlag nach Nr. 441 nicht berechnungsfähig ist. ◄

► Korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.5661
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 36 (07.09.2007), Seite A-2456
Die korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gehört zu den schwierigeren Dingen bei der Rechnungserstellung.
Es gibt die Möglichkeit, nach § 6 Absatz 2 GOÄ eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurde, nach Art, Kosten und Zeitaufwand analog einer bestehenden Leistung der GOÄ zu bewerten. Ergänzend enthält der § 12 GOÄ die Regelung, dass die analoge Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben werden muss, und die Bestimmung, wie die Darstellung der analogen Leistung auf der Rechnung auszusehen hat. Nach der Beschreibung der analogen Leistung muss der Hinweis „entsprechend" erfolgen. Noch deutlicher wird die Analoge Bewertung, wenn zu dem Wort „entsprechend" der Hinweis auf den § 6 Absatz 2 GOÄ aufgenommen wird. Außerdem wird im § 12 Absatz 4 GOÄ gefordert, dass die in Analogie herangezogene, als gleichwertig erachtete Leistung mit ihrer Gebührennummer und der originären Leistungslegende aufgeführt wird, damit der Patient die Gleichwertigkeit prüfen kann.
Ein Beispiel: Nr. 4815 GOÄ [neuer Text beispielsweise]"flüssigkeitsgestützte Zytologie (Liquid based Cyto-logy) mit Monolayertechnik" [Hinweise auf die Analogie] „entsprechend § 6 (2) GOÄ" [Originaltext, gegebenenfalls sinnvoll gekürzt] „Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien [...] unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren [...]".
Weiteres Beispiel: Nr. 269a [neuer Text] „Laserakupunktur zur Schmerzbehandlung (Mindestdauer 20 Minuten), je Sitzung" [Hinweis auf die Analogie] „entsprechend § 6 (2) GOÄ" [Originaltext] „Akupunktur (Nadelstichtechnik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung". Da die analoge Leistung die Rahmenbedingungen der originären Leistung erbt, dürfen im Originaltext vorhandene Angaben wie die Mindestdauer auch bei der Bearbeitung der analogen Leistung nicht fehlen. Eigene Zusätze, wie beispielsweise „A 558", „AA0038" oder „2381a", sind unzulässig. Solche zur Eingabe verwendete Kürzel lassen sich in der Praxissoftware beim Ausdruck der Rechnung unterdrücken, ohne dass auf die praxisinterne Kennzeichnung verzichtet werden muss. Die einzige nach § 12 GOÄ zulässige Kennzeichnung mit dem Buchstaben „A" kommt im Abschnitt Laboratoriumsuntersuchungen vor. Analoge Laborleistungen müssen durch ein vorangestelltes „A" gekennzeichnet werden.
Ausnahme: die offiziellen Analogen Bewertungen der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer, die durch ein vorangestelltes „A", wie „A36", gekennzeichnet werden. Dies dient dem leichteren Erkennen der konsentierten Analogen Bewertungen, die in aktueller Fassung auf der Internetseite der Bundesärztekammer eingesehen werden können. ◄

► Analoge Analogien nicht unbedingt hilfreich
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.6012
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 8 (22.02.2008), Seite A-424
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht in § 6 Absatz 2 GOÄ ein Selbstergänzungsrecht des Arztes für Leistungen vor, die in der geltenden GOÄ nicht aufgenommen sind. Analoge Bewertungen nehmen auch der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer (BÄK) sowie der BÄK-Ausschuss „Gebührenordnung" vor. Immer wieder gibt es den Wunsch, diese analogen Bewertungen auch auf weitere Leistungen zu beziehen. Zwei Beispiele dazu:
1) Der Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK zur stereotaktischen Radiochirurgie, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 37/2005, bezieht sich nur auf die stereotaktische Radiochirurgie mittels Linearbeschleuniger und nicht auf die mittels Gamma-Knife. Die Beratungen im Ausschuss haben explizit die Strahlenchirurgie mit dem Gamma-Knife ausgeklammert. Die BÄK sieht daher ebenso wie der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen keinen Anlass, die Empfehlung der Bayerischen Landesärztekammer für die stereotaktische Radiochirurgie mittels Gamma-Knife als überholt zu betrachten.
Da jedoch durch die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen gewählten künstlichen Gebührenpositionen (A 5860 und A 5861) Missverständnisse entstehen können – diese sind identisch mit den von der Bayerischen Landesärztekammer gewählten künstlichen Gebührenpositionen –, ist es empfehlenswert, die Abrechnung für das Gamma-Knife nicht mit einer künstlichen Gebührenposition zu versehen. Besser ist es, die originäre Gebührenposition (mit entsprechender Anzahl), so wie es § 12 Abs. 4 GOÄ verlangt, auf der Rechnung auszuweisen und eventuell in einer Fußnote auf die Abrechnungsempfehlung der Bayerischen Landesärztekammer hinzuweisen.
2) Die analoge Nummer 5846 GOÄ wurde vom Ausschuss „Gebührenordnung" für die Prostata-Seed-Implantation (PSI) geschaffen, weil die PSI als Low-dose-rate(LDR)-Brachytherapie nicht den Leistungen in den GOÄ-Nrn. 5840 bis 5846 GOÄ zuzuordnen war. Die in der GOÄ genannte interstitielle Brachytherapie nach Nr. 5846 GOÄ steht für die High-dose-rate(HDR)-Brachytherapie mit passagärer Implantation von radioaktiven Seeds über vier bis sechs Nadeln. Bei der LDR-Brachytherapie der Prostata handelt es sich jedoch um eine minimalinvasive strahlentherapeutische Therapievariante des lokal begrenzten Prostatakarzinoms, bei dem radioaktive Strahlenquellen in Form von Seeds über 15 bis 28 Hohlnadeln zum dauerhaften Verbleib in das Prostatagewebe eingebracht werden. Die Empfehlung des Ausschusses gilt also ausschließlich für die Low-Dose-Rate-Brachytherapie und nicht für die in der GOÄ vorhandene High-Dose-Rate-Brachytherapie nach der originären Nr. 5846 GOÄ.

Über die analogen Bewertungen kann man sich auf den Internetseiten der BÄK informieren (Arztseiten, Rubrik: Gebührenrecht). Die Beschlüsse findet man unter „Ausschüsse“, Kommentierungen und ergänzende Hinweise unter „GOÄ-Ratgeber“. ◄

► Analoge Bewertung – künstliche Gebührennummer?
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.6085
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 12 (21.03.2008), S. A-652
Die korrekte Darstellung einer analogen Bewertung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zählt nach wie vor zu den Hauptproblemen bei der Rechnungserstellung. Dass § 6 Abs. 2 GOÄ jedem Arzt die Möglichkeit eröffnet, eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurde, nach Art, Kosten und Zeitaufwand analog einer bestehenden Leistung der GOÄ zu bewerten, ist den meisten Ärzten bekannt. Häufig gestellte Fragen und Artikel zu dem Thema können auf der Internetseite der Bundesärztekammer nachgelesen werden (Rubrik Ärzte – Gebührenordnung – GOÄ-Ratgeber – § 6 GOÄ).
Immer wieder taucht die Frage auf, woraus sich denn ergebe, dass man keine künstliche Gebührennummer für eine eigene analoge Bewertung vergeben dürfe. Im § 12 Abs. 4 GOÄ wird aufgezählt, wie die Darstellung einer analogen Bewertung auf der Rechnung auszusehen hat: Die analoge Leistung muss (für den Zahlungspflichtigen) verständlich beschrieben werden, die in Analogie herangezogene, als gleichwertig erachtete Leistung muss mit ihrer Nummer und der Bezeichnung (originäre Leistungslegende) aufgeführt werden. Außerdem muss der Hinweis „entsprechend“ aufgeführt werden, eindeutiger und unmissverständlicher wird die Darstellung der Analogie mit dem zusätzlichen Hinweis auf den Paragrafen der GOÄ („entsprechend § 6 Abs. 2 GOÄ“). Die Regelung in § 12 Abs. 4 GOÄ dient der Transparenz gegenüber dem Zahlungspflichtigen und versetzt ihn so in die Lage, die Gleichwertigkeit zu prüfen. Beispiel: Nr. 612 GOÄ {neuer Text beispielsweise} „Videogestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschließlich digitaler Bildverarbeitung und -auswertung (zum Beispiel Vergrößerung und Vermessung)“ {Hinweise auf die Analogie} „entsprechend § 6 (2) GOÄ“ {Originaltext, gegebenenfalls sinnvol gekürzt} „Ganzkörperplethysmografische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes [...]“. Da die analoge Leistung die Bedingungen der originären Leistung erbt, dürfen im Originaltext vorhandene Angaben zur Mindestdauer (auch bei sinnvoller Kürzung der Leistungslegende) nicht weggelassen werden; genau so verhält es sich mit Einschränkungen der Personenzahl oder Ähnlichem (siehe dazu auch „Analoge Bewertung – Grundsätzliches und Spezielles“, DÄ, Heft 0/2007). Aus § 12 Abs. 4 GOÄ ergibt sich eindeutig, dass eigene Zusätze oder frei erfundene Gebührennummern wie beispielsweise „A 558“, „AA0030“, „2064a“, „GY 3285 B“ oder „Gy 3169 F“ unzulässig sind. Oft werden diese Kürzel zur leichteren Eingabe in den Praxiscomputer genutzt. Alle gängigen Softwareprogramme verfügen über die Möglichkeit, diese Kürzel beim Ausdruck auf der Rechnung zu unterdrücken. So kann die praxisinterne Kennzeichnung mit dem Kürzel genutzt werden, ohne dass gegen § 12 GOÄ verstoßen (und die Fälligkeit der Leistung/Rechnung gefährdet) wird. Die einzige nach GOÄ zulässige Kennzeichnung mit einem vorangestellten Buchstaben und eine weitere Ausnahme kann im GOÄ-Ratgeber „Korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung“ (DÄ, Heft 36/2007) nachgelesen werden. ◄

► Analoge Bewertung(en): vornehmen – wer darf das?
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.6176
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 18 (02.05.2008), S. A-970
Wer darf nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) analoge Bewertungen vornehmen? Sind offizielle analoge Bewertungen der Bundesärztekammer (BÄK) beziehungsweise ihrer Gremien rechtsverbindlich oder rechtsrelevant? Um gleich so viel vorwegzunehmen: Rechtsverbindlich ist (nur) der Text der Gebührenordnung. Da die GOÄ 1996 nur in Teilen novelliert wurde und in vielen Abschnitten über 20 Jahre alt ist, sind die Texte vieler Leistungslegenden heute nicht mehr ohne Weiteres verständlich und anwendbar. Daher beschäftigen sich heute zunehmend Gerichte mit der Auslegung der GOÄ. Grundsätzliche Urteile und/oder für den Abrechnungsalltag rechtsverbindliche Urteile werden nur bei „höchstrichterlicher“ Rechtsprechung – also vom Bundesverfassungsgericht oder dem Bundesgerichtshof – gefällt. Bei unterinstanzlichen Gerichten werden in der Mehrzahl der Verfahren Einzelfälle verhandelt und keine Grundsatzurteile gefällt.
Die BÄK bemüht sich, die Unzulänglichkeiten und Auslegungsdifferenzen der GOÄ durch ausgewogene Abrechnungsempfehlungen zu beseitigen, um mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erreichen. Nach der (Muster-) Berufsordnung (MBO) und den darauf fußenden Berufsordnungen der Landesärztekammern zählt es zu den gesetzlich begründeten Aufgaben der Kammern, die Angemessenheit von Honorarforderungen auf Antrag eines Beteiligten zu prüfen und eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung abzugeben.
Die Voten der Kammern sowie die Beschlüsse und Empfehlungen der BÄK, des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK sowie des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK sind zwar nicht rechtsverbindlich, aber rechtsrelevant. Denn sie werden auf der Grundlage fundierter Beratungen unter Berücksichtigung medizinischer und gebührenrechtlicher Voraussetzungen getroffen und dienen damit der Auslegung der jetzigen GOÄ.
Gemäß § 6 Absatz (Abs.) 2 GOÄ können selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Die Bildung einer Analogbewertung liegt daher zunächst einmal im Ermessen des ärztlichen Leistungserbringers selbst. Dabei ist er dazu verpflichtet, auf die Angemessenheit seiner Honorarforderung zu achten (§ 12 Abs. 1 MBO). Da die Empfehlungen und analogen Bewertungen der BÄK und der genannten Gremien sich jedoch grundsätzlich breiter Akzeptanz erfreuen, teilweise Erstattungsvoraussetzung für die Beihilfe darstellen und in jüngster Vergangenheit auch Bestätigung durch höchstrichterliche Urteile finden, ist es für alle Beteiligten einfacher, wenn die Empfehlungen bei der Erstellung analoger Bewertungen berücksichtigt werden.
Weitere Hinweise sowie die veröffentlichten analogen Bewertungen der BÄK sind auf der Internetseite der BÄK (Ärzteseite, Thema Gebührenordnung, Rubriken Abrechnung, Ausschüsse und GOÄ-Ratgeber) zu finden. ◄

§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.

(2) Neben den nach Abs. 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

Kommentar:
Mit Ausnahme der Entschädigungen
- Wegegeld
- Reiseentschädigung
- dem Ersatz von Auslagen (§§ 7 bis 10 GOÄ)
- sowie dem Zuschlag nach Buchstabe J

unterliegen alle übrigen Leistungen der GOÄ einer Minderungspflicht, sofern sie voll- oder teilstationär (auch belegärztlich) sowie vor- und nachstationär erbracht wurden. Eine Minderungspflicht besteht nicht bei ambulanten Leistungen, die ein leitender Krankenhausarzt in seiner Sprechstunde aufgrund einer Nebentätigkeitsgenehmigung erbringt. Dies gilt auch für die Durchführung von ambulanten Operationen. Soweit ein Patient privatärztliche Leistungen (Wahlleistungen) in Anspruch nimmt, sind insoweit Krankenhausleistungen nicht erforderlich. Trotzdem stellen die Krankenhäuser den privatärztlich behandelten Patienten die Entgelte für ihre Leistungen ohne Abschlag in Rechnung. Das bedeutet aber, dass privat behandelte Patienten für das gleiche Geld, das auch nicht privatärztlich behandelte Patienten zu zahlen haben, eine erheblich verringerte Krankenhausleistung erhalten. Das macht es erforderlich, zum Schutz der Patienten vor mehrfacher Vergütung ärztlicher Leistungen und der damit zusammenhängenden Kosten einen Ausgleich herbeizuführen. Dieser soll durch die Regelung in § 6a geschaffen werden. Durch den Abschlag soll der Zahlungspflichtige vor einer Doppelbelastung geschützt werden, die entstehen würde, wenn er diese Sach- und Personal-Kostenanteile der (voll-/ teil-) stationären Leistungen einmal zu 100% über den Pflegesatz und einmal zu 100% über die Arztrechnung begleichen müsste.
Leistungen in der **stationären Einrichtung** unterliegen grundsätzlich einer Minderung um 25%. Ausgenommen hiervon sind wahlärztliche Leistungen nach § 6a Abs. 1 Buchst. A GOÄ sowie Leistungen von **Belegärzten** oder **anderen niedergelassenen Ärzten**, die **um 15% gemindert** werden. Für den Begriff „Belegarzt“ kann auf die in § 23 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) enthaltene Definition zurückgegriffen werden. Danach ist ein Belegarzt ein Arzt, der berechtigt ist, seine Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Ärzte sind „niedergelassen“, wenn sie ihre ärztliche Tätigkeit in selbständiger ambulanter Praxis ausüben.
Voraussetzung für eine Minderung nach § 6a ist ein wirksamer Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und einem Arzt (Wahlarzt, Belegarzt) und die in der GOÄ und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) enthaltenen zusätzlichen Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit.
Die einzelnen Regelungen des § 6 a sind zwingendes Recht und damit unabdingbar. Vereinbarungen, die diese Regelungen abändern oder ausschließen wollen, verstoßen gegen § 2 Abs. 1 S. 1 GOÄ, der nur eine abweichende Absprache der Gebührenhöhe zulässt. Ein entsprechender Verstoß führt zur Nichtigkeit der Vereinbarung. Lange umstritten war die Frage, ob die Minderungspflicht nach § 6a auch dann zu bejahen ist, wenn die infrage stehende privatärztliche Leistung nicht unmittelbar mit Mitteln des Krankenhauses oder im Krankenhaus erbracht wird, sondern das Krankenhaus Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung aus dem Krankenhaus herausverlagert. Angesichts des sich immer mehr verstärkenden Umstandes, wonach Krankenhausleistungen nach außen verlagert werden (sog. outsourcing) – z. B. von Labor, Radiologie, Nuklearmedizin, Rehabilitationsmedizin und ganze Fachrichtungen wie Augen- und/oder HNO-Heilkunde – wurde diese Frage immer heftiger diskutiert.
Mit einer **Entscheidung vom 13. Juni 2002** hat der **BGH** diesen Streit dahin entschieden, dass auch extern erbrachte Leistungen niedergelassener Ärzte der Minderungspflicht nach § 6a GOÄ unterliegen (III ZR 186/01, NJW 2002, S. 2948 ff.). Eine hiergegen eingelegte Verfassungsbeschwerde hatte keinen Erfolg (Beschl. d. BverfG vom 19.3.04 – 1 BvR 1319/02).

Diese Entscheidung ist, wie nicht anders zu erwarten, auf ein geteiltes Echo gestoßen. Laut „AS aktuell“ Nr. 20 vom 9.10.2002, S. 13, hat die Bundesärztekammer das Urteil als „überraschend“ und „nicht sachgerecht“ kritisiert. „Die externen, konsiliarisch hinzugezogenen Ärzte würden belastet – die Versicherungs- und Kostenträger sowie die Krankenhäuser würden entlastet. Die Krankenhausträger könnten auf diese Weise weiterhin kostenträchtige Leistungen auf niedergelassene und andere externe Ärzte verlagern, um so das Budget zu entlasten. Das Urteil beende zwar einen seit Jahren schwelenden Konflikt zwischen der Ärzteschaft und den Kostenträgern, gebe aber Anlass zu einer in diesem Punkt notwendigen Gesetzesänderung.“
Ebenfalls ablehnend äußert sich Henkel („Zur Honorarminderung gem. § 6a GOÄ bei extern erbrachten Wahlleistungen“, MedR 2002, S. 573 ff.), der zudem bezweifelt, dass durch das Urteil des BGH die Diskussion um einen sachgerechten Ausgleich zwischen BPflV und GOÄ um den Anwendungsbereich der § 6a GOÄ beendet sei. Er kritisiert insbesondere, dass der BGH, der zwar nicht mehr von einer Doppelbelastung, sondern von einer Mehrbelastung in dem entschiedenen Fall spreche, durch diese Mehrbelastung des Wahlleistungspatienten eine Rechtfertigung für eine Minderung nach § 6a GOÄ sehe. Dies dehne den Anwendungsbereich der Vorschrift unzulässig aus und stelle für den externen Leistungserbringer eine willkürliche Belastung dar, die durch sachgerechte Gründe nicht zu rechtfertigen sei. Aus seiner Sicht kann die Ausdehnung der Minderungspflicht auf die vom BGH entschiedene Fallkonstellation insgesamt aus verfassungsrechtlicher Sicht keinen Bestand haben.
Zustimmend äußert sich hingegen Patt („Gebührenminderung bei stationären Leis-tungen“, NJW 2002, S. 2929 f.). Nach seiner Meinung hat der BGH „mit erfreulicher Klarheit“ festgestellt, dass auch die Honorare für die Leistungen externer Ärzte der Minderungspflicht nach § 6a GOÄ unterliegen. Allerdings geht ihm die Entscheidung insofern noch nicht weit genug, als der vom BGH angewendete Minderungssatz von 15% zu niedrig ist. Nach seiner Ansicht seien externe Wahlärzte hierdurch gegenüber im Krankenhaus tätigen Wahlärzten ungerechtfertigt bevorteilt. Er hofft, „dass die somit nicht gerechtfertigte Besserstellung der externen Wahlärzte in der Frage der Gebührenminderung von der Rechtsprechung alsbald korrigiert und auch insoweit konsequent eine 25 % ausmachende Minderung der Gebühren verlangt wird“.
Siehe hierzu auch Uleer, Miebach, Patt, § 6a, Rdn. 10 ff., Hoffmann, Kleinken § 6a, Rdn. 6, Kommentar zur GOÄ § 6a, 3.

■ Rechtsprechung

Gebührenminderung nach § 6a GOÄ

Die Regelung in § 6a GOÄ hat den Sinn, durch die Minderung der Gebühren die Doppelbelastung auszugleichen, die sich ergibt, dass die Vergütung für privatärztliche Leistungen auch Sach- und Personalkosten umfasst, die schon im Pflegesatz des Krankenhauses enthalten sind. Honorare für erforderliche Leistungen im Rahmen einer stationären Behandlung sind daher gemäß § 6a GOÄ zu mindern, auch wenn sie extern erbracht werden müssen.
Aktenzeichen: 1. OLG Hamm, 21.03.2001, AZ: 3 U 149/00 -
2. OLG Düsseldorf, 07.06.2001, AZ: 8 U 161/00
Entscheidungsjahr: 2001

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Ein erneuter Schlag ins Kontor – Bundesgerichtshof erweitert Honorarminderungspflicht auch auf externe konsiliarärztliche Leistungen

www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.6625.6626 Renate Hess – in: Deutsches Ärzteblatt 99, 30 (26.07.2002), S. A-2005
Der Bundesgerichtshof (BGH) verkündete am 13. Juni 2002 ein Urteil zur Honorarminderungspflicht bei externer konsiliarärztlicher Leistungserbringung (BGH-Urteil vom 13. Juni 2002 – III ZR 186/01 – OLG Düsseldorf, LG Duisburg).
Das Urteil beendet fürs Erste eine seit Jahrzehnten zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern strittige Auslegungsfrage zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Keine andere Gebührenregelung hat die Gerichte mehr beschäftigt als die Frage, wieweit die Pflicht zur Honorarminderung nach § 6 a GOÄ reicht. Zweck dieser Regelung ist es, eine Doppelbelastung des stationär behandelten Patienten, der Chefarztbehandlung gewählt hat, mit Personal und Sachkosten zu vermeiden. Diese Kosten sind sowohl im Pflegesatz des Krankenhauses als auch im Privathonorar des Chefarztes enthalten, sodass der Patient diese Kosten doppelt bezahlen würde, wenn der leitende Krankenhausarzt nicht seine Privatliquidation um 25 Prozent mindern müsste. Dies ist seit jeher unstrittig, zumal der Chefarzt Personal und Einrichtungen des Krankenhauses in Anspruch nimmt.

► Honorarminderung für alle

Der Streit entzündete sich an der Frage, ob der extern hinzugezogene Konsiliararzt entweder als niedergelassener oder in einem anderen Krankenhaus tätiger Arzt ebenfalls sein Honorar mindern muss, obwohl er – anders als der behandelnde Chefarzt – Personal und Einrichtungen des Krankenhauses nicht nutzt. Bis zum aktuellen BGH-Urteil vertraten das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesärztekammer die Auffassung, dass externe konsiliarärztliche Leistungen für einen

in stationärer Behandlung befindlichen Privatpatienten in der Regel nicht zu mindern sind, weil die Kosten hierfür dem Konsiliararzt entstehen und auch gedeckt werden müssen. Diese Auffassung musste auch aufgrund der BGH-Rechtsprechung aus dem Jahr 1998 nicht revidiert werden, weil sich die beiden Urteile mit zwei Spezialfällen externer Leistungserbringung befasst haben, die – entsprechend der Urteilsbegründung des BGH – eine Ausweitung der Honorarminderung auf alle konsiliarärztlichen Leistungen ausschloss.
Umso überraschender ist daher das Urteil des BGH; er erweiterte nunmehr die Verpflichtung zur Honorarminderung auf alle externen konsiliarärztlichen Leistungen, die auf Veranlassung eines Krankenhausarztes für einen in stationärer Behandlung befindlichen Patienten, der wahlärztliche Behandlung vereinbart hat, erbracht werden.
Damit ist zwar der seit Jahrzehnten schwelende Konflikt zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern beendet, allerdings zulasten der Ärzteschaft und zugunsten von Kostenträgern und Krankenhäusern. Letztere können weiterhin zur eigenen Budgetentlastung kostenträchtige Leistungen auf niedergelassene oder andere externe Ärzte verlagern, denen jetzt der BGH mit der verpflichtenden 15-prozentigen Honorarminderung eine erhebliche Vergütungssenkung zumutet.
Urteilsbegründung und Urteilsspruch sind mit den beiden Entscheidungen des BGH aus dem Jahr 1998 nur schwer zu vereinbaren. Die damals getroffenen Entscheidungen mit einer Bejahung der Honorarminderungspflicht in den vom BGH auch so gekennzeichneten Einzelfällen einer Dilatationsbehandlung in einer ambulanten kardiologischen Praxis in enger räumlicher Nähe zum Krankenhaus, die ohne den Krankenhaushintergrund nicht zu erbringen gewesen wäre, werden im aktuellen Urteil auf alle externen konsiliarärztlichen Leistungen ausgedehnt. Die beiden früheren Entscheidungen des BGH, wonach die zugrunde liegenden Sachverhalte als Spezialfälle deklariert worden sind, die auch nur insofern eine Honorarminderungspflicht begründen, haben bis zum Urteil vom 13. Juni 2002 eine Auslegung gerechtfertigt, die externe konsiliarärztliche Leistungen, die nicht den entschiedenen Sonderfällen entsprechen, zu Recht von der Honorarminderungspflicht ausnahmen, weil sie eben nicht als stationäre Leistungen zu qualifizieren sind, sondern als privatärztliche ambulante Leistungen, die an einem sich in stationärer Behandlung befindlichen Patienten erbracht werden.
Anders als der BGH in seinem jüngsten Urteil zu begründen versucht, besteht für den konsiliarärztlich hinzugezogenen externen Arzt weder in der Art seiner Leistungserbringung noch bezüglich der ihm dadurch entstehenden Kosten ein Unterschied, ob er diese gegenüber einem ihn ambulant aufsuchenden oder einem in stationärer Behandlung befindlichen Patienten erbringt. Nicht plausibel ist es aus der Sicht des betroffenen externen Konsiliararztes auch, dass sich ‚die Einbettung einzelner extern erbrachter Leistungen in eine stationäre Krankenhausbehandlung wegen ihrer unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen grundlegend von einer rein ambulanten Tätigkeit des Arztes' unterscheidet. Für ihn besteht nicht der als Begründung angeführte Zusammenhang mit der Honorierung der Krankenhausleistung. Die Kosten für die von ihm verlangte Leistung für einen „stationären Privatpatienten" gehen auch nicht in den Pflegesatz des Krankenhauses ein, den dieser Privatpatient gegenüber dem Krankenhaus, allerdings in gleicher Höhe wie der sozialversicherte Patient, zu zahlen hat. Die Tatsache, dass der Pflegesatz des Krankenhauses Kostenanteile von konsiliarärztlichen Leistungen für sozialversicherte Patienten enthält, rechtfertigt nicht die Honorarkürzung externer Leistungen für Wahlleistungspatienten, deren Kosten eben gerade nicht im Pflegesatz enthalten sind, sondern dem externen Arzt entstehen und ihm von daher auch zu vergüten sind. Wird der externe Arzt zur Honorarminderung verpflichtet, so subventioniert er aus seinem Einkommen das Krankenhaus, das die Leistungen eigentlich schuldet und dem durch die Verlagerung der Leistungen auf ihn Kosten erspart werden, die es nach der BGH-Argumentation gleichwohl über den Pflegesatz vereinnahmt. Angesichts dieser Sachlage hätte eine ausgewogene rechtliche Bewertung nahe gelegt, dass diese „ungerechtfertigte Bereicherung" des Krankenhauses aufgrund der ihm durch das ‚outsourcing' ersparten Kosten den Ausgleich für das geminderte Honorar des externen Arztes nach sich ziehen müsste. Stattdessen werden zum Schutz des begünstigten Krankenhauses gegen einen Kostenausgleich durch ihn die schützenswerten Interessen des Patienten bemüht sowie die ‚Einheitlichkeit der stationären Behandlung des Patienten' und die ‚Einbettung einzelner extern erbrachter Leistungen in eine stationäre Krankenhausbehandlung, die sich wegen ihrer unterschiedlichen Rahmenbedingungen von einer ambulanten Tätigkeit des Arztes' unterscheidet, ins Feld geführt. Diese einseitige Argumentation des BGH, wonach die schutzbedürftigen Interessen des „stationären" Privatpatienten vorrangig zu bedienen sind, und die Vergütungsansprüche des externen Konsiliararztes daher zurückstehen müssen, ist den Betroffenen nur schwer zu verdeutlichen.
Ob die weitere Argumentation des BGH, der zur Honorarminderung verpflichtete Arzt könne sich angesichts der weit geringeren Vergütungsbemessung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem geminderten Honorar zufrieden geben, die Ärzte beschwichtigen wird, ist unwahrscheinlich. Eine solche Wertung in einer Urteilsbegründung lässt erkennen, dass sich die Entscheidung mehr am Ergebnis als an einer systematischen Klarheit orientiert hat. ◄

§ 7 Entschädigungen

Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

Kommentar:
Wegegeld (§ 8 GOÄ) und Reiseentschädigung (§ 9 GOÄ) werden **nur im Zusammenhang mit Besuchen** gezahlt! Die Differenzierung ist an der Entfernung zwischen Praxisstelle (bzw. Wohnung) des Arztes und der Besuchstelle zu orientieren. Bei einer Entfernung bis zu 25 km kann Wegegeld berechnet werden. Bei einer Entfernung von mehr als 25 km tritt die Reiseentschädigung an dessen Stelle. Das Aufsuchen der Praxis bzw. Belegarzt-Stelle zur Versorgung dortiger Patienten ist **kein** Besuch! Bei Besuchen durch das **Praxispersonal** nach Nr. 52 GOÄ kann kein Wegegeld berechnet werden!

§ 8 Wegegeld

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

1. **bis zu zwei Kilometern 3,58 € bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 €**
2. **mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 € bei Nacht 10,23 €**
3. **mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 € bei Nacht 15,34 €**
4. **mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 € bei Nacht 25,56 €**

(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.

Kommentar:

Voraussetzung der Berechnung des Wegegeldes ist die Durchführung eines Besuches nach den entsprechenden Nummern der GOÄ. Auch wenn der Begriff „Nacht" nur in Abs.1 Nr. 1 durch den Klammerzusatz erläutert wird, gilt diese Definition (= zwischen 20.00 Uhr und 8.00 Uhr) natürlich für alle „bei Nacht" erhöhten Wegegelder.

Da das Wegegeld eine Pauschale ist, spielen die tatsächlich entstandenen Kosten – im Gegensatz zur Reiseentschädigung – keine Rolle. So ist es unerheblich, welches Verkehrsmittel benutzt wird, oder ob der Arzt gar zu Fuß geht bzw. sich abholen lässt.

Besucht der Arzt auf einem Weg mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und bei jedem Patienten nur **anteilig** berechnen (z. B. bei 2 Patienten je 50%, bei 4 je 25% etc.). Werden auf der Besuchsfahrt Privat- und GKV-Patienten besucht, ist eine anteilige Berechnung unter Berücksichtigung der GKV-Versicherten vorzunehmen. Der Begriff „häusliche Gemeinschaft" meint zwar in erster Linie die Familie, aber auch andere Personen können eine häusliche Gemeinschaft bilden, wenn ein auf Dauer angelegter Haushalt vorliegt (z. B. nichteheliche Lebensgemeinschaft, Wohngemeinschaft). Zu einem „Heim" gehören alle Gebäude, die zusammengenommen die Einrichtung bilden. Wegegeldberechnung bei einem Besuch in einem Heim setzt aber voraus, dass der Arzt von einem oder mehreren Heimbewohnern gerufen worden ist. Ein lediglich routinemäßiges Aufsuchen des Heimes berechtigt nicht zur Abrechnung von Wegegeld.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Besuchsgebühr für Anästhesisten**

www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4213.5784

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 46 (16.11.2007), Seite A-3212

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht für den (Haus-)Besuch unter anderem die Nr. 50 GOÄ „Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung" vor. Besucht der (Haus-)Arzt den Patienten zu Hause, ist der Sachverhalt eindeutig. Das Aufsuchen einer regelmäßigen Arbeitsstelle hingegen stellt keinen Besuch im Sinn der Nr. 50 GOÄ dar. Regelmäßige Arbeitsstelle(n) ist (sind) für den niedergelassenen Arzt eine Praxis (oder mehrere Praxen) sowie das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) etc. Beim Belegarzt gehört auch das Krankenhaus (seltener die Krankenhäuser) zur Arbeitsstätte. Anästhesisten, die zu vereinbarten Zeiten regelmäßig zu ambulanten Operationen in verschiedenen Praxen oder Operationszentren hinzugezogen werden, können dem Patienten weder Besuchsgebühr noch Wegegeld (nach § 8 GOÄ) oder Reiseentschädigung (nach § 9 GOÄ) in Rechnung stellen, weil es sich bei diesen Orten um ihre regelmäßige Arbeitsstelle handelt (vergleiche auch Oberverwaltungsgericht Münster vom 18. Dezember 1990, Az.: 12 A 78/89 4K 733/87).

Davon abzugrenzen ist die sporadische Hinzuziehung des Arztes für einen bestimmten Patienten im konkreten Einzelfall (Notfall), bei dem es sich nicht um den üblichen Ort seiner Tätigkeit oder seine regelmäßige Arbeitsstätte handelt, mit der Folge, dass in einem solchen Einzelfall Besuchsgebühren und Wegegeld (auch vom Anästhesisten) berechnet werden können.

Der Fall, wo ein niedergelassener Anästhesist seine Tätigkeit überwiegend (mehr als zwei Drittel) in eigener Praxis ausübt und zusätzlich in unregelmäßigen Intervallen nach individueller Absprache zur ambulanten anästhesiologischen Tätigkeit bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen in mehreren umliegenden Orten hinzugezogen wird, ist auf den ersten Blick etwas anders gelagert als die Fälle, in denen ein Anästhesist in überwiegendem Umfang seine Tätigkeit „im Umherziehen" bei anderen Fachärzten oder bei verschiedenen ambulanten Operationszentren ausübt.

Nach Ansicht der Bundesärztekammer sei der prozentuale Anteil dieser Form des Tätigwerdens in Praxen anderer Fachrichtungen nicht maßgeblich, sondern vielmehr die Regelmäßigkeit, mit der ein Anästhesist für die Durchführung von Leistungen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen hinzugezogen werde. Der Kreis derjenigen Ärzte, die den Anästhesisten in unregelmäßigen Abständen hinzuziehen, läge in der Regel fest. Die Hinzuziehung erfolge daher zwar im „Bedarfsfall", die Eingriffe seien jedoch geplant und würden für den Einsatz des Anästhesisten entsprechend gebündelt. Es sei demnach eine (gewisse) Regelmäßigkeit zu erkennen, die für die Beurteilung maßgeblich sei. Der Ansatz von Besuchsgebühr, Wegegeld oder Reiseentschädigung wird aus diesem Grund für diese Fallkonstellation von der Bundesärztekammer abgelehnt. Ausnahme sei die ungeplante Hinzuziehung in einem Notfall (vergleiche oben). ◄

§ 9 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. **26 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 51,13 €, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 € je Tag,**
3. **Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.**

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

Kommentar:

Bei einer „Reise" (mehr als 25 Kilometer) zum Patienten steht es dem Arzt grundsätzlich frei, das Verkehrsmittel zu benutzen, welches er möchte. Allerdings sollte er im Rahmen des Zumutbaren – als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag – den Zahlungspflichtigen durch die Wahl des Verkehrsmittels nicht unangemessen belasten. Bei der Berechnung des Kilometergeldes bei Benutzung eines PKW können sowohl die Hin- als auch die Rückfahrt berechnet werden. Auch bei Reisekosten gilt die oben bei der Berechnung des Wegegeldes dargestellte anteilige Berechnung (§ 8) bei Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Lebensgemeinschaft oder im Heim.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Reiseentschädigung gilt nur für den Arzt**

www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4214.5997

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105; Heft 6(08.02.2008), Seite A-296

§ 7 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) führt die Art von Entschädigungen auf, die dem Arzt zusätzlich zu seiner Leistung vergütet werden. Das Wegegeld (bis zu 25 Kilometer [km] auf einfachem Weg) zum Patienten ist in § 8 GOÄ geregelt (siehe DÄ, Heft 4/2008). Anstelle des Wegegelds kann für die einfache Entfernung zum Besuch des Patienten von mehr als 25 km eine Reiseentschädigung berechnet werden (§ 9 Absatz [Abs.] 1 GOÄ).

Fährt der Arzt mit dem eigenen Pkw, so erhält er 50 Deutsche Pfennige (ab 2002: 26 Cent) für jeden gefahrenen km, folglich müssten in der Regel mindestens 52 km auf der Rechnung stehen. Benutzt der Arzt öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi, so kann er die tatsächlichen Kosten in Rechnung stellen. Zusätzlich kann er bei Abwesenheit von der Praxis/der Wohnung von mehr als acht Stunden 100 DM (51,13 Euro) ansetzen. Dauert die Abwesenheit länger als acht Stunden, so kann der Arzt je Tag 200 DM (102,26 Euro) in Rechnung stellen. Falls eine oder mehrere Übernachtungen notwendig werden, können diese Kosten ebenfalls angesetzt werden. Übersteigt der Betrag für die Übernachtung 50 DM (25,56 Euro) muss ein Beleg oder ein „sonstiger Nachweis" der Rechnung beigefügt werden (§ 12 Abs. 2 Ziffer 4 GOÄ). Für die Reiseentschädigung gelten die Radiusregelung vom Ausgangsort (Praxis oder Wohnung), so wie in § 8 Abs. 2 GOÄ, und die Teilung der Reiseentschädigung bei dem Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder einem Heim (§ 8 Abs. 3 GOÄ).

Die Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ wird eher in strukturschwachen und „arztarmen" Gegenden vorkommen und bei zunehmendem Arztmangel häufiger werden. Denkbar ist diese Leistung auch als Wunschleistung, die der Arzt auf Nachfrage seines Patienten erbringt, der beispielsweise an einem anderen Ort erkrankt ist oder dort im Krankenhaus liegt. Hierbei ist zu beachten, dass Wunschleistungen auf der Rechnung als solche gekennzeichnet werden müssen (§ 12 Abs. 3 GOÄ).

Wenn der Arzt mit einem Heim, welches über 25 km entfernt ist, eine Vereinbarung hat, dort die Patienten regelmäßig (wie mittwochs ab 15 Uhr) zu betreuen, so kann hier von einer regelmäßigen Tätigkeit an einer (zweiten) Arbeitsstätte ausgegangen werden, und dem Patienten können weder „Besuch" (Nr. 50 GOÄ) noch Reiseentschädigung in Rechnung gestellt werden. Untersuchung und Beratung (gegebenenfalls mit weiteren medizinisch notwendigen Leistungen) können gemäß GOÄ berechnet werden. Sollte der Arzt jedoch außerplanmäßig zu einem akuten (Not-)Fall in dieses Heim gerufen werden, so kann er Besuch und Reiseentschädigung in Rechnung stellen.

Krankenhaus- und Belegärzte können weder Besuch (Nr. 50 GOÄ) noch Wegegeld oder Reiseentschädigung berechnen, wenn sie den eigenen Patienten in ihrem Krankenhaus (Arbeitsstätte) aufsuchen. Wird ein Krankenhausarzt- oder Belegarzt jedoch ausnahmsweise als Konsiliarius zu einem Patienten in ein anderes Krankenhaus gerufen, so sind die Kosten nach §§ 8 oder 9 GOÄ berechnungsfähig. Dies gilt nicht, wenn dieses Krankenhaus regelmäßige Arbeitsstätte des Konsiliararztes ist (siehe Heimarzt). ◄

§ 10 Ersatz von Auslagen

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

1. **die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,**
2. **Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,**

1. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
2. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für
1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandsspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
5. folgende Einmalartikel: Einmal-Spritzen, -Kanülen, -Handschuhe, -Harnblasenkatheter, -Skalpelle, -Proktoskope, -Darmrohre, -Spekula.

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten 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. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebietes Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

Kommentar:
Der Arzt kann nur die in § 10 sowie die nach den Abrechnungspositionen der GOÄ aufgeführten Auslagen und Kosten ansetzen. Ansonsten sind die Kosten **Bestandteil** der jeweiligen Leistung (z. B. bei Testungen nach Nrn. 380 ff GOÄ).
Der Begriff „Auslagen" in § 10 meint Kosten, die im Zusammenhang mit der Erbringung der ärztlichen Leistung entstehen. Das sind nicht die Praxiskosten im Sinne von § 4 Abs. 3 GOÄ. Ersetzt werden die **tatsächlich entstandenen Kosten**.
Zu den ersetzungsfähigen Auslagen gehören z. B. Arznei-, Verbandmittel und sonstige Materialien, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind. Grundsätzlich ist es dem Arzt nicht gestattet, Arzneimittel in der Praxis abzugeben und damit in den „Verkehr" zu bringen; dies ist allein dem Apotheker vorbehalten, § 43 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG).
Ein Auslagenersatz nach § 10 GOÄ liegt aber z. B. bei Mitteln vor, die im direkten Zusammenhang mit einem ärztlichen Eingriff verbraucht werden.
Dazu gehören jedoch nicht Instrumente oder Teile von solchen, die nur noch bei einem Patienten verwendet werden, da sie wegen der normalen gebrauchsbedingten Abnutzung nicht weiter verwendet werden können. Auch Instrumente, die wegen eines Materialfehlers nur einmal verwendet werden können, gehören nicht dazu.
Es ist sinnvoll, dass der Arzt sich in Zusammenarbeit mit seinem Apotheker eine Liste der häufig verwendeten Arznei-, Verbandmitteln und sonstigen Materialien und ihren Preisen macht, um keine Auslagen zu vergessen, aber diese dann auch korrekt abzurechnen. Die Regelung über die Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten wurde im Rahmen der 4. Änderungsverordnung neu gefasst. Abgesehen von den in Abs. 3 normierten Ausnahmen bietet sie jetzt eine uneingeschränkte Möglichkeit zur gesonderten Berechnung von Porto- und Versandkosten. Allerdings dürfen für die Versendung von Arztrechnungen keine Versand- und Portokosten berechnet werden. Ebenfalls gesondert als Auslagen in Rechnung gestellt werden können die nach den Bestimmungen der GOÄ als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten (z. B. Kosten für ausgegebene Testmaterialien – Nrn. 3500 und 3650 GOÄ; Ureterverweil-schiene bzw. Ureterkatheter – Nr. 1812 GOÄ). Auch die Allgemeinen Bestimmungen zu den Abschnitten O II und O IV 3 enthalten entsprechende Regelungen über gesondert berechnungsfähige Kosten.
Hingegen können die Kosten, die für die Benutzung eines Operationssaales entstehen (z. B. wenn ein niedergelassener Arzt den OP-Saal eines Krankenhauses benutzt), nicht gesondert berechnet

werden, da es sich insoweit um Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 Satz 1 handelt. Auch gegebenenfalls entstandene Dolmetscherkosten können nicht gesondert berechnet werden. Sie sind weder Praxiskosten noch Auslagen im Sinne des § 10 und müssen vom Dolmetscher direkt mit dem Patienten abgerechnet werden. Durch den Katalog der nicht berechnungsfähigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien in § 10 Abs. 2 wird die in § 4 Abs. 3 Satz 1 normierte Regelung ergänzt. Die mit den Gebühren abgegoltenen Kosten für „Sprechstundenbedarfsartikel" werden insoweit präzisiert. Die Aufzählung in Abs. 2 Nr. 1 ist allerdings nicht abschließend, wie die Formulierung „Kleinmaterialien wie ..." deutlich macht. Dabei wird der Begriff Kleinmaterialien nicht betragsmäßig definiert. In der Literatur werden allerdings Beträge zwischen 1,– bis 2,50 €. genannt (Uleer, Miebach, Patt, § 10, Rdn. 21).
Der in Abs. 2 Nr. 5 genannte Katalog von Einmalartikeln ist aber nach Auffassung des Kommentars zur GOÄ § 10, 6. abschließend, d. h. nicht genannte Einmalartikel können gesondert berechnet werden, z. B. Einmal-Infusionsbestecke, Einmal-Infusionsnadeln, Einmal-Biopsienadeln.

■ Rechtsprechung

Sachkosten in der Wahlarztkette, §§ 6a Abs.2, 10 Abs.3 GOÄ

Bei der Vergütung ausgelagerter Krankenhausabteilungen (z.B. Radiologie, Labor) ist es strittig, wie angefallene Sachkosten zu vergüten sind. Im Rahmen der Fallpauschalen werden die Sachkosten dem Krankenhaus erstattet, die aber tatsächlich bei dem beauftragten Arzt entstehen. Der Arzt könnte daher seine Sachkosten gemäß §§ 6a Abs.2, 10 Abs.3 GOÄ beim Patienten geltend machen. Das LG Wuppertal hat nunmehr entschieden: Sachkosten eines im Rahmen der Wahlarztkette beauftragten Arztes können einem Patienten nur dann in Rechnung gestellt werden, wenn sie nicht bereits dem Krankenhaus erstattet worden sind.
Aktenzeichen: LG Wuppertal, 26.11.2009, AZ: 9 S 320/08
Entscheidungsjahr: 2009

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Auslagenersatz: Wann ist ein Beleg erforderlich?
Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 8 (25.02.2011), S. A-422 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.9142
In § 10 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist geregelt, dass neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren die Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, gesondert berechnet werden können. Demgegenüber sind die Kosten von Materialien, die für eine mehrfache Verwendung vorgesehen sind, ebenso wie die in § 10 Absatz 2 genannten Kosten etwa für Kleinmaterialien oder geringwertige Arzneimittel, die sich zumeist im Centbereich bewegen, mit den Gebühren für die ärztlichen Leistungen abgegolten. Im Hinblick auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ist dabei zu berücksichtigen, dass diese nach den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes in aller Regel vom Arzt verordnet und vom Patienten in einer Apotheke seiner Wahl bezogen werden. Allerdings ist die Verordnung von Arzneimitteln über die Apotheke auf den Namen des Patienten nicht immer möglich. Dies betrifft etwa Mittel, die bei einer ambulanten Operation eingesetzt werden, oder Mittel für die sofortige Anwendung in Notfällen. In diesen Fällen kann der Arzt die Präparate beziehen und die Kosten dem Patienten als Auslagenersatz in Rechnung stellen.
Die Auslagen stellen dabei im Rahmen der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit durchlaufende Posten dar, das heißt, der vom Arzt ausgelegte Betrag wird an den Patienten durchgereicht. Dies bedeutet, dass die Selbstkostenpreise anzusetzen sind. Rabatte, Boni oder Ähnliches sind an den Patienten weiterzugeben. Während bei der Behandlung von Arbeitsunfällen, die gegenüber der Berufsgenossenschaft nach den Sätzen der UV-GOÄ abgerechnet werden, die Sachkosten pauschaliert als „Besondere Kosten" berechnungsfähig sind, ist in § 10 GOÄ der ausdrückliche Hinweis zu finden, dass der Ansatz von Pauschalen nicht zulässig ist. Diese Bestimmung dient – wie auch das Oberlandesgericht des Landes Sachsen-Anhalt in seinem Urteil vom 26. Juni 2008 (Az.: 1 U 9/08) ausgeführt hat – letztlich demselben Zweck wie das berufsrechtliche Verbot der Ausübung gewerblicher Vertriebstätigkeit im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung: Es soll das Vertrauensverhältnis des Patienten in den Arzt als objektiven Sachwalter der Gesundheitsinteressen des Patienten schützen.
Zudem enthält die GOÄ bei der Berechnung von Auslagenersatz aus Transparenzgründen formale Vorgaben an die Rechnungsstellung, von deren Einhaltung auch die Fälligkeit der Vergütung abhängt. So sieht § 12 GOÄ vor, dass bei der Berechnung von Auslagenersatz der Betrag und die Art der Auslage in der ärztlichen Liquidation aufzuschlüsseln ist. Weiterhin muss der Abrechnung ein Beleg oder sonstiger Nachweis über den Bezugspreis beigelegt werden, wenn der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro übersteigt.
Allerdings sind überzogene Anforderungen einzelner Krankenversicherungen und Beihilfestellen an die Nachweispflicht zurückzuweisen. So wird teilweise die regelhafte Vorlage eines Belegs auch dann gefordert, wenn zum Beispiel ein Präparat im Wert von 15 Euro zweimal verabreicht und in Rechnung gestellt wird. Insoweit ist jedoch auf den Wortlaut der GOÄ zu verweisen, der – auch im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand – ausdrücklich vorsieht, dass eine zwingende Nachweispflicht dann besteht, wenn der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro übersteigt. Martin Ulmer ◄

► Leistung gestrichen – Auslagen trotzdem berechnen?
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 10 (12.03.2010), S. A-460
Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 10 (12.03.2010), S. A-460

http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.8122
In § 10 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird geregelt, welche Auslagen zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnet werden können. Die entsprechenden Materialien sind in § 10 Absatz 1 GOÄ aufgezählt. In § 10 Absatz 2 GOÄ sind alle nicht berechnungsfähigen Materialien aufgelistet. Dort sind beispielsweise Einmalmaterialien aufgeführt, die nicht berechnet werden können, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe und so weiter. Wichtiger Grundsatz ist immer, dass nur diejenigen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen, die dem Arzt entstehen und die in § 10 GOÄ aufgeführt sind.
Was aber passiert mit den entstandenen Auslagen in dem Fall, dass die eigentliche Leistung gemäß den Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt B nicht in Rechnung gestellt werden kann: „Die Leistungen nach den [Nummern] Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig."? Angenommen, ein Patient kommt mehrfach in einem Monat wegen derselben Erkrankung zum Arzt. Dann dürfen die Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ nur einmal neben Sonderleistungen ab der Nummer (Nr.) 200 GOÄ in Rechnung gestellt werden, weil es sich um einen Behandlungsfall handelt. Ab dem zweiten Termin kann dann der Verband (beispielsweise nach Nr. 200 oder 204 GOÄ) nicht mehr in Rechnung gestellt werden. Die Auslagen für den Verband sind jedoch trotzdem berechnungsfähig. In § 12 Abs. 5 GOÄ ist geregelt, dass die Art der Auslage und der Betrag genannt werden müssen. Zusammenfassungen und/oder Vereinfachungen wie „Verbandmaterial" für Baumwollschlauch, Wattepolsterung und Gips sind denkbar. Im vorliegenden Fall wäre es jedoch günstig, einen Hinweis bei den Materialien aufzunehmen, damit bei der Erstattung keine Probleme für den Patienten entstehen. Dieser Hinweis könnte beispielsweise lauten: „Verbandmaterial für Verbände vom 2.12.2009 bis zum 21.12.2009." Einfacher ist es auf den ersten Blick, auf der Rechnung den Verband mit der jeweiligen Gebührenpositionen aber mit einem Betrag von 0 €auszuweisen. Die meisten Softwareprogramme für die Abrechnung nach GOÄ sehen diese Möglichkeit vor. Allerdings kann auch diese Version zu Rückfragen oder Minderung der Erstattung durch die privaten Krankenversicherungen führen, wenn die Rechnungsprüfung dort ausschließlich automatisiert erfolgt. Wird der vermeintliche „Fehler" („1 und/oder 5 nicht neben Sonderleistungen") nicht visuell geprüft, wird im ungünstigsten Fall eine Minderung der Erstattung (häufig um die Nrn. 1 und 5 GOÄ) resultieren. Nur wenn die Prüfprogramme auch die Summen prüfen und dann eine Fehlermeldung anzeigen, die visuell von einem Mitarbeiter der Krankenversicherung geprüft werden muss, fällt auf, dass hier korrekt abgerechnet wurde, und Rückfragen oder Erstattungsminderungen entstehen nicht.

► Praxiskosten, Sprechstundenbedarf, Auslagenersatz
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.4216
Dr. med. R. Klakow-Franck – in: Dt. Ärzteblatt 100, Heft 33 (15.08.03), S. A-2176
Mit den Gebühren nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind neben der ärztlichen Leistung auch die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie die so genannten Praxiskosten (Raumkosten, Personalkosten etc.) abgegolten (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ). Dies gilt für ambulante und stationäre Leistungen gleichermaßen, das heißt unabhängig davon, ob die Praxiskosten dem Arzt wie im Niedergelassenen-Bereich direkt entstehen oder über ein Nutzungsentgelt an den Krankenhausträger zu erstatten sind.
Ausnahmen von dem umfassenden Vergütungsumfang der Gebührenposition bestehen dann, wenn es eine spezifische Regelung gibt, so zum Beispiel bei den nuklearmedizinischen Untersuchungen (vgl. Allgemeine Bestimmungen Nr. 3 zu Abschnitt O II. GOÄ). Während die Kosten für die Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung einschließlich der hierfür erforderlichen Substanzen durch die jeweilige Gebührenposition mit abgedeckt sind, sind die Kosten für das Radionuklid zusätzlich berechnungsfähig (vgl. hierzu auch AG Coesfeld, Urteil vom 6. Mai 2003, Az.: 11 C 142/02).
Außerdem sind von der Gebühr die Kosten für die Materialien abzugrenzen, die mit der einmaligen, individuellen Untersuchung oder Behandlung des Patienten verbraucht sind und für die Auslagenersatz nach § 10 GOÄ geltend gemacht werden kann. In der vertragsärztlichen Praxis würden diese Kosten als Sprechstundenbedarf außerhalb der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen direkt zwischen den Krankenkassen und der Apotheke beziehungsweise dem Hersteller abgerechnet. Für die privatärztliche Versorgung wurden bereits im Rahmen der 3. Änderungsverordnung zur GOÄ im Jahr 1988 Umfang und Inhalt des zusätzlichen Auslagenersatzes erheblich eingeschränkt. Hintergrund hierfür war die Feststellung einer zunehmenden Berechnung von Einmalartikeln und Verbrauchsmaterialien im Rahmen eines Erfahrungsberichts der Bundesregierung über die GOÄ-Anwendung.
Seither sind Kleinmaterialien, wie Verbandmittel und Holzspatel, sowie eine abschließende Liste von Einmalartikeln (wie Einmalspritzen, Einmalskalpelle, vgl. § 10 Abs. 2 GOÄ) nicht mehr gesondert berechnungsfähig. Der Streitwert des diesbezüglichen Präzedenzfalles, verhandelt vor dem Verwaltungsgericht München, betrug 3,08 DM für einen Saligutaplast-Verband (VG München, Urteil vom 30.7.1991, Az.: M 5 K 91.1932).
Einmalinstrumente, wie zum Beispiel Cutter und Bergesäcke für minimalinvasive Eingriffe sind wie Einmal-Abdeck-Sets nach wie vor als Auslagenersatz berechnungsfähig. Gelegentlich ist jedoch bei ambulanten Eingriffen eine exzessive Berechnung zum Beispiel von Einmalinstrumenten zu beobachten, die medizinisch nicht mehr nachvollziehbar ist, oder von Zubehörteilen (Saugschläuchen, Rohransatzstücken oder Sterilmarkern), die eigentlich unter die Regelung der nicht gesondert berechnungsfähigen Kleinmaterialien fallen. Dieses nur als Kompensationsmechanismus zu verstehende Abrechnungsverhalten erhöht zum Nachteil aller nur das Risiko, dass bei der nächsten Novellierung der GOÄ die Liste nicht berechnungsfähiger Einmalartikel drastisch erweitert wird, ohne die Vergütung der korrespondierenden ärztlichen Eingriffe leistungsentsprechend anzuheben. ◄

► Auslagen – Allgemeines – Berechnung nach DKG-NT – Liste Einmalartikel
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.4217
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 34-35 (29.08.2005), Seite A-2332
Welche Auslagen zusätzlich zur ärztlichen Leistung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angesetzt werden können, regelt § 10 GOÄ. Berechnungsfähig sind alle in § 10 Absatz 1 GOÄ genannten Materialien.
Wichtiger Grundsatz ist, dass nur diejenigen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen, die dem Arzt entstehen und die im § 10 GOÄ aufgeführt sind. Danach ist die Berechnung von Pauschalen nicht zulässig (§ 10 Absatz 1 Satz 2). Strittig ist aus diesem Grund häufig die Berechnung von Sachkosten nach Spalte 4 des Nebenkostentarifs der Deutschen Krankenhausgesell-

schaft e. V. (DKG-NT) als Auslage bei der ambulanten privatärztlichen Behandlung durch den Chefarzt. Viele Chefärzte haben Verträge, die ihnen die Abgabe von Kosten nach Spalte 4 DKG-NT vorschreiben. Die Bundesärztekammer ist daher der Auffassung, dass der Chefarzt auch in diesem Fall dem Patienten GOÄ-konform die Kosten berechnet, die ihm tatsächlich – durch seinen Vertrag mit dem Krankenhaus – entstehen.
Es ist schwierig, diese Kosten je Patienten zu ermitteln, weil aus nachvollziehbaren Gründen nicht für jeden Patienten Buch geführt werden kann. Ratsam erscheint es daher, sich für typische Leistungen der eigenen Praxis und die zugehörigen, nach § 10 GOÄ berechnungsfähigen Auslagen eine Kostenaufstellung anzulegen, die man bei Bedarf anpassen kann. Der Arzt ermittelt beispielsweise den durchschnittlichen Verbrauch der berechnungsfähigen Auslagen, jeweils einzeln für die Anlage eines Verbandes, einer Gipsschiene und so weiter von Finger, Hand, Unter-, Oberarm und so weiter. Wird in der (digitalen) Patientennakte der entsprechende Verband dokumentiert, lassen sich die Auslagen aus dieser Kostenaufstellung entnehmen.
Eine (theoretische) Lösung besteht darin, dass der Arzt dem Patienten ein Rezept über das benötigte Material beziehungsweise das Medikament ausstellt, welches der Patient dann in der Apotheke besorgt und zur Behandlung mitbringt. Dies ist in vielen Fällen nicht praktikabel, weil bestimmte Medikamente, wie beispielsweise bestimmte Impfstoffe, stringent gekühlt werden müssen oder andere logistische Probleme die Praktikabilität einschränken. Der Kauf geringer Mengen von Materialien dürfte in aller Regel deutlich teurer sein, als wenn der Arzt größere Mengen an Material bezieht und die Rabatte (tatsächliche Kosten) an den Patienten weiterreicht.
Im Absatz 2 des § 10 GOÄ sind alle nicht berechnungsfähigen Materialien aufgelistet. Dort sind beispielsweise Einmalmaterialien aufgeführt, die nicht berechnet werden können, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe und so weiter. Dort nicht aufgeführte Einmalartikel können in der Regel im Umkehrschluss berechnet werden, wie beispielsweise Einmalpunktionsnadeln, Einmalshaver, Einmalin-fusionsbestecke und andere.
Der Absatz 3 des § 10 GOÄ regelt, unter welchen Voraussetzungen Versand- und Portokosten angesetzt werden können. Die Berechnung des Portos für den Versand der Rechnung ist ausgeschlossen, denn sie fallen unter den Begriff Praxiskosten. Die so genannten Praxiskosten, einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie der Kosten für die Anwendung von Apparaten und Instrumenten (§ 4 Absatz 3 GOÄ), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten. ◄

► Labor – Auslagen berechnen?
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.4218
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 12 (25.03.05), S. A-848
Die Allgemeinen Bestimmungen zum Labor (Abschnitt M) der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) müssen immer in engem Kontext mit dem Paragraphenteil der GOÄ gesehen werden. Wie bereits unter der Rubrik „GOÄ-Ratgeber“ erläutert, sind mit der Gebühr für die Laboruntersuchung die Kosten für die Reagenzien (einschließlich radioaktiven Materials) abgegolten. Diese Regel, die für alle Abschnitte des Labors gilt und auch von Großlabors nicht umgangen werden darf, korrespondiert mit § 10 Absatz 2 Ziffer 2 GOÄ, in dem die Berechnung von Auslagen für Reagenzien ausgeschlossen sind. Beispielsweise können weder Lösungen zur Blutaufbereitung (wie Citrat) noch Farblösungen zur Anfärbung mikroskopischer Präparate berechnet werden. Auch die in großem Umfang zunehmenden Schnelltests sind nicht zusätzlich zur Gebühr (als Auslage) berechnungsfähig.
Von dieser Regelung ausgenommen sind nur Kosten für Arzneimittel im Zusammenhang mit Funktionstests. Die Funktionstests sind im Basislabor im Abschnitt M II 7. und im Speziallabor im Abschnitt M III 15. GOÄ aufgeführt. Unter separat berechnungsfähigen Arzneimitteln versteht man beispielsweise die intravenös oder oral verabreichte Glucoselösung für den Glucosetoleranztest nach den Nummer 3612 oder 3613 GOÄ aus M II 7. [Irrtümlich wurde die Berechnung der Glucoselösung im letzten ‚GOÄ-Ratgeber‘ im Zusammenhang mit dem Blutzuckertagesprofil angegeben.] Berechnungsfähig sind beispielsweise auch die Kosten für die (orale) Verabreichung einer Laktoselösung im Rahmen des Laktosetoleranztests nach Nummer 4108 GOÄ aus M III 15.
Bei der Berechnung von Auslagen sind die Bestimmungen der §§ 10 und 12 GOÄ zu beachten. Nach § 10 Absatz 1 Ziffer 1 GOÄ dürfen nur Auslagen für solche Arzneimittel berechnet werden, die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.
Die Art und der Betrag der Auslage müssen nach § 12 Absatz 2 Ziffer 5 GOÄ auf der Rechnung ausgewiesen werden. Beträgt eine Auslage für ein Arzneimittel im Rahmen eines Funktionstests mehr als 25,66 Euro, dann ist ein Beleg oder sonstiger Nachweis (beispielsweise selbst angefertigte Aufstellung der Kosten) der Rechnung beizufügen.
Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt M besagen, dass Kosten für Versand und Porto berechnet werden können. Diese Regelung ist korrekt anzuwenden in Verbindung mit § 10 Absatz 3 GOÄ. In diesem Absatz wird konkretisiert, dass die Kosten für Porto und Versand nur von dem Arzt berechnet werden dürfen, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße und für den Versand oder Transport entstanden sind. Ausdrücklich wird aber auch die Ausnahme von der Berechnungsfähigkeit aufgeführt: Die Kosten für Porto und Versand sind nicht berechnungsfähig, sofern es sich um den Versand innerhalb einer Laborgemeinschaft handelt (vergleiche Ziffer 1 letzter Satz).
Dieser Ausschluss der Auslagenberechnung für Laborgemeinschaften gilt sowohl für die übliche Art des (Post-)Versandes als auch für alle anderen Arten des Probentransportes (Fahrdienst, Taxi und anderes) und der Befundübermittlung (Fax, E-Mail und anderes). ◄

► Berechnungsfähige Auslagen – strittige Punkte
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.4219
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 38 (22.09.2006), Seite A-2496
Mit den Gebühren nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind neben der ärztlichen Leistung auch die Kosten für Apparate und Instrumente abgegolten (vergleiche § 4 Abs. 3 GOÄ). Die als Sondertatbestand neben der ärztlichen Leistung ausnahmsweise berechnungsfähigen Auslagen regelt genauer der § 10 GOÄ. Berechnungsfähig sind beispielsweise alle in § 10 Abs. 1 GOÄ genannten Materialien. Wichtiger Grundsatz ist, dass nur diejenigen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen, die dem Arzt entstehen und die in § 10 GOÄ aufgeführt sind. Eine Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig. Ergänzende Regelungen finden sich beispielsweise auch in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O II ‚Nuklearmedizin’

Ziffer 4 GOÄ (Radiopharmazeutika) und M ‚Laboratoriumsuntersuchungen' Ziffer 1 GOÄ (beispielsweise Pharmazeutika im Zusammenhang mit Funktionstesten). Darüber hinaus findet man zu einzelnen Leistungen den Hinweis ‚die Kosten sind mit den Gebühren abgegolten' (vergleiche GOÄ-Ratgeber ‚Gynäkologische Zytologie ...', DÄ, Heft 33/2006).
Folgende GOÄ-Ratgeber zum Thema Auslagen sind bisher veröffentlicht worden: DÄ, Heft 33/2003 ‚Praxiskosten, Sprechstundenbedarf, Auslagenersatz', Heft 34-35/2005 ‚Auslagen'. Die Besonderheiten zu Auslagen im Labor wurden in Heft 12/2005 ‚Labor (2) – Auslagen berechnen' beschrieben.
Berechnungsfähig sind beispielsweise Materialien, die der Patient zur weiteren Anwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind (§ 10 Abs. 1 Ziffer 1). Hierunter können auch Instrumententeile verstanden werden, die tatsächlich mit der einmaligen Anwendung verbraucht sind und als Einmalartikel nicht ausgeschlossen sind. Nicht berechnungsfähig sind anteilige Kosten beispielsweise für eine Laserfaser, die nach jeder Behandlung gekürzt werden muss. Diese Kosten sind nach § 4 Abs. 3 GOÄ (siehe oben) abgegolten. Ebenfalls nicht berechnungsfähig sind Auslagen für fehlerhaftes Material und der endgültige Verbrauch eines Materials (beispielsweise der erwähnten Laserfaser nach dem mehrmaligen Kürzen).
In § 10 Abs. 2 GOÄ sind abschließend alle Materialien aufgezählt, die nicht berechnungsfähig sind (bestimmte Kleinmaterialien, Reagenzien und Oberflächenanästhetika, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben, geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie bestimmte Einmalartikel).
Häufig strittig ist insbesondere die Berechnung von Einmalartikeln. Die Aufzählung in § 10 Abs. 2 Ziffer 5 ist als abschließend anzusehen, und alle dort nicht genannten Materialien (die nicht durch andere Regelungen ausgeschlossen sind) können in Rechnung gestellt werden. Hier wird die Art nicht unterschieden, sodass die preiswerten Vinyl-Einmalhandschuhe genauso wenig berechnungsfähig sind wie die teuren sterilen Latex-Einmalhandschuhe. Es ist unbedingt davon auszugehen, dass die als Einmalartikel ausgewiesenen Materialien auch nur einmal verwendet werden. Eine Resterilisation ist, auch wenn technisch möglich, nicht nur medizinisch (Infektionsgefahr et cetera) sondern auch berufsrechtlich nicht zulässig. ◄

► **Berechnungsfähige Auslagen – Beispiele**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4215.4220
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 40 (06.10.2006), Seite A-2660
Mit den Gebühren nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind neben der ärztlichen Leistung auch die Kosten für Apparate und Instrumente abgegolten (vergleiche § 4 Abs. 3 GOÄ). Die als Sondertatbestand neben der ärztlichen Leistung ausnahmsweise berechnungsfähigen Auslagen regelt § 10 GOÄ.
Folgende GOÄ-Ratgeber zum Thema Auslagen sind bisher veröffentlicht worden: DÄ, Heft 33/2003 ‚Praxiskosten, Sprechstundenbedarf, Auslagenersatz', Heft 34-35/2005 ‚Auslagen' und ‚Berechnungsfähige Auslagen (2) – strittige Punkte', Heft 38/2006. Die Besonderheiten zu Auslagen im Labor wurden im Heft 12/2005 ‚Labor (2) – Auslagen berechnen' beschrieben. Die GOÄ-Ratgeber sind abrufbar unter www. bundesaerztekammer.de, Themen A-Z, Gebührenordnung, GOÄ-Ratgeber. Die Beispiele dienen der Darstellung der gebührenrechtlichen Thematik und stellen keinen medizinischen Behandlungsleitfaden dar; auch kann das Beispiel im Vergleich zum Einzelfall unvollständig sein.

Beispiel 1: Der Patient hat eine handgelenksnahe nicht dislozierte distale Radiusfraktur. Er erhält zum Röntgen eine Unterarmmetallschiene. Der Unterarm wird nach Anpassung der Metallschiene mit elastischen Binden fixiert. Nach dem Röntgen werden Metallschiene und elastischer Verband entfernt und eine Unterarmgipsschiene (mit Baumwollschlauchverband und Wattepolsterung) angefertigt. Die fertige Gipsschiene wird mit elastischen Binden am Unterarm angewickelt. Folgende Auslagen können berechnet werden: Der Baumwollschlauchverband (verbrauchte Länge von Gesamtlänge ergibt Preis), die verbrauchten Wattepolster-, Gips- und elastischen Binden. Die Metallschiene kann nicht berechnet werden, da diese weder durch die Anwendung ‚verbraucht' wurde, noch der Patient diese zur weiteren Verwendung behält.

Beispiel 2: Ein Patient hat eine Distorsion des oberen Sprunggelenkes sowie Schürfwunden an den Händen und zwei Platzwunden am Kopf. Die kleinere Platzwunde wird mit Histoacrylkleber geklebt, die größere nach Desinfektion und Abdeckung mit einem sterilen Einmaltuch nach lokaler Infiltrationsanästhesie genäht. Die Schürfwunden an den Händen werden desinfiziert. Alle Wunden werden mit einem Klebepflaster versorgt. Das Sprunggelenk wird mit einer Kunststoffschiene versehen, die der Patient behält; er erhält ein Rezept für eine Kunststoffschiene, die er dem Arzt beim nächsten Besuch aus der Apotheke mitbringen soll. Der Patient erhält außerdem eine Auffrischung seines Tetanusschutzes. An Auslagen können berechnet werden: das Einmalabdecktuch, die verbrauchte Menge Lokalanästhetikum, das Fadenmaterial sowie das Impfserum. Nicht berechnungsfähig sind: Desinfektionsmittel (§ 10 Abs. 2 Ziffer 3), Histoacrylkleber (§ 10 Abs. 2 Ziffer 1), sterile Einmalhandschuhe (§ 10 Abs. 2 Ziffer 5), Pflaster, Schnellverbandmaterial (§ 10 Abs. 2 Ziffer 1) und die Kunststoffschiene, da der Patient hierüber ein Rezept erhält und das verbrauchte Material damit wieder auffüllt.
In der Rechnung müssen nach § 12 Abs. 5 GOÄ die Art der Auslage und der Betrag genannt werden, dabei sind Vereinfachungen und Zusammenfassungen wie „Verbandmaterial" für Baumwollschlauch, Wattepolsterung und Gips akzeptabel."

§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

(2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

Kommentar:
Diese Bestimmung findet zunächst einmal nur für die Leistungs- und Kostenträger Anwendung, für die die Höhe der Vergütung nicht bereits durch eine bundesgesetzliche Regelung bestimmt wird (s.

§ 1 Abs. 1). Solche der GOÄ vorgehenden bundesgesetzlichen Bestimmungen finden sich u. a. im Bundessozialhilferecht, im Bundesversorgungsgesetz (BVG), im SGB V und im Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG). Damit ist die praktische Bedeutung des § 11 eher gering. Anwendung findet sie z. B. bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen oder für die Durchführung von Blutalkoholuntersuchungen auf Anordnung einer Staatsanwaltschaft.
Der Arzt ist in den Fällen des § 11 nur dann auf die Gebührensätze des § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ, d. h. auf den Einfachsatz, gegenüber dem Leistungsträger beschränkt, wenn der Patient dem Arzt vor der Leistungserbringung eine entsprechende Bescheinigung des Leistungsträgers vorlegt, in dem sich dieser zur Kostenübernahme bereit erklärt. Nur in dringenden Fällen kann diese nachgereicht werden. Dabei kann dann von Dringlichkeit ausgegangen werden, wenn der mit der Beschaffung der Bescheinigung verbundene Zeitaufwand wegen der Besonderheit des Behandlungsfalles nicht in Kauf genommen werden kann. Dies kann beispielsweise bei Unglücksfällen oder plötzlich auftretenden starken Schmerzen der Fall sein, aber auch wenn aus anderen Gründen die Beschaffung einer Bescheinigung bei erforderlicher ärztlicher Hilfe nicht zeitgerecht möglich ist, z. B. an Sonn- und Feiertagen, Abend- oder Nachtstunden (Uleer, Miebach, Patt, § 11, Rdn. 11, Hoffmann, Kleinken § 11, Rdn. 6, Kommentar zur GOÄ § 11, 5.).
Dabei gibt es in der GOÄ keine Frist für das Nachreichen. Es ist jedoch zu fordern, dass die Bescheinigung nach Wegfall des Hinderungsgrundes in angemessener Zeit nachgereicht wird. Gelegentlich finden sich Fristen, die vertraglich oder in Satzungen des Kostenträgers festgelegt sind. Diese betragen häufig 10 Tage (Uleer, Miebach, Patt, § 11, Rdn. 12, Hoffmann, Kleinken § 11, Rdn. 6, Kommentar zur GOÄ § 11, 6.)
Wird die Bescheinigung nicht vorgelegt oder wirksam nachgereicht, ist der Arzt nicht auf die Gebührensätze des § 5 Abs. 1 Satz 2 verwiesen, sondern kann frei liquidieren.

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:
1. **das Datum der Erbringung der Leistung,**
2. **bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,**
3. **bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,**
4. **bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,**
5. **bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 €, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.**

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nummer 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis entsprechend sowie der Nummer und der Bezeichnung der gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Kommentar:

Fälligkeit
Die Fälligkeit der Vergütung tritt erst ein, wenn eine den Bestimmungen der GOÄ Rechnung tragende Liquidation erteilt worden ist. Nach Uleer setzt das neben den formalen Anforderungen, die in § 12 genannt sind, auch voraus, dass die Liquidation materiellrechtlich der GOÄ entspricht, also inhaltlich richtig ist (Uleer, Miebach, Patt, § 12, Rdn. 4) Dem wird von anderen Kommentatoren widersprochen. Danach kommt es auf die inhaltliche Richtigkeit der berechneten Gebühr und deren Höhe für die Ordnungsgemäßheit der Rechnungsstellung nach § 12 GOÄ nicht an (z. B. Hoffmann, Kleinken § 12, Rdn. 1, Kommentar zur GOÄ § 12, 1.1).
Auch nach unserer Auffassung ist die Ansicht von Uleer nicht zu teilen. Nach allgemeinen rechtlichen Grundsätzen kann die an eine Rechnungslegung anknüpfende Rechtsfolge nicht von der materiellen Richtigkeit der Rechnung abhängig gemacht werden.
Ein Patient kann also nicht unter Hinweis auf eine nach seiner Meinung inhaltlich unrichtige Rechnung eine Bezahlung mit der Begründung verweigern, es sei keine den Voraussetzungen des § 12 GOÄ entsprechende Rechnung erstellt worden, damit sei die Zahlung der Rechnung auch nicht fällig.
In einem jüngeren Urteil des BGH vom 21.12.2006 (III ZR 117/06) hat dieser sich ebenfalls der Auffassung angeschlossen, dass für die Fälligkeit einer ärztlichen Vergütung nur die Erfüllung der formellen Voraussetzungen in § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ erforderlich ist. Die Fälligkeit werde nicht davon berührt, dass die Rechnung mit dem materiellen Gebührenrecht nicht übereinstimme (zu recherchieren unter juris).
Der Streit um die inhaltliche Richtigkeit einer Arztrechnung darf auf den Fälligkeitszeitpunkt keine Auswirkungen haben, da sonst, wenn der Streit dann irgendwann, etwa nach einem Jahr zugunsten des Arztes erledigt ist, dieser für die zurückliegende Zeit keine Zinsen vom Patienten verlangen könnte.
Der Eintritt der Fälligkeit ist u. a. Voraussetzung für einen Schuldnerverzug, der wiederum Rechtsgrund für weitere Maßnahmen wie z. B. Verzugszinsen ist. Auch für die Verjährung kommt es maßgeblich auf den Eintritt der Fälligkeit an.

Verjährung
Gemäß § 195 BGB beträgt die Verjährungsfrist für ärztliche Honorarforderungen 3 Jahre. Entscheidend für den Beginn der Verjährungsfrist ist nicht der Zeitpunkt der Behandlung bzw. der Abschluss der Behandlung, sondern der Zeitpunkt der Rechnungsstellung. Gemäß § 199 BGB beginnt die 3jährige Frist ab dem Ende des Jahres, in welchem eine fällige Honorarrechnung erstellt wurde und somit der Anspruch entstanden ist.
Die Verjährungsfrist eines Honoraranspruches nach GOÄ beginnt erst mit der Erteilung der Gebührenrechnung. Wenn aber ein Patient den behandelnden Arzt nach der Behandlung auffordert, die Rechnung zu erteilen, so kann dies nach einem Urteil des Landgerichts München (Urteil 18.11.2002, AZ 9 S 12869/01) zur Folge haben: Die Aufforderung zur Rechnungserteilung führt hinsichtlich der Verjährung des Gebührenanspruches in der Regel dazu, dass sich der Arzt so behandeln lassen muss, als sei die Rechnung innerhalb einer angemessenen Frist erteilt worden.
Mit dieser Aufforderung zu einer zeitnahen Rechnungsstellung nach der Behandlung erreicht der Patient, dass die Verjährungsfrist nicht unendlich hinausgezögert werden kann.

Unterbrechung der Verjährung
Die Verjährung einer Honorarforderung wird unterbrochen durch
- einen gerichtlichen Mahnbescheid oder Erhebung einer Klage
- genehmigte Stundung der Forderung
- Anerkennung des Honoraranspruches durch Abschlagszahlungen, durch Zinszahlungen, durch Sicherheitsleistungen des Patienten
- Briefe des Patienten mit Stundungsbegehren oder mit Ratenzahlungsvorschlägen.

Die Verjährungsfrist beginnt vom Zeitpunkt der Unterbrechung neu.
Würde der Arzt die Rechnung erst sehr spät, z. B. nach 15 Jahren stellen, würde der Honoraranspruch erst zu diesem Zeitpunkt fällig. Damit läge es im Belieben des Rechnungstellers, quasi den Verjährungsbeginn festzulegen. Dies bringt faktisch einem Arzt aber eher Nachteile als Vorteile. Die durch den Zeitablauf bedingte Schwierigkeit in der Aufklärung eines der Rechnung zugrunde liegenden Sachverhalts im Falle eines Dis-senses zwischen Arzt und Patient wirkt sich zu Lasten des Arztes aus. Er ist für die Leistungserbringung und das Vorliegen der von ihm herangezogenen Bemessungskriterien beweispflichtig.

Verwirkung
Gravierender aber ist die Gefahr der **Verwirkung** der Forderung. In einem Urteil des Amtsgerichts Frankfurt vom 23.5.1996 (30 C 2697/95) wurde festgestellt, dass eine mehr als zwei Jahre nach der Behandlung ausgestellte Arztrechnung verwirkt ist, also vom **Zahlungspflichtigen nicht mehr beglichen werden muss**. Zum Zeitpunkt des Urteils betrug die Verjährungsfrist zwei Jahre. Eine Entscheidung des OLG Nürnberg (Urteil vom 18.9.2000, 5 U 1991/00; s. Hoffmann, Kleinken § 12, Rdn. 1) hat nach einer Zeitdauer von zwei Jahren und acht Monaten noch keine Verwirkung angenommen. Zu dem Argument der nach so langer Zeit u. U. auftretenden Beweisschwierigkeiten wies das Gericht darauf hin, daß solche in erster Linie den rechnungslegenden Arzt treffen. Im übrigen stehe einem Patienten jederzeit das Recht zu, eine Abrechnung zu verlangen. Dadurch sei ein an der Abrechnung interessierter Patient gegen ein unzumutbares Hinauszögern des Verjährungsbeginns in der Regel ausreichend geschützt.
In einem aktuellen Beschluss des OLG Nürnberg vom 9.1.2008 (5 W 2508/07) knüpfte das Gericht an die jetzt geltende Verjährungsfrist an. Danach „kommt Verwirkung in Betracht, wenn seit dem Zeitpunkt, in dem die Rechnung hätte erteilt werden können, die regelmäßige Verjährungsfrist vergangen ist ...“ (MedR 2008, S. 616, 617). So auch Urteil des LG Nürnberg-Fürth vom 25.11.2008, 13 O 1808/06 (zu recherchieren unter beck-online). Somit liegt es bereits im dringenden eigenen Interesse eines Arztes, seine Privatrechnung möglichst zeitnah zu erstellen.
Andererseits muss auch ein Patient Einwendungen gegen eine Rechnung in angemessener Zeit erheben. So wurde vom LG Memmingen 1 in einem Beschluß vom 28.2.2007, 1 S 1592/06 (zu recherchieren über juris) die erstmalige Erhebung eines Einwandes der Nichtfälligkeit einer ärztlichen Abrechnung wegen derer mangelnder Überprüfbarkeit als gegen Treu und Glauben verstoßend abgewiesen, da der Einwand erst drei Jahre nach Übersendung der Rechnung erhoben wurde. Nach Ansicht des LG darf ein Arzt davon ausgehen, dass Einwände gegen die Prüfbarkeit einer Rechnung alsbald vorgebracht werden. Geschehe dies nicht, dürfe er das dahin verstehen, daß die Rechnung als geeignete Grundlage für die Abrechnung akzeptiert und nicht mehr in Frage gestellt werde. Beauftragt der Arzt zur Erstellung seiner Liquidation eine Verrechnungsstelle, muss er Unterlagen über die Diagnostik und Therapie übergeben. Hierzu ist die ausdrückliche Zustimmung des Patienten erforderlich; von einer stillschweigenden Zustimmung kann in der Regel nicht ausgegangen werden. Schon aus Gründen der Beweissicherung sollte der Arzt die Zustimmung schriftlich dokumentieren.

Umsatzsteuerpflicht
In den meisten Fällen sind ärztliche Leistungen umsatzsteuerfrei. Wenn aber eine Leistung erbracht wird, die der Umsatzsteuerpflicht unterliegt, z. B. eine kosmetische Nasenkorrektur ohne medizinische Indikation, sind die Vorschriften zum Umsatzsteuergesetz zu beachten, insbesondere § 14 Abs. 4 UStG:

Umsatzsteuergesetz (Vierter Abschnitt – Steuer und Vorsteuer (§§ 12–15a)

§ 14 Ausstellung von Rechnungen

(4) Eine Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

1. den vollständigen Namen und die vollständige Anschrift des leistenden Unternehmers und des Leistungsempfängers,
2. die dem leistenden Unternehmer vom Finanzamt erteilte Steuernummer oder die ihm vom Bundeszentralamt für Steuern erteilte Umsatzsteuer-Identifikationsnummer,
3. das Ausstellungsdatum,
4. eine fortlaufende Nummer mit einer oder mehreren Zahlenreihen, die zur Identifizierung der Rechnung vom Rechnungsaussteller einmalig vergeben wird (Rechnungsnummer),
5. die Menge und die Art (handelsübliche Bezeichnung) der gelieferten Gegenstände oder den Umfang und die Art der sonstigen Leistung,
6. den Zeitpunkt der Lieferung oder sonstigen Leistung; in den Fällen des Absatzes 5 Satz 1 den Zeitpunkt der Vereinnahmung des Entgelts oder eines Teils des Entgelts, sofern der Zeitpunkt der Vereinnahmung feststeht und nicht mit dem Ausstellungsdatum der Rechnung übereinstimmt,
7. das nach Steuersätzen und einzelnen Steuerbefreiungen aufgeschlüsselte Entgelt für die Lieferung oder sonstige Leistung (§ 10) sowie jede im Voraus vereinbarte Minderung des Entgelts, sofern sie nicht bereits im Entgelt berücksichtigt ist,
8. den anzuwendenden Steuersatz sowie den auf das Entgelt entfallenden Steuerbetrag oder im Fall einer Steuerbefreiung einen Hinweis darauf, dass für die Lieferung oder sonstige Leistung eine Steuerbefreiung gilt, und
9. in den Fällen des § 14 b Abs. 1 Satz 5 einen Hinweis auf die Aufbewahrungspflicht des Leistungsempfängers.

Dr. med Otto Genau **Herzweg 3, 80800 München**
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie **Tel. 089/17 66 66**

Herrn Georg Sportlich
Sandplatz 3, 89899 München

Sportmedizinische Untersuchung und Sonographie des Oberbauches auf Ihren Wunsch gemäß unserem Vertrag vom 25.08.2006.

Diagnose: Zustd. nach Leberteilresektion, ärztlicherseits spricht nichts gegen Leistungssport im Bereich Leichtathletik

Für meine Leistungen in der Zeit vom 28.08.06 bis zum 31.08.06 darf ich Ihnen berechnen:

Datum ①	GOÄ-Nr. ②	Leistung ③	1facher Satz	Steigerungsfaktor ⑤	Betrag in Euro
28.08.06	**3**	Sportmedizinische Beratung	8,74	2,3	20,11
28.08.06	**8**	Ganzkörperstatus	15,16	2,3	34,86
29.08.06	**651***	EKG in Ruhe	14,75	1,8	26,55
29.08.06	**250***	Blutentnahme	2,33	1,8	5,36
29.08.06	**3511***	Untersuchung eines Körpermaterials – Urinteststreifen	2,91	1,15	3,35
29.08.06	**3550***	Blutbild	3,50	1,15	4,02
29.08.06	**3560***	Glukose	2,33	1,15	2,68
29.08.06	**3562.H1***	Cholesterin	2,33	1,15	2,68
29.08.06	**3585.H1***	Kreatinin	2,33	1,15	2,68
29.08.06	**3592.H1***	Gamma GT	2,33	1,15	2,68
29.08.06	**3781***	Lactatbestimmung	12,82	1,15	14,75
29.08.06	**410**	Sonographie der Leber – Erschwernis der Untersuchung wegen Zustand nach Leber-Teilresektion ⑦	11,66	3,0	
29.08.06	**420**	Sonographie Galle, Gallenwege und Pankres, je Organ	3x4,66	2,3	3x
31.08.06	**652**	Belastungs-EKG	25,94	2,3	59,66
31.08.06	**605***	Lungenfunktion	14,11	1,8	32,45
31.08.06	**605a***	Flussvolumenkurve	8,16	1,8	14,69
31.08.06	**606***	Spiroergometrische Untersuchung	22,09	1,8	39,76
31.08.06	**34**	Erörterung (Dauer mind. 20 min) ④	17,49	2,3	40,22
Summe					
19% MwSt. ⑦				–	–
Endbetrag					

ggf. ⑥
Der Endbetrag von €ist auf mein Konto bei der Ärztebank Kto. Nr. 666970, BLZ 30030000 zu überweisen.

Mit freundlichem Gruß
Ihr Dr. med Otto Genau

Sprechzeiten: Mo-Fr 9-12 Uhr und Mo, Di, Do, Fr 15-18 Uhr · Mittwochs nach Vereinarung
Spezialsprechstunden für: ● Gesundheitsuntersuchung ● Reisemedizinische Beratung
● Ernährungsberatung mit Diätplänen ● Anti-Aging Medizin

Korrekte Rechnung nach GOÄ § 12
Eine Rechnung muss nach GOÄ § 12 folgende Informationen für den Zahlungsempfänger enthalten:
① **Datum der Erbringung der Leistung**
② GOÄ-Ziffer/Nummer und ③ die Bezeichnung der Leistung
④ ggf. die **Mindestdauer einer Leistung, wenn dies in der Leistungslegende angegeben** ist den **Steigerungsfaktor**
- **bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage**
- **übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro,** ist ein **Beleg** oder sonstiger Nachweis beizufügen

⑤ **überschreitet** eine berechnete Gebühr nach § 2 Abs. 2 den **2,3fachen/ *1,8fachen/1,15fachen Gebührensatz, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen** für den Zahlungspflichtigen **verständlich und nachvollziebar schriftlich zu begründen**
- Wird eine Leistung nach **§ 6 Abs. 2 (analoger Ansatz)** berechnet, so ist dies für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem **Hinweis „entsprechend" sowie der Nummer und Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.**

⑥ Die **Kontrolle der Leber-OP** und der **Ausschluss einer Erkrankung,** die Sport nicht zulässt, sind **nicht umsatzsteuerpflichtig**.
- Leistungen, die auf **Verlangen des Patienten** erbracht wurden, sind als solche zu kennzeichnen.
- Nach den Vorschriften der GOÄ wäre eine **Diagnoseangabe** zwar nicht zwingend, die Erstattungsstellen bestehen aber auf der Angabe; auch ist es dem Patienten nicht zuzumuten, eine Liquidation ohne Diagnoseangabe zu begleichen.
- Eine **ICD-Codierungspflicht** besteht für den PKV-Bereich nicht
- Die Überschreitung der Schwellenwerte ist gesondert zu **begründen** (siehe zu § 2 GOÄ). Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.
- Bei analogen Bewertungen sind die Hinweise der Bundesärztekammer zur korrekten Darstellung zu beachten (s. unten bei § 6).

Pauschal-Honorare nicht statthaft!
Pauschale Honorar-Vereinbarungen, die nur die Leistung und den Pauschalbetrag angeben z.B.

Kurze ärztliche Bescheinigung = 5,- EuroAkupunktur = 27,- Euro
sind nach ärztlichem Berufsrecht und nach GOÄ nicht statthaft, auch wenn Sie diese auf fast allen Internetseiten von Praxen, die IGEL-Leistungen anbieten, und auch in Ärztezeitschriften finden. Pauschale Honorarvereinbarungen sind nur mit Versicherungen gestattet.

„Runde" Honorarbeträge
Einige Ärzte wählen, um auf einen „runden" Euro-Honorarbetrag zu kommen, entsprechend ungerade Multiplikatoren, die dann in der Liquidation auch anzugeben sind, z.B.:

GOÄ Nr	Kurzlegende	1fach	Multiplikator	„Runder" Preis in
1	Beratung	4,66	2,14	10,–
3	Eingehende Beratung	8,74	2,29	20,–
70	Bescheinigung, kurze ärztliche	2,33	2,14	5,–
75	Krankheits- und Befundbericht, schriftlicher	7,58	2,11	16,–

Nach den Vorschriften der GOÄ wäre eine **Diagnoseangabe** zwar nicht zwingend, die Erstattungsstellen bestehen aber auf der Angabe; auch ist es dem Patienten nicht zuzumuten, eine Liquidation ohne Diagnoseangabe zu begleichen. In der Regel kann nur auf diese Weise nachgeprüft werden, ob die in Ansatz gebrachten Leistungen gerechtfertigt sind.
Die **Überschreitung der Schwellenwerte ist gesondert zu begründen** (siehe zu § 2 GOÄ). Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. In Vereinbarungen mit **Leistungsträgern** im Sinne des § 11 GOÄ kann von den Anforderungen des § 12 abgewichen werden. Zu beachten ist noch, dass in den Fällen, in denen der Arzt seine Liquidation unter Einschaltung einer gewerblichen Verrechnungsstelle erstellen lässt, hierfür die vorherige schriftliche Zustimmung des Patienten einholen muss. Ohne diese wird der an eine Verrechnungsstelle zur Einziehung abgetretene Liquidationsanspruch nicht fällig.

■ Rechtsprechung

Verjährung einer Arztrechnung nach GOÄ
Grundsätzlich verjährt die Forderung aus einem Behandlungsvertrag innerhalb von 3 Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres zu laufen, in dem der Anspruch entstanden und fällig ist. Entstehen und Fälligkeit können aber – wie bei der GOÄ – auseinanderfallen. Denn nach § 12 GOÄ ist die Erteilung einer ordnungsgemäßen Gebührenrechnung Vorraussetzung für die Fälligkeit des Honoraranspruches. Für den Beginn der Verjährung ist daher auf das Datum der Rechnung abzustellen.
Aktenzeichen: AG München, 28.10.2010, AZ: 213 C 18634/10
Entscheidungsjahr: 2010

Abtretung einer Honorarvergütung an Inkassostelle
Erklärt ein Patient in schriftlicher Form die Einwilligung zur Abtretung einer ärztlichen Vergütung an eine Inkassostelle ist zu beachten: Erteilt der Patient die Einwilligung zur Abtretung und zur Weitergabe der notwendigen Informationen, ist diese Erklärung schriftlich festzuhalten. Mit diesem Einverständnis erklärt der Patient zumindest konkludent die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Ist diese Einwilligung aber ein Teil von weiteren Erklärungen des Patienten, sollte der Arzt § 4a I 3 BDSG beachten, wonach dann die Einwilligung des Patienten gesondert hervorzuheben ist. Zweck dieser Regelung ist es, ein Überlesen der Einwilligung zu vermeiden.
Aktenzeichen: OLG Celle, 11.09.2008, AZ: 11 U 88/08
Entscheidungsjahr: 2008

Verwirkung
Gemäß § 12 II GOÄ ist die Fälligkeit einer Forderung eines Arztes erst gegeben, wenn eine prüfbare Honorarrechnung erteilt worden ist. Da der Beginn einer möglichen Verjährung voraussetzt, dass der Arzt eine Honorarrechnung erteilt, muss eine Rechnung innerhalb angemessener Frist erteilt werden. Wenn eine Rechnung erst drei Jahre nach Abschluss der Behandlung erteilt wird, ist der Anspruch des Arztes verwirkt; es sei denn, aus den Umständen ergibt sich, dass der Patient immer noch eine Rechnung erwarten musste.
Aktenzeichen: OLG Nürnberg, 09.01.2008, AZ: 5 W 2508/07
Entscheidungsjahr: 2008

Verjährungsbeginn bei Arztrechnung, § 12 GOÄ – Verwirkung
Nach den §§ 195,199 I BGB verjähren Ansprüche auf Zahlung von Arzthonorar in 3 Jahren mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Bei Honoraransprüchen von Ärzten ist der Anspruch mit dem Eintritt der Fälligkeit entstanden; gemäß § 12 GOÄ wird ein Honorar fällig, wenn dem Patienten eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt wird. Nach dem BGH muss eine Rechnung vorliegen, die die formellen Voraussetzungen des § 12 Abs.2-4 GOÄ erfüllt. Dazu gehört aber nicht die Angabe, dass auf der Grundlage der GOÄ abgerechnet wurde; zumal wenn die Abrechnungsziffern des Leistungskatalogs der GOÄ angeben sind. Dann ist nämlich der Zweck des § 12 GOÄ, dem Patienten eine Möglichkeit zur Prüfung der in Rechnung gestellten Leistungen (Rechtsprechung BGH) zu geben, erfüllt. Eine Verwirkung des Honoraranspruches kann dann eintreten, wenn zwischen Behandlung und Rechnungsstellung ein erheblicher Zeitraum vergangen ist, und der Patient Anhaltspunkte dafür hat, der Arzt werde seine Leistungen nicht mehr geltend machen. Diesen Umstand muss aber der Patient – zumindest im Prozess – konkret nachweisen.
Aktenzeichen: LG Krefeld, 25.10.2007, AZ: 3 S 23/07
Entscheidungsjahr: 2007

Grundsätzliches zur Rechnungsstellung
Nach einer ärztlichen Behandlung besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten eine Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ erteilt worden ist. Bei der GOÄ handelt es sich um ein für alle Ärzte geltendes zwingendes Preisrecht; dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, insbesondere wird die Berufsfreiheit der Ärzte nicht verletzt. Die ärztlichen Leistungen sind in dem Gebührenverzeichnis erfasst (vgl. § 4 Abs.1 GOÄ) und innerhalb des durch § 5 GOÄ festgelegten Gebührenrahmens zu bewerten. Ärztliche Leistungen, die in der GOÄ nicht enthalten sind, können nach § 6 Abs.2 GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOÄ berechnet werden. Erst mit der Erteilung einer der GOÄ entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig, § 12 Abs.1 GOÄ. Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung. Nach § 2 Abs.1 GOÄ kann durch Vereinbarung eine abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwer-

tes ist nicht zulässig. Benennt eine Rechnung lediglich einen umfassenden Pauschalpreis, so ist diese Rechnung unbeachtlich. Es ist unzulässig, anstelle der Vergütung von Einzelleistungen ein Pauschalhonorar ohne Bezugnahme auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ in Rechnung zu stellen und den Auslagenersatz zu pauschalieren.
Aktenzeichen: BSG, 27.03.2007, AZ: B 1 KR 25/06 R
Entscheidungsjahr: 2007

Honorar bei Nichterscheinen des Patienten zu einem festen Termin
Für eine ambulante Operation war mit einem Patienten ein fester Behandlungstermin vereinbart worden Der Patient hatte den schriftlichen Hinweis erhalten, dass eine Terminabsage mindestens 24 Stunden vorher mitzuteilen wäre. Die Absage erfolgte aber erst 2 Stunden vor der OP. Im Falle dieses deutlichen Hinweises kann ein Arzt bei Nichterscheinen das volle Behandlungshonorar verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein, da der Patient zum Schadensersatz verpflichtet ist. Der Arzt muss dann aber darlegen, dass ihm durch die verspätete Absage überhaupt ein Verdienstausfall entstanden ist. Dies ist nur dann der Fall, wenn der Arzt bei einer rechtzeitigen Absage die Möglichkeit gehabt hätte, einen anderen Patienten in der Zeit zu behandeln, den er tatsächlich nicht – auch nicht später – behandeln konnte.
Aktenzeichen: OLG Stuttgart, 27.03.2007, AZ: 1 U 154/06
Entscheidungsjahr: 2007

Vereinbarung eines Ausfallhonorars, wenn Patient einen Termin nicht einhält
Es ist für einen Arzt grundsätzlich zulässig, mit einem Privatpatienten schriftlich in einem Formular ein Ausfallhonorar für den Fall zu vereinbaren, wenn der Patient zu einem fest vereinbarten Behandlungstermin nicht erscheint. Es handelt sich dann um eine sog. Formularvereinbarung. Die Formulierung: Termine sind frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen; nicht rechtzeitig abgesagte Termin werden mit Euro 35.- pro halbe Stunde in Rechnung gestellt, wird aber als unzulässig angesehen. Diese Klausel benachteiligt den Patienten in unangemessener Weise und ist damit rechtsmissbräuchlich, da sich der Patient bei einem unverschuldeten Fernbleiben nicht entlasten kann.
Aktenzeichen: LG Berlin, 15.04.2005, AZ: 55 S 310/04
Entscheidungsjahr: 2005

Verjährung von Honorar bei unwirksamer Abtretung
Wenn ein Arzt an einen Dritten zur Rechnungsstellung eine Honorarforderung ohne Einwilligung des Patienten abtritt, ist diese Abtretung unwirksam. Eine Rechnung des Dritten kann daher nicht die Fälligkeit des Honorars nach § 12 GOÄ auslösen; somit kann aber auch die Verjährungsfrist nicht beginnen. Erst wenn der behandelnde Arzt selbst die Rechnung stellt, beginnt in diesem Fall die Verjährung zu laufen.
Aktenzeichen: OLG Karlsruhe, 05.09.2002, AZ: 12 U 83/01
Entscheidungsjahr: 2002

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

►Verjährung und Verwirkung
Dr. med. Beate Hec – in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 14 (09.04.2010), S. A-678
http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.8157
Häufig wird die Frage aufgeworfen, innerhalb welcher Frist eine ärztliche Honorarforderung verjährt oder verwirkt ist.
Nach § 199 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) setzt der Beginn der Verjährungsfrist zunächst die Entstehung des Anspruchs voraus. Ein Zahlungsanspruch entsteht aber erst, wenn dem Zahlungspflichtigen eine den Anforderungen des § 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Die Rechnung muss hiernach insbesondere enthalten:

- das Datum der Leistungserbringung
- bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und Steigerungssatz
- bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a GOÄ
- bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 GOÄ den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung
- bei Ersatz von Auslagen nach § 10 GOÄ den Betrag und die Art der Auslage (übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist ein Nachweis beizufügen).

Schwellenwertüberschreitungen sind nach § 12 Abs. 3 GOÄ auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar zu begründen. Analog gewählte Gebührenpositionen sind verständlich zu beschreiben und als solche zu bezeichnen.
Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem dem Zahlungspflichtigen eine GOÄ konforme Rechnung erteilt worden ist. Ein Beispiel: Fand die Behandlung eines Patienten am 20. Januar 2010

statt und wurde eine den Anforderungen des § 12 GOÄ entsprechende Rechnung im März erteilt, beginnt die dreijährige Verjährungsfrist Ende 2010. Die im März 2010 gestellte Rechnung ist somit am 1. Januar 2014 verjährt.
Wird dem Patienten nach der Behandlung eine Rechnung erst Jahre später erteilt, läuft der Arzt Gefahr dass die Honorarforderung zwar nicht verjährt, aber verwirkt ist. Eine Verwirkung der Honorarforderung ist dann anzunehmen, wenn diese vom Arzt über einen längeren Zeitraum nicht erstellt wurde und der Patient aus dem Verhalten des Arztes schließen kann, dass dieser seine Forderung nicht mehr geltend machen wird. Das bedeutet, dass bei Rechnungsstellung Jahre nach einer Behandlung der Honoraranspruch möglicherweise verwirkt ist und der Patient die Rechnung nicht mehr bezahlen muss. Die Frage, welcher Zeitraum zwischen Leistungserbringung und Rechnungstellung liegen kann, ohne dass von einer Verwirkung auszugehen ist, ist nicht abschließend geklärt. Das Amtsgericht Frankfurt/M. (Az.: 30 C2697/95 – 24) stellt zum Beispiel fest, dass eine Rechnung, die zwei Jahre nach der Behandlung gestellt wurde, verwirkt sei. Das Landgericht Osnabrück (Az.: 2 S 623/06) hatte in zweiter Instanz entschieden, dass eine Verwirkung für Rechnungen aus dem Jahr 2005, die sich auf Leistungen aus dem Jahr 1997 bezogen, nicht vorliege, da neben dem Zeitelement keine weiteren Umstände ersichtlich seien, die aber erforderlich seien, um das Vertrauen des Beklagten zu rechtfertigen, dass die behandelnde Ärztin ihren Anspruch nicht mehr geltend machen werde.
Um eine Verjährung oder Verwirkung der Honorarforderung zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Rechnungen quartalsweise zu erstellen.

► Pflichtangaben auf einer Arztrechnung
Dr. jur. Marlis Hübner – in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 28-29 (19.07.2010), S. A 1424
§ 12 Abs. 2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält abschließend eine Aufzählung von Angaben, die eine Rechnung enthalten muss: „Das Datum der Erbringung der Leistung; bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistungen einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz; bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a; bei Entschädigungen nach den §§ 4 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung; bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen."
Darüber hinaus sind Leistungen, die auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind, zu kennzeichnen (§ 1 Abs. 2 GOÄ). Die Bezeichnung der Leistungen nach § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann.
Unabhängig von diesen inhaltlichen und formalen Voraussetzungen wird immer wieder die Frage gestellt, ob solche Rechnungen auch die in § 14 Umsatzsteuergesetz (UStG) geregelten Angaben enthalten muss. Heilkundliche ärztliche Leistungen, bei denen das therapeutische Ziel im Vordergrund steht, sind grundsätzlich von der Umsatzsteuer ausgenommen. Dazu gehört jede ärztliche Leistung, die der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen dient; einschließlich Leistungen der vorbeugenden Gesundheitspflege.
Erbringt ein Arzt aber Leistungen, die der Umsatzsteuerpflicht unterliegen (zum Beispiel Lieferung von Kontaktlinsen oder Schuheinlagen; kosmetische Operation), dann gelten die umsatzsteuerrechtlichen Regelungen ergänzend auch für Arztrechnungen. Demzufolge müssen bei umsatzsteuerpflichtigen Leistungen die in § 14 Abs. 4 UStG geregelten Anforderungen bei der Rechnungslegung berücksichtigt werden. Dies betrifft insbesondere die Nennung der Steuernummer oder der Umsatzsteuer-Identifikationsnummer und den anzuwendenden Steuersatz, wobei der allgemeine Umsatzsteuersatz 19 Prozent beträgt. Für sogenannte Kleinbetragsrechnungen gelten vereinfachte Vorschriften. Von einem Kleinbetrag wird ausgegangen, wenn der Gesamtbetrag der Rechnung 150 Euro nicht übersteigt. Neben den nach § 12 Abs. 2 GOÄ notwendigen Angaben müssen diese Rechnungen insbesondere das Entgelt und den darauf entfallenden Steuerbetrag in einer Summe sowie den anzuwendenden Steuersatz oder den Hinweis auf die Steuerbefreiung enthalten. Weitergehende Detailfragen sollten mit einem Steuerberater geklärt werden.

► Abrechnung von Analogbewertungen nach § 12 GOÄ
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.4225
Seit Jahren ist es üblich, der Einfachheit halber Analogbewertungen mit einem ‚A' vor der Leistungsnummer zu kennzeichnen. Dies erleichtert die Erstellung der Rechnung, besonders, wenn eine Analogbewertung aus mehreren Gebührenpositionen zusammengesetzt ist (z. B. Nrn. 1345 plus 5855 analog für die Excimer-LASIK) oder wenn man aufgrund des hohen Innovationstempos bereits überwiegend auf die Zuhilfenahme von Analogbewertungen angewiesen ist, beispielsweise in der Netzhaut-Glaskörper-Chirurgie.
Auch im so genannten Analogverzeichnis der Bundesärztekammer, das von der Kostenträgerseite konsentierte Analogbewertungen enthält, wird neben einer Platzhalternummer der Buchstabe ‚A' verwendet (zum Beispiel Nr. A 482 für die Relaxometrie, analog Nr. 832), während in der Liste der Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, auch bei Komplexleistungen, auf eine typisierende Kennzeichnung der vom Ausschuss Gebührenordnung empfohlenen Analogbewertungen verzichtet wird (zum Beispiel die Nrn. 842 und 846 analog plus Nr. 558 plus Nr. 506 für die medizinische Trainingstherapie einschließlich Diagnostik). Der Übersichtlichkeit halber wäre allerdings auch für dieses Verzeichnis eine Symbolvergabe wünschenswert. Abzuraten ist von der ebenfalls gebräuchlichen Variante, der analog abgegriffenen Gebührenposition ein kleines ‚a' anzuhängen, da das Leistungsverzeichnis der GOÄ selber Gebührenpositionen mit dem Suffix ‚a' enthält (z. B. Nr. 827 a Langzeit-EEG, im Unterschied zum einfachen EEG nach Nr. 827), sodass Unklarheit darüber entstehen kann, ob der Leistungserbringer eine Analogbewertung gebildet hat oder eine originäre Leistung der GOÄ abrechnet.
Der Verordnungsgeber schreibt nicht vor, dass Analogbewertungen durch eigens erfundene Platzhalterpositionen oder sonstige alphanumerische Kennzeichen markiert werden müssten. Wichtig ist, § 12 Abs. 4 GOÄ zu beachten: Der Patient muss nachvollziehen können, welche von seinem Arzt erbrachte Leistung nicht im Leistungsverzeichnis der GOÄ enthalten ist, worin sie besteht und anhand welcher Gebührenpositionen sie hilfsweise entsprechend § 6 Abs. 2 GOÄ analog berechnet wird. Die Zuhilfenahme einer Platzhalter-Leistungsnummer ersetzt also nicht die Aufgabe, genau aufschlüsseln zu müssen, nach welcher Position des Gebührenverzeichnisses eine Leistung analog berechnet wird. Im Falle zusammengesetzter Analogbewertungen muss immer jede einzelne analog abgegriffene Gebührenposition ausgewiesen werden, weil sonst nicht nachvoll-

ziehbar wäre, welche Rahmenbedingungen (Höhe des Gebührenrahmens, gegebenenfalls Zuschlagsfähigkeit etc.) bei der Abrechnung zum Tragen kommen. ◄

► **Korrekte Rechnungslegung (1) – in Bezug auf Analoge Bewertungen**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.5596
Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 6 (11.02.2005), S. A-374
Die Rechnungsstellung nach § 12 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist nicht schwierig, es gibt jedoch zwei Bereiche, die häufig fehlerhaft auf den Rechnungen dargestellt werden. Häufig fehlerhaft oder nicht ausreichend auf der Rechnung dargestellt werden die vom Arzt gebildeten analogen Gebührenpositionen (§ 6 Absatz 2 GOÄ) und die Begründungen beim Überschreiten des Mittelwertes (§ 5 Absatz 2 ff. GOÄ). § 6 Absatz 2 GOÄ eröffnet jedem Arzt die Möglichkeit, eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurde, nach Art, Kosten und Zeitaufwand analog einer bestehenden Leistung der GOÄ zu bewerten. § 12 Absatz 4 GOÄ ergänzt dazu, dass die analoge Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich beschrieben werden muss. Dies setzt voraus, dass der Patient die Bezeichnung der analogen Gebührenposition auf der Rechnung eindeutig der Leistung zuordnen kann oder mit dem genannten (Fach-)Begriff die erbrachte Leistung verbinden kann, da die Leistung mehrfach mit diesem (Fach-)Begriff bezeichnet wurde.
Der § 12 Absatz 4 schreibt auch die Form vor, wie die analoge Leistung auf der Rechnung dargestellt werden muss. Nach der (verständlichen) Beschreibung der analogen Leistung muss der Hinweis ‚entsprechend' erfolgen. Noch eindeutiger wird der Hinweis durch Ergänzung des Paragraphen, in dem die Analoge Bewertung geregelt ist, beispielsweise ‚entsprechend § 6 Absatz 2 GOÄ'. Außerdem wird im § 12 Absatz 4 gefordert, dass die in Analogie herangezogene, als gleichwertig erachtete, Leistung mit der Gebührennummer und der originären Leistungslegende aufgeführt wird. Dadurch kann der Patienten die Gleichwertigkeit prüfen.
Häufig werden die analogen Leistungen auf der Rechnung mit Zusätzen versehen, wie beispielsweise ‚A 551', ‚GYN1780', ‚AA0038' oder ‚2381a'. Dies ist eine unzulässige Darstellung. In der Regel kann die Praxissoftware solche Zusätze unterdrücken, ohne dass bei der Eingabe auf die praxisinterne Kennzeichnung verzichtet werden muss. Sehr oft fehlt der Hinweis ‚entsprechend' oder die Leistungslegende der abgegriffenen Gebührenposition.
Die einzige nach § 12 GOÄ zulässige Kennzeichnung einer analogen Gebührenposition mit dem Buchstaben ‚A' ergibt sich durch die Allgemeinen Bestimmungen Ziffer 8 vor dem Abschnitt M (Labor). Analoge Labor-Leistungen müssen durch ein vorangestelltes ‚A' gekennzeichnet werden.
Obwohl nach § 12 nicht einschlägig, sind die offiziellen Analogen Bewertungen der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer durch ein vorangestelltes ‚A', beispielsweise ‚A 36', zu erkennen. Dies dient in der Abrechnungspraxis dem leichteren Erkennen dieser konsentierten Analogen Bewertungen, die in aktueller Fassung auf der Internetseite der Bundesärztekammer eingesehen werden können.
Eine Analogie (Ausnahme Labor) muss demnach die Beschreibung der „neuen" Leistung, mindestens den Hinweis „entsprechend", die abgegriffene Gebührennummer und die Leistungslegende der als gleichwertig erachteten Leistung enthalten. ◄

► **Korrekte Rechnungslegung (2) – Begründung bei Überschreiten der Schwellenwerte**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.5595
Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 8 (25.02.2005), Seite A-526
Die Rechnungsstellung nach § 12 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist nicht schwierig, es gibt jedoch Bereiche, die häufig fehlerhaft oder unvollständig dargestellt werden. Oft genügen die Begründungen bei Überschreitung des Schwellenwertes (ärztliche Leistungen: 2,3fach, technische Leistungen: 1,8fach, Labor: 1,15fach) nicht dem § 12 Absatz 3 GOÄ.
§ 5 Absätze 2, 3 und 4 GOÄ gibt jedem Arzt die Möglichkeit, eine Leistung, die vom Aufwand deutlich schwieriger und/ oder zeitaufwendiger ist als üblicherweise, oberhalb des Schwellenwertes abzurechnen. (Dazu auch Grundsätzliches zum Gebührenrahmen [1] und [2]' Dt. Ärzteblatt, Heft 42 und Heft 44/2004 sowie „Gebührenrahmen: Flexibel anwenden" Dt. Ärzteblatt, Heft 28-29/2002.)
Mit der 4. Änderungsverordnung zur GOÄ 96 wurde die bis dahin gültige Verwendung der „stichwortartigen Kurzbegründung" abgeschafft. Der § 12 wurde in Absatz 3 verschärft. Die amtliche Begründung erläutert dazu, dass die Wiederholung der Bemessungskriterien nach § 5 Absatz 2 nicht ausreiche, um die Gründe für die Überschreitung des Schwellenwertes zu konkretisieren.
§ 12 Absatz 3 GOÄ enthält seitdem unter anderem den Satz, dass die Begründung auf die einzelne Leistung bezogen sein muss. Das verbietet, alle auf einer Rechnung oberhalb des Schwellenwertes angesetzten Leistungen mit einer einzigen Begründung zu versehen. So passt die sehr allgemein gefasste Begründung ‚Schwierige anatomische Verhältnisse' nicht auf Beratungsleistungen und Laboruntersuchungen. Die unzureichende Begründung ‚Schwierige Differenzialdiagnose' oft in Verbindung mit ‚siehe Diagnosen' wäre auch bei entsprechender Ergänzung nur im sehr seltenen Einzelfall für sämtliche aufgeführten und über dem Schwellenwert abgerechneten Leistungen einer Rechnung zutreffend. Häufig ändert sich im zeitlichen Verlauf einer Erkrankung der Schwierigkeitsgrad, eine durchgängige, pauschale Begründung ist daher nur selten haltbar und kann sogar die Fälligkeit der Vergütung auslöschen (vergleiche Amtsgericht Bonn, Az.: 14 C 248/84).
In Verbindung mit § 5 Absatz 2 ergibt sich, dass als Begründung nur Bemessungskriterien aufgeführt werden dürfen, die nicht durch die Leistungslegende der Gebührenposition abgedeckt sind. Würde beispielsweise die Nummer 706 ‚Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen . . .' mit der Begründung ‚Aufwändige Therapie durch Anwendung eines Lasergerätes' über den Schwellenwert gesteigert, so wäre dies unzulässig.
§ 12 Absatz 3 GOÄ besagt, dass die Begründung für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar beschrieben werden muss. Dies setzt voraus, dass der Patient die Begründung auf der Rechnung verstehen kann. Dies bedeutet aber auch, dass Fachbegriffe nur dann genutzt werden können, wenn anzunehmen ist, dass der Patient diese kennt oder nachvollziehen kann. § 12 Absatz 3 führt zusätzlich das Recht des Zahlungspflichtigen [Patienten] auf, der sich die Begründung auf Verlangen näher erläutern lassen kann. Rückfragen lassen sich vermeiden, wenn die Begründung leicht verständlich ist, das heißt ohne Fachbegriffe oder mit Erläuterung der Fachbegriffe in Klammern versehen wird. ◄

► Korrekte Rechnungslegung (3) – Darstellung Gebühren, (Reise-) Entschädigungen, Auslagen
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.4226
Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 103, Heft 5 (03.02.2006), Seite A-282
Die Rechnungsstellung nach § 12 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erscheint auf den ersten Blick nicht schwer. Es gibt jedoch Regelungen, die nicht genügend beachtet werden und in der Folge zu fehlerhaften oder unvollständigen Darstellungen führen (siehe dazu auch GOÄ-Ratgeber ‚Korrekte Rechnungslegung (1)' [DÄ, Heft 6/2005] und ‚Korrekte Rechnungslegung (2)' [DÄ, Heft 8/2005]). So ist vielen Ärztinnen und Ärzten nicht bewusst, wann eine Rechnung im Zusammenhang mit § 12 GOÄ fällig ist. Dies ist grundsätzlich dann der Fall, wenn die in § 12 GOÄ genannten Kriterien erfüllt sind. § 12 Absatz 2 GOÄ fordert zunächst, dass der abrechnende Arzt für alle Leistungen – also Gebühren(positionen), Entschädigungen (§ 7 GOÄ), Wegegeld (§ 8 GOÄ), Reiseentschädigungen (§ 9 GOÄ) und Auslagen (§ 10 GOÄ) – das Datum der Leistungserbringung angibt.
Darüber hinaus müssen bei Gebühren(positionen) der Betrag (in Euro) und der Steigerungssatz (§ 5 GOÄ) aufgeführt werden. Die Vorschriften der Rechnungslegung in Bezug auf Steigerungsfaktoren über dem Mittelwert (Schwellenwert) nach § 5 GOÄ und der zugehörigen Begründungspflicht nach § 12 Absatz 3 GOÄ ist im GOÄ-Ratgeber ‚Korrekte Rechnungslegung (2)' (DÄ, Heft 8/2005) nachzulesen. Des Weiteren sind bei den Gebühren(positionen) die Nummer und Bezeichnung der berechneten Leistung einschließlich einer Leistungsbeschreibung und gegebenenfalls der in der Leistungslegende der Gebührenposition genannten Mindestdauer auf der Rechnung zu nennen. Beispielsweise darf bei der Nummer 34 GOÄ ‚Erörterung der Auswirkung einer Krankheit . . .' der Hinweis ‚Dauer mindestens 20 Minuten' auf der Rechnung nicht fehlen. Die Leistungslegende kann nach gültiger Rechtsmeinung hingegen gekürzt werden, wenn der Sinnzusammenhang nicht verloren geht.
Bei Entschädigungen gemäß §§ 7 bis 9 GOÄ müssen auf der Rechnung der Betrag und die Art der Entschädigung vermerkt werden.
Für Auslagen (§ 10 GOÄ) gilt, dass sowohl der Betrag als auch die Art der Auslage (beispielsweise Verbandsmaterial) aufgeführt werden müssen. Liegt der Betrag einer einzelnen Auslage über 25,56 Euro, so muss der Beleg (Originalbeleg beziehungsweise Kopie) oder ein sonstiger Nachweis (Eigenbescheinigung) der Rechnung beigelegt werden.
§ 12 Absatz 4 GOÄ führt die Kriterien auf, die im Zusammenhang mit einer Analogen Bewertung nach § 6 Absatz 2 GOÄ beachtet werden müssen (siehe dazu auch GOÄ-Ratgeber ‚Korrekte Rechnungslegung (1)', DÄ, Heft 6/2005). Grundsätzlich wird aber hier noch einmal festgehalten, dass jeder Arzt für Leistungen, die nicht in der GOÄ vorhanden sind, eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Analoge Bewertung heranziehen kann. Wird diese Analoge Bewertung nach § 12 GOÄ korrekt dargestellt, so ist die Verwendung einer Analogen Bewertung kein Kriterium, die Fälligkeit einer Rechnung anzuzweifeln und die Zahlung insgesamt oder teilweise zu verweigern.
Entspricht eine Rechnung den genannten Kriterien nach § 12 GOÄ, so muss der Zahlungspflichtige die Rechnung begleichen. ◄

► Fälligkeit der Rechnung – BGH klärt Bedingungen
www.arzt.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.5155
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 18 (04.05.2007), Seite A-1264, korrigiert 24.07.2007
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) listet in § 12 „Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung" die Bedingungen auf, die erfüllt sein müssen, damit eine Rechnung fällig wird (siehe dazu auch „Korrekte Rechnungslegung" [1], [2] und [3] in den Heften 6/2005, 8/2005 und 5/2006).
Aus der Regelung in § 12 GOÄ Absatz (Abs. 1) „Die Vergütung wird fällig, wenn eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist" wurde von verschiedenen Seiten immer wieder geschlossen, dass die Rechnung bereits dann nicht mehr fällig sei, wenn eine Position auf der Rechnung (vermeintlich) nicht korrekt sei. Der Streit um die korrekte Darstellung kommt besonders häufig bei Analogen Bewertungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ vor. Zu dieser Thematik hat der Bundesgerichtshof (BGH) Ende letzten Jahres ein klärendes Urteil gefällt: „Nach Auffassung des Senats hängt die Fälligkeit der Vergütung davon ab, dass die Rechnung die formellen Voraussetzungen in § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ erfüllt." „Die Fälligkeit [...] setzt deswegen nicht voraus, dass die Rechnung (in dem fraglichen) Punkt mit dem materiellen Gebührenrecht übereinstimmt." Der Senat sieht den Zweck der Regelung nach § 12 GOÄ darin, dass der Zahlungspflichtige in die Lage versetzt werde, ohne besondere medizinische oder gebührenrechtliche Vorkenntnisse, die Rechnung zu überprüfen. Da bei § 12 GOÄ die „Prüffähigkeit" der Rechnung im Vordergrund stehe, sei es für die Fälligkeit der Rechnung nicht entscheidend, ob sich der vom Arzt geltend gemachte Anspruch als berechtigt erweise oder nicht. Die Fälligkeit, die auch für den Beginn der Verjährungsfrist für den Honoraranspruch des Arztes entscheidend sei, setze nicht voraus, dass die Rechnung (bei dem umstrittenen Gebührentatbestand) mit dem materiellen Gebührenrecht übereinstimme (Az.: III ZR 117/06).
Bedeutend ist auch die Feststellung des BGH, dass in einem anhängigen Rechtsstreit der Zahlungspflichtige nicht auf einer Korrektur der Rechnung bestehen könne, wenn er einen Gebührentatbestand für nicht korrekt oder berechnungsfähig halte. Könnte der Arzt bereits zu diesem Zeitpunkt im Verfahren gezwungen werden, die Rechnung nach den Vorstellungen des Zahlungspflichtigen zu korrigieren, würde das dazu führen, dass der Arzt die Begründetheit oder Unbegründetheit seines Anspruches nicht mehr gerichtlich überprüfen lassen könne, sondern sich vorab (unter Verzicht auf jeden weitergehenden Anspruch) mit einem geringeren Betrag begnügen müsse. Sinn des Gerichtsverfahrens sei es aber gerade, den Anspruch zu prüfen und dann zu entscheiden, welcher Anspruch geltend gemacht werden könne.
Diese Klarstellung der Auslegung der Regelung nach § 12 GOÄ ist für zahlreiche gerichtliche Streitigkeiten von großem Interesse und kann dazu dienen, unberechtigte Forderungen nach vorzeitiger Rechnungskorrektur in anhängigen Verfahren zu verhindern, um nicht vorab den Anspruch zu schmälern.
Immer sind Ärzte (und deren Abrechnungsstellen) jedoch gut beraten, Anfragen von Zahlungspflichtigen zu Rechnungen wohlwollend zu prüfen und nicht pauschal abzutun, denn so manche Rechnung ist für einen Patienten ein Buch mit sieben Siegeln. ◄

Art. 3, 4. Vierte Änderungsverordnung vom 23.12.1995
Für vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbrachte Leistungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung weiter. Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Kommentar:
Diese Bestimmung der Vierten Änderungsverordnung ist mittlerweile durch Zeitablauf überholt. Sie macht aber die Systematik deutlich, wie der Verordnungsgeber sich den Übergang bei wesentlichen Änderungen der GOÄ vorstellt. Dies kann auch für zukünftige Änderungen bedeutsam sein.

Hinweise zur Abrechnung von IGeL-Leistungen

I. Konzeption und Historie

1996 forderten die Vertragsärzte die Erstellung einer Übersicht über diejenigen ärztlichen Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Anfang des Jahres 1997 fasste der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Beschluss, zusammen mit den ärztlichen Verbänden und Berufsverbänden einen Katalog „Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)“ zu erstellen. Am 18. März 1998 war es soweit – man präsentierte der Öffentlichkeit eine erste „IGeL-Liste“, die ohne jegliche Beteiligung der Krankenkassen entstanden war.
Bei der Gestaltung der IGeL-Leistungen ist man davon ausgegangen, dass es ärztliche Leistungen gibt, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, die aber dennoch von Patienten gewünscht werden und die ärztlich empfehlenswert oder – als ausdrückliche Wunschleistung des Patienten – zumindest ärztlich vertretbar sind.
Die **IGeL-Leistungen werden in 3 Kategorien** eingeteilt:
1. Der Behandlungsanlass liegt außerhalb der GKV.
2. Das Behandlungsverfahren liegt zur Zeit außerhalb der Erstattungsfähigkeit der GKV.
3. Die Indikation für das Behandlungsverfahren liegt nicht im Rahmen der GKV-Leistungen.

Von Anfang an wurden diese Bestrebungen der Ärzteschaft insbesondere von Krankenkassen und Teilen der Politik mit Misstrauen oder gar offener Ablehnung betrachtet. Daran hat sich bis heute im Grunde nichts geändert. Der Begriff „IGeL-Leistungen“ sowie die daran geknüpften Inhalte haben sich jedoch seither etabliert, präzisiert und erweitert. Man kann sagen, dass sich heute tatsächlich ein neuer, ein „Zweiter“ Gesundheitsmarkt um die IGeL-Leistungen gebildet hat.
Einer der ersten Protagonisten dieser Idee war Dr. Lothar Krimmel. Bereits als stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV und später als Gründungsvorstand der MedWell Gesundheits-AG hat er sich um den Auf- und Ausbau und die Strukturierung dieses „Zweiten“ Gesundheitsmarktes verdient gemacht. Siehe auf den folgenden Seiten die „KBV-IGeL-Liste“.

Individuelle Gesundheitsleistungen nach KBV-Vorschlag

Die hier folgende Liste zeigt alle Individuellen Gesundheitsleistungen nach den ersten KBV Vorschlägen von 1998 und die ergänzten 10 IGEL-Leistungen (fett) aus dem Jahre 1999. Die mit * gekennzeichneten Leistungen sind Individuelle Gesundheitsleistungen, deren Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Zeit noch diskutiert wird.

1. Die IGEL-Liste nach KBV-Vorschlag

Vorsorge-Untersuchungen
- Zusätzliche jährliche Gesundheitsuntersuchung („Intervall-Check“)
- Ergänzungsuntersuchungen zu den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen bis zum 14. Lebensjahr („Kinder-Intervall-Check“)
- Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten („Facharzt-Check“)
- Umfassende ambulante Vorsorge-Untersuchung („General-Check“)
- Sonographischer Check-up der inneren Organe („Sono-Check“)
- Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- Lungenfunktionsprüfung (z. B. im Rahmen eines „General-Check“)
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms mittels Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) und ggf. transrektaler Sonographie
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind-und Vorschulalter *
- Glaukomfrüherkennung mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie*
- Untersuchung zur Früherkennung von Hautkrebs
- Auflichtmikroskopische Untersuchung der Haut
- Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms bei Frauen ohne relevante Risikofaktoren
- Hirnleistungs-Check („Brain Check“)

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_2,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Freizeit, Urlaub, Sport, Beruf
- Reisemedizinische Beratung, einschließlich Impfberatung
- Reisemedizinische Impfungen
- Sportmedizinische Beratung
- Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung
- Sportmedizinischer Fitness-Test
- Eignungsuntersuchungen (z. B. für Reisen, Flugtauglichkeit, Tauchsport)
- Ärztliche Berufseignungsuntersuchung

Medizinisch-kosmetische Leistungen
- Medizinisch-kosmetische Beratung
- Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung
- Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
- Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung)

Medizinisch-kosmetische Leistungen
- Epilation von Haaren außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und Gesicht
- Ästhetische Operationen (z. B. Facelifting, Nasen-, Lid- und Brustkorrektur, Fettabsaugung)
- Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Beseitigung von Besenreiser-Varizen
- Entfernung von Tätowierungen
- Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs
- UV-Bestrahlungen aus kosmetischen Gründen

Umweltmedizin
- Umweltmedizinische Erst- und Folgeanamnese *
- Eingehende umweltmedizinische Beratung *
- Umweltmedizinische Wohnraumbegehung
- Umweltmedizinische Schadstoffmessungen
- Umweltmedizinisches Biomonitoring *
- Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes
- Umweltmedizinisches Gutachten

Psychotherapeutische Angebote
- Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne med. Indikation
- Selbstbehauptungstraining
- Streßbewältigungstraining
- Entspannungsverfahren als Präventionsleistung
- Biofeedback-Behandlung
- Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren
- Verhaltenstherapie bei Flugangst

Alternative Heilverfahren
- Akupunktur (z. B. zur Schmerzbehandlung, Allergiebehandlung) *

Ärztliche Serviceleistungen
- Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der kassenärztlichen Pflichten auf Wunsch des Patienten (z. B. Bescheinigung für den Besuch von Kindergarten, Schule oder Sportverein oder bei Reiserücktritt)
- Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)
- Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung
- Gruppenbehandlung bei Adipositas *
- Raucherentwöhnung
- Beratung zur Zusammenstellung und Anwendung einer Hausapotheke
- Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung

Ärztliche Serviceleistungen
- Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Lifestyle-Arzneimitteln außerhalb der GKV-Leistungspflicht

- Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten
- Begutachtung zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit auf Wunsch des Patienten

Laboratoriumsdiagnostische Wunschleistungen
- Blutgruppenbestimmung auf Wunsch
- Anlassbezogener Labor-Teiltest auf Patientenwunsch (z. B. Leber- und Nierenwerte, Blutfette, Sexualhormone, Schilddrüsenfunktion, HIV-Test)
- Untersuchung auf Helicobacter-pylori-Besiedlung mittels 13C-Harnstoff-Atemtest als Primärdiagnostik*
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft auf Wunsch der Schwangeren (z. B. AFP, Toxoplasmose, Tripletest zur Abschätzung des M. Down)
- Tests zum Ausschluss von Metall-Allergien (z. B. auch Amalgam) ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise

Sonstige Wunschleistungen
- Kontaktlinsenanpassung und -kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung
- Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität
- Zusätzliche sonographische Schwangeschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“)
- Osteodensitometrie zur Früherkennung der Osteoporose
- Injektion eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Patientenwunsch (z. B. Vitamin- u. Aufbaupräparate, knorpelschützende Präparate)
- Beschneidung ohne medizinische Indikation
- Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation
- Andrologische Diagnostik (Spermiogramm) ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation
- Medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung (z. B. bei HWS-Schleudertrauma)
- IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Künstliche Befruchtung außerhalb der GKV-Leistungspflicht

Neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Stoßwellentherapie bei orthopädischen Krankheitsbildern *
- Refraktive Hornhautchirurgie zur Behandlung der Kurzsichtigkeit
- Bright-Light-Therapie der saisonalen Depression
- Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen
- Isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie zur Rehabilitation nach Sportverletzungen und orthopädischen Operationen
- Apparative isotonische Muskulationsdiagnostik

2. Die IGEL 2-Liste

Weitere individuelle Gesundheitsleistungen nach Krimmel, die er in 6 Kategorien unterscheidet:
- Von der Ärzteschaft noch nicht allgemein empfohlene Leistungen
- Leistungsrechtlich ungeklärte Leistungen, einschließlich der aus ethischen Gründen nicht auf die Privatbehandlung beschränkten Verfahren (z. B. Früherkennungs-Mammographie)
- Besondere Medizinsysteme („besondere Therapieeinrichtungen“)
- Unkonventionelle „Behandlungsverfahren, einschließlich eines Teils des vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ausgeschlossenen Leistungen
- Vom Patienten gewünschte Leistungsdurchführung außerhalb der von der GKV-Zuständigkeit umfassten Indikationsstellung
- Medizinische Wellness-Leistungen

Krimmel nennt diesen Katalog **IGEL 2-Liste**. In dieser Liste sind zahlreiche Leistungen aufgeführt, die in ihrer Akzeptanz von der Ärzteschaft sehr unterschiedlich bewertet werden. Es gibt energische Befürworter und Gegner für die einzelnen Methoden.

1. Von der Ärzteschaft noch nicht allgemein empfohlene Leistungen
- Prädiktive genetische Diagnostik
- Mini-Labor-Check
- Hirnleistungs-Check („brain check“) zur Früherkennung von Demenzen
- Transkranielle Magnetstimulation zur Therapie von Depressionen

- Tinnitus-Retraining-Therapie
- Positronen-Emissions-Tomographie (PET)
- Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung des Bronchialkarzinoms
- Autofluoreszenz-Bronchoskopie zur Früherkennung des Bronchialkarzinoms
- Intrakavitäre Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms bei Risikopatientinnen
- HNO-ärztliche Untersuchung (einschl. Endoskopie) zur Früherkennung pharyngealer Tumoren bei Risikogruppen
- Pulsierende Signaltherapie
- Hauttitration von Allergenen zur Überprüfung des Therapieerfolges
- Spätpotential-EKG

2. Leistungsrechtlich umstrittene Leistungen
- Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms
- Homöopathisch-diagnostische Fall- und Folgeanalyse
- Troponin T-Test im Rahmen der Herzinfarkt-Diagnostik
- Neugeborenen-Hörscreening mittels otoakustischer Emissionen
- Untersuchung zur Hautkrebs-Früherkennung
- Auflichtmikroskopische Untersuchung der Haut zur Früherkennung des malignen Melanoms
- Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Hyperbare Sauerstofftherapie
- Präemptive Analgesie
- Neuraltherapie

3. Besondere Medizinsystem
- Anthroposophische Medizin
- Ayurvedische Medizin
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

4. Unkonventionelle Behandlungsverfahren
- Mikrobiologische Therapie („Symbioselenkung“)
- Eigenblutbehandlung
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne
- Hämatogene Oxydationstherapie (HOT)
- Colon-Hydrotherapie

5. Vom Patienten gewünschte Leistungsdurchführung außerhalb der von der GKV-Zuständigkeit umfassten Indikationsstellung
- Erbringung unwirtschaftlicher Leistungen auf Patientenwunsch (z. B. Kernspintomographie des Schädels als Basisdiagnostik bei Kopfschmerzen)
- Hausbesuch auf Patientenwunsch ohne medizinische Indikation
- Unwirtschaftliche Abklärungs- und Ausschlussdiagnostik („Defensivmedizin“)

6. Medizinische Wellness-Leistungen, z. B.
- Massagetherapie auf Folienwasserbett („Hydrojet“)
- Massage ohne medizinische Indikation („Wellness-Massage“)
- Apparative Lymphdrainage ohne medizinische Indikation

Die MedWell Gesundheits-AG, seit 2003 unter neuer Leitung, ist auf dem Gebiet der IGeL-Leistungen expansiv tätig und beispielsweise zusammen mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG einer der ersten Anbieter auf dem Gebiet einer privaten Krankenzusatzversicherung für IGeL-Leistungen.
Nachdem anfangs insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber dem Angebot von IGeL-Leistungen sehr zurückhaltend bis offen ablehnend eingestellt waren, setzte hier ein Wandel ein.
Nicht zuletzt aus der Erkenntnis heraus, dass es bei solchen Leistungen nicht darum geht, in unlauterer oder gar „betrügerischer“ Weise Geld von Patienten einzustreichen, sondern dass im Interesse der Patienten (und Versicherten) zusätzliche sinnvolle Leistungen ergänzend zum GKV-Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden, wird dieses Angebot mehr und mehr als sinnvoll akzeptiert, auch wenn, wie unten dargelegt, immer wieder zu kritischer Prüfung aufgefordert wird.
Nach Untersuchungen der AOK zeigt sich bei den Angaben der Versicherten zu den IGeL-Leistungen ein großes Spektrum. An der Spitze liegen mit einem Anteil von 21,8 Prozent Ultraschallunter-

suchungen, gefolgt von Augeninnendruckmessungen (16 Prozent) und ergänzenden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (10,5 Prozent). Auf diese drei Leistungsgruppen entfällt nahezu die Hälfte der angebotenen Leistungen. Die Studie **„Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis“** kann beim Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) bezogen werden (Tel.: 0228/843-393): K. Zok/W. Schuldzinski: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen, Bonn 2005. 86 Seiten, 10,– €.

II. Privatliquidation bei GKV-Versicherten

Wer sich mit den Fragen um IGEL-Leistungen und die Zulässigkeit, solche den Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse anzubieten, beschäftigt, muss wissen, **dass sämtliche „Individuellen Gesundheits-Leistungen“ (IGeL) nicht im Rahmen der Kostenerstattung zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen.** Es ist also nicht möglich, solche Leistungen den Versicherten dadurch „schmackhaft“ zu machen, dass man eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse in Aussicht stellt. Das ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz:

SGB V § 13 Kostenerstattung (in der Fassung vom 22.06.11)

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

Kommentar:
Die Kasse ist also nicht frei in ihren Entscheidungen, ob sie Kosten erstatten will oder nicht. Es muss immer eine Rechtsgrundlage vorhanden sein. Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung sind die Voraussetzungen in den folgenden Absätzen des § 13 geregelt, das Neunte Buch des SGB regelt die Rehabilitation.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden.
Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95 b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen.
Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130 a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

Kommentar:
Die in Absatz 2 geregelte Kostenerstattung für Versicherte setzt voraus, dass in der Regel ein berechtigter Leistungserbringer, z. B. ein zugelassener Vertragsarzt, die Leistung erbracht hat. In anderen Fällen bedarf es einer vorherigen Zustimmung der Krankenkasse. Diese ist in das Ermessen der Kasse gestellt und an bestimmte Voraussetzungen gebunden.
Da die Kostenerstattung nur „anstelle“ der Sach- und Dienstleistung erfolgt, dürfen die Kassen Kosten nur für die Leistungen erstatten, die nach dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auch als Sachleistungen erbracht werden können. Damit sind die IGeL-Leistungen von der Kostenerstattung ausgeschlossen.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch den Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwen-

dig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet. Ausgeschlossen ist die Kostenerstattung bei Ärzten oder Psychotherapeuten, die im Rahmen eines sog. „Kollektivverzichts" auf ihre Zulassung verzichtet haben.

Kommentar:
Auch für diese Variante der Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen bei Nichtleistung einer Krankenkasse gilt, dass sie nur möglich ist, wenn die Leistung ihrer Art nach den GKV-Leistungen und dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V entspricht. Damit sind auch in dieser Alternative der Kostenerstattung IGeL-Leistungen nicht erstattungsfähig.

1. Leistungsanspruch des Versicherten und korrespondierende Leistungsverpflichtung des Vertragsarztes
Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist seit seiner Einführung zu Beginn des letzten Jahrhunderts bis zum heutigen Tage gekennzeichnet durch das Sachleistungsprinzip und durch die solidarische Finanzierung durch die Versicherten-Beiträge, die bei Pflichtversicherten zu einem hälftigen Anteil vom Arbeitgeber getragen werden.

1.1. Sachleistungsanspruch als Grundsatz
Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst neben der ärztlichen Behandlung auch die Versorgung des Patienten mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Auch dabei gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip, wonach den Versicherten die erforderlichen Leistungsangebote als Sach- oder Dienstleistungen von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

1.2. Wirtschaftlichkeitsgebot
Mit dem Anspruch des Versicherten geht eine Behandlungspflicht des Vertragsarztes einher. Dieser hat dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, das heißt, Versicherte haben Anspruch (nur) auf diejenige ärztliche Versorgung, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst **zweckmäßig und ausreichend ist und bei der das Maß des Notwendigen nicht überschritten wird**.
Auf unwirtschaftliche Leistungen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch. Weder darf der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt diese im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und verordnen, noch die Gesetzliche Krankenkasse diese Leistungen bezahlen (§ 12 SGB V).

2. Zulässigkeit privatärztlicher Honorare
Auch wenn das Sachleistungsprinzip das tragende Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist, der Patient somit gegen seine Krankenkasse einen Anspruch auf die ärztliche Behandlung (nicht auf deren Kosten) hat, gibt es doch unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, hiervon abzuweichen und eine private Behandlung durchzuführen. Maßgeblich hierfür sind zwei Bestimmungen in den Bundesmantelverträgen, die wir Ihnen nachfolgend abdrucken:

§ 18 Bundesmantelvertrag – Ärzte

und

§ 21 Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen

(8) Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern

1. wenn die Krankenversichertenkarte bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,

2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,

3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pfl icht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Kommentar:
Diese in beiden Gesamtverträgen (einmal für die Primär- und einmal für die Ersatzkassen) gleichlautende Bestimmung regelt die Voraussetzungen, unter denen bei Kassenpatienten eine Privatvergü-

tung möglich ist. Im Weiteren wird näher darauf eingegangen und insbesondere aufgezeigt, warum die Beachtung dieser Regelungen für den Vertragsarzt außerordentlich wichtig ist.

2.1. Keine Wahlmöglichkeit für den Arzt
In dem oben definierten Rahmen, d. h. soweit ein Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse besteht, darf den Versicherten die ihnen zustehende ärztliche Versorgung nicht vorenthalten werden. Dabei hat der Vertragsarzt nicht die Befugnis, bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Tätigkeit bzw. Behandlung zu wählen.
Für den „Normalfall" (Patient kommt als GKV-Versicherter in die Praxis und gibt sich durch Vorlage der Krankenversichertenkarte als solcher zu erkennen) bedeutet dies, dass der Arzt die erforderlichen Leistungen im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erbringen und abrechnen muss. Privatliquidationen und Zuzahlungen sind nur unter engen Voraussetzungen zulässig (z. B. Zuzahlungen bei Bädern, Massagen und Krankengymnastik, bei ärztlicher Behandlung unter den Voraussetzungen der Bundesmantelverträge).

3. Wann kommt eine Privatliquidation in Betracht?
Wegen des Primats des Sachleistungsprinzips ist die Möglichkeit der privatärztlichen Behandlung bei GKV-Versicherten nur unter engen Voraussetzungen zulässig.

3.1. Vier Fälle zulässiger Privatliquidationen
Abgesehen von dem an anderer Stelle dargestellten Sonderfall der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V ist eine Privatliquidation in folgenden Fällen zulässig:

a) Der GKV-Versicherte kommt als echter Privatpatient in die Praxis, das heißt, er möchte, obwohl er eigentlich einen Leistungsanspruch in der Gesetzlichen Krankenversicherung hätte, in vollem Umfang als Privatpatient behandelt werden und bringt dies auch dem Arzt gegenüber zum Ausdruck.

b) Der Patient kommt zwar unter Vorlage seiner Krankenversichertenkarte (und damit als GKV-Patient) in die Praxis, wünscht aber ganz oder zum Teil Leistungen, die der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst. Das sind die sog. IGeL-Leistungen im engeren Sinne.

c) Der Patient wünscht Leistungen, die zwar im Leistungskatalog der GKV enthalten sind und vom Arzt auch in diesem Rahmen erbracht werden könnten, jedoch für den konkreten Behandlungsfall nicht zweckmäßig oder erforderlich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots sind („Wunschbehandlung").

d) Der Patient wünscht Leistungen, die Bestandteil des GKV-Leistungskataloges und im konkreten Fall auch aus ärztlicher Sicht erforderlich und geboten sind. Er möchte dennoch diese Leistungen auf privatärztlicher Basis, im übrigen jedoch weiterhin als GKV-Patient behandelt werden. Dazu zählt auch der Fall einer ärztlichen Behandlung auf privatärztlicher Basis sowie gleichzeitig gewünschter Versorgung mit Arzneimitteln als Sachleistung oder umgekehrt. Gleiches gilt für den Fall, dass der Patient die Aufteilung der ärztlichen Behandlung in einen privatärztlichen und einen vertragsärztlichen Leistungsteil wünscht. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die privatärztlich gewünschte Leistung eine selbstständige Leistung ist und als solche auch selbständig geltend gemacht werden kann.

Die Aufspaltung des Behandlungsvertrages ist nach den Regelungen der Bundesmantelverträge zulässig, „wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt werden".

4. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation erfüllt sein?
In den oben genannten Fällen ist die private Liquidation für die betreffenden Leistungen bzw. Leistungsbereiche dann zulässig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Initiative des Patienten
Die Initiative für die Privatbehandlung muss vom Patienten ausgehen. Der Vertragsarzt darf dem GKV-Patienten weder die private Behandlung vorschlagen, noch den Patienten in irgendeiner anderen Form in diese Richtung drängen.

Information über Leistungsumfang
Der Patient muss über den Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kenntnis gesetzt werden. Der Arzt muss also den Patienten zunächst darauf hinweisen, welche Leistungen

durch die Gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden und folglich von dem Patienten ohne zusätzliche Zahlungen beansprucht werden können.

Aufklärung über Konsequenzen
Der Arzt muss den Patienten vorab darüber informieren, welche Konsequenzen sich aus seinem Wunsch nach Privatbehandlung ergeben. Die Information muss sich insbesondere darauf erstrecken, dass eine vollständige oder auch teilweise **Beteiligung der Krankenkassen an diesen Kosten nicht in Betracht kommt.** Der Patient muss sich daher im Klaren sein, dass er die Kosten alleine zu tragen hat. Sinnvoll, wenn auch nicht verpflichtend, ist es, den Patienten auch über die Höhe der Kosten zu informieren, die auf ihn zukommen. Hierdurch kann eine positive Einstellung des Klientels zur IGeL-Handhabung einer Praxis nur gefördert werden. Der Patient möchte natürlich die Kosten kennen, muss aber, wenn der Arzt nicht die Information (z. B. auch im Internet) von sich aus anbietet, fragen. Nach dem Preis zu fragen ist aber nach wie vor für einen großen Teil der Bevölkerung „peinlich". Es unterbleibt – und ein potenzieller IGeL-Patient geht verloren!

Erklärung des Patienten
Der Wunsch auf Privatbehandlung, aber auch die Beratung/Aufklärung durch den Arzt ist vor Beginn der Behandlung vom Patienten schriftlich zu bestätigen. Eine entsprechende Verpflichtung steht in den Bundesmantelverträgen und ergibt sich aus § 13 Abs. 2 SGB V. Aber auch aus Beweisgründen ist jeder Vertragsarzt gut beraten, eine entsprechende Erklärung des Patienten einzufordern. Ein Muster dieser Erklärung finden Sie nachfolgend abgedruckt.

5. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung
Korrespondierend zum Sachleistungsprinzip steht der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, ohne den die Krankenkassen ihren Mitgliedern die im Sachleistungsprinzip geschuldete ärztliche Leistung nicht zur Verfügung stellen könnten.

5.1. Sicherstellung muss gewährleistet bleiben
Eine besondere Problematik entsteht, wenn eine Gruppe von Ärzten in einem Bereich – nicht notwendigerweise abgesprochen, aber übereinstimmend – erklärt, bestimmte, nicht zu den wesentlichen Leistungen des Fachgebiets gehörende Leistungen künftig nicht mehr „auf Krankenschein" erbringen zu wollen.
Der Ausweg der Weiterüberweisung der GKV-Patienten an Kollegen scheidet hier aus.
Ein solches Vorgehen berührt den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Da es sich aber nicht um die wesentlichen Leistungen eines Fachgebietes handeln kann, ist dieses Problem relativ.
Oft kann hier durch eine Ermächtigung Abhilfe geschaffen werden. Manchmal gelingt es aber auch, durch ein solches Verhalten Kassen dazu zu bewegen, durch besondere Vereinbarungen mit einer Kassenärztlichen Vereinigung die Honorierung für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. ambulante Operationen) zu verbessern. Die Erfahrung zeigt aber, dass ein solches „koordiniertes" Verhalten selten zustande kommt, weil es doch einzelne Mitglieder der Fachgruppe geben wird, die sich aus „Marketinggründen" anders verhalten und den Versicherten diese Leistungen als GKV-Leistung anbieten.

6. Trennung zwischen Behandlung „auf Krankenschein" und Privatbehandlung
Immer wieder stellt sich in der Praxis die Frage, ob es möglich ist – und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen – den Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (Sachleistungsanspruch) aufzuheben und durch eine Privatbehandlung zu ersetzen. So z. B. wenn die Erfüllung des Sachleistungsanspruches, d. h. die Erbringung der Leistung zu den im GKV-System zu erzielenden Honoraren „sich nicht rechnet".

6.1. „Teilleistungen" des EBM sind keine IGeL-Leistungen
Der **EBM** bestimmt in Abschnitt **I.1. Allgemeine Bestimmungen**, dass in Leistungskomplexen enthaltene, aus der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls nicht erkennbare Teilleistungen mit der Vergütung für den Komplex abgegolten und deshalb nicht gesondert berechnungsfähig sind. Da sie aber danach durch die Komplexgebühr abgegolten, d. h. im GKV-System vergütet werden, dürfen sie nicht zusätzlich als IGeL-Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Die Autoren haben die sehr unübersichtliche und lange Liste dieser Leistungen des EBM, die als Anlage 1 des EBM 2009 besteht, nachfolgend nur in Ausschnitten aufgenommen.

Kommentar:
Der Anhang 1 des EBM 2011 listet alle diejenigen Leistungen auf, die deswegen nicht (mehr) gesondert abrechnungsfähig sind, weil sie in Leistungskomplexen enthalten und mit der Vergütung des Komplexes mit abgegolten sind. Sollte jedoch in einem arztgruppenspezifischen Kapitel eine der im Anhang genannten Leistungen als eigenständige Leistung gesondert ausgewiesen sein, kann sie dann unter den dort genannten Voraussetzungen doch abgerechnet werden.

Die Leistungen der Anlage 1 zum EBM dürfen bei GKV-Patienten, die zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden, nie als IGeL-Leistungen ergänzend angeboten und liquidiert werden. Nachfolgend nur kurze Ausschnitte:
Anlage 1 Verzeichnis (2011) der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen
1. Die im Anhang 1 aufgeführten Leistungen sind – sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind – Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.
2. In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten verwiesen
VP = Versichertenpauschale,
GP = Grund-/Konsiliarpauschale,
bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen

Ausschnitte aus Anhang 1 zum EBM (Stand. 12/2011)

Ggf. EBM-Nrn.	Legende	VP	GP	SG
		Leistung ist in der VP Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der GP	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Abschabung der Hornhaut des Auges		x	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Handoder Fußbereich	x	x	
	Anlegen einer Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff			x
	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	x	x	
	Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung	x	x	
	Anus praeter-Bougierung	x	x	
	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Ätzung im Enddarmbereich	x	x	
	Ätzung im Kehlkopf		x	
	Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch	x	x	x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	
	Beratung der Bezugsperson(en)	x	x	x
	Beratung, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	x	x	x
	Blutentnahme durch Venenpunktion	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen	x	x	

Ggf. EBM-Nrn.	Legende	VP	GP	SG
		Leistung ist in der VP Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der GP	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation	x	x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen eines Skelettteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skelettteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x

6.2. Der Arzt kann Praxisteile nur unter engen Voraussetzungen stilllegen
Häufig ist die Auffassung vertreten worden, dass kein Arzt verpflichtet sein könne, unrentable Leistungen in seiner Vertragspraxis anzubieten. Es müsse ihm daher möglich sein, solche Leistungen aus seinem Leistungsangebot zu streichen. Eine Kassenärztliche Vereinigung hatte sogar eine dahingehende Regelung in ihre Satzung aufgenommen mit dem Wortlaut:
„Ärztliche Leistungen, die vom einzelnen Vertragsarzt nicht kostendeckend erbracht werden können, müssen von ihm nicht erbracht werden." Das Bundessozialgericht hat in einer Serie von Entscheidungen am 14.3.2001 klargestellt, dass eine solche Auffassung unzulässig ist. Es hat deutlich gemacht, dass ein Vertragsarzt durch die Zulassung verpflichtet ist, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, und dass diese Teilnahmeverpflichtung in dem Fachgebiet, für das er zugelassen ist, zur Folge hat, dass er **die wesentlichen Leistungen seines Fachgebietes im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch tatsächlich anbieten und erbringen muss.** Diese Verpflichtung besteht natürlich nicht für Leistungsbereiche, für deren Erbringung und Abrechnung dem Arzt die besondere Qualifikation/Genehmigung fehlt (BSG, Urt. vom 14.3.2000, B 6 KA 36/00 R, B 6 KA 54/00 R, B 6 KA 67/00 R).
In der Praxis könnte es Probleme bereiten, den Begriff „wesentliche Leistungen" eines Fachgebietes zu definieren. Dies obläge aufgrund gesetzlicher Aufgabenzuweisung den Landesärztekammern. Erfahrungen in konkreten Fällen zeigen aber, dass diese sich mit Festlegungen in konkreten Fällen nicht immer leicht tun. Somit ist auch in Zukunft trotz dieser generellen Klarstellung durch das Bundessozialgericht doch gelegentlich mit Streitfällen um eben diese Frage zu rechnen.

6.3. Leistungen für einen bestimmten Personenkreis
Bei der nach der o. g. Rechtsprechung verbleibenden Möglichkeit, Leistungsbereiche, die nicht zu den wesentlichen Leistungen eines Fachgebietes gehören, aus dem Leistungsangebot der Praxis herauszunehmen, ist zu beachten, dass diese Leistungen dann für Versicherte auch nicht privat angeboten werden dürfen. Sollen solche Leistungen in einer Praxis durchgeführt werden, ist das Angebot für alle Patienten – egal ob Privatpatient oder GKV-Versicherter – vorzuhalten.
Wenn der Kassenpatient aber trotz des Angebotes, die Leistung zu Lasten seiner Kasse erhalten zu können, gleichwohl eine private Behandlung wünscht – aus welchen Gründen auch immer – und die unter Punkt 4 genannten Kriterien bezüglich Eigeninitiative des Patienten und Aufklärung vorliegen, kann ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag vereinbart werden. Dabei ist bei dieser Fallgestaltung besonderes Augenmerk auf die Aufklärung und Indizierung des „Wunsches" des Patienten zu richten. In einem solchen Fall ist eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die Aufklärung des Patienten und auf eine entsprechende Dokumentation. Gerade solche Fälle es sind, die später gerne Anlass für Beschwerden geben, da wechselseitig die Äußerungen missverstanden wurden.

6.4. Patienten aller Kassenarten müssen gleich behandelt werden
Die Entscheidung des Arztes über die Erbringung bestimmter Leistungen auf vertragsärztlicher oder privatärztlicher Basis darf im Übrigen nach den obigen Ausführungen folgerichtig auch nicht von der mit einer einzelnen Kassenart abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung abhängig gemacht und unterschiedlich gehandhabt werden.

7. Sonderfall Kostenerstattung
Das Gesetz der sozialen Krankenversicherung sieht selber unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit der Kostenerstattung anstelle des Sachleistungsprinzips vor. Diese Möglichkeiten sind im § 13 SGB V geregelt (s. II. Privatliquidation bei GKV-Versicherten).

7.1. GKV-Versicherte können sich auf Privatrechnung behandeln lassen
Ein Sonderfall ist die Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten, die Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V s.o.) gewählt haben. Diese Möglichkeit steht allen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse offen. Wird von einem Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse von dieser Wahlmöglichkeit Gebrauch gemacht, erhält der Patient vom behandelnden Arzt eine Privatrechnung auf Basis der GOÄ, die er zur (Teil-)Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen kann.

7.2. Übersicht über die Möglichkeiten der Privatliquidation
Auch der Kostenerstattungs-Patient ist nach wie vor Versicherter der GKV. Er ist daher **kein echter Privatpatient.** Dies hat zur Folge, dass der Arzt in seiner Funktion als Vertragsarzt tätig wird und daher auch im Rahmen der Kostenerstattung **nur die Leistungen erbringen** (und damit liquidieren) **kann**, die zum Leistungsumfang der GKV gehören. Ein niedergelassener Arzt, der ausschließlich eine Praxis für Privatpatienten führt und nicht von Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung als Vertragarzt zugelassen ist, darf GKV-Patienten im Rahmen der Kostenerstattung **nur ausnahmsweise und nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse** behandeln.
Die Aufstellung im Kapitel III Seite 108 zeigt die nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltenen Leistungen bzw. Leistungsbereiche.
Diese festgeschriebenen Leistungen dürfen weder im Rahmen der allgemeinen vertragsärztlichen Tätigkeit noch im Rahmen der Kostenerstattung erbracht oder gar abgerechnet werden.

7.3. Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V und Musterformular
Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass der Versicherte gegenüber seinem Arzt und seiner Krankenkasse vor Beginn der (Kostenerstattungs-) Behandlung eine entsprechende Erklärung abgibt. Ein Muster hierfür finden Sie nachfolgend. An die Wahlentscheidung ist der Versicherte je nach Satzung seiner Krankenkasse gegebenenfalls für einen bestimmten Zeitraum, mindestens jedoch für ein Jahr, gebunden. Die Wahl der Kostenerstattung liegt alleine und ausschließlich im Ermessen des Patienten. Wie bei der Vereinbarung einer Privatbehandlung (siehe Punkt 4) gilt daher auch hier, dass dem Patienten nicht die Kostenerstattung aufgedrängt werden darf. Dem Vertragsarzt steht eine Wahlmöglichkeit – Behandlung „auf Krankenversicherungskarte“ oder über Kostenerstattung – nicht zu. Er ist an die entsprechende Entscheidung seines Patienten gebunden.
Zur Vermeidung späterer Unstimmigkeiten oder Streitigkeiten sollte der Arzt jeden Kostenerstattungspatienten eine Erklärung unterschreiben lassen, aus der hervorgeht, dass die Erklärung über die Wahl der Kostenerstattung gegenüber der Krankenkasse abgegeben wurde und für welche Leistungsbereiche gegebenenfalls die Wahlentscheidung gelten soll (siehe vorheriges Muster).
Im Übrigen hat ein Patient, der Kostenerstattung gewählt hat und der dies dem Arzt auch zur Kenntnis bringt, keineswegs gleichzeitig einer Privatbehandlung, die über den obengenannten Umfang hinausgeht, zugestimmt!
Für die Liquidation von nur privatärztlich erbringbaren Leistungen gelten deshalb zusätzlich die gleichen Voraussetzungen, wie sie oben für die Privatliquidation bei „normalen“ GKV-Versicherten dargelegt wurden.

7.4. Auswirkungen der Kostenerstattung
Da die Erstattungsleistungen der Kassen nicht höher ausfallen dürfen als die Kosten, die bei Sachleistung anfallen würden (also bei Abrechnung im üblichen Weg über die KV), wird der Kostenerstattungspatient in aller Regel einen unter Umständen erheblichen Teil der Rechnung selbst tragen müssen. So können die Krankenkassen einen Abschlag für nicht durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung vom möglichen Erstattungsbetrag vornehmen. Der Selbstbehalt des Patienten kann jedoch auch bedeutend höher ausfallen, je nach dem, welcher Steigerungssatz der GOÄ der Rechnung zu-

grunde gelegt wird. Zudem sind vorgesehene Zuzahlungen (z. B. die Praxisgebühr) von der Kasse in Abzug zu bringen.
Die Leistungen der Krankenkassen für Kostenerstattungen können von den an die jeweilige KV zu zahlenden Gesamtvergütungen abgezogen werden und würden damit das zur Verteilung zur Verfügung stehende Honorarvolumen schmälern. Angesichts des geringen Anteils der freiwillig Versicherten, die diesen Weg wählen, spielt diese Aufrechnung mit der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in der Praxis keine signifikante Rolle. Auch nachdem die Wahlmöglichkeit für die Kostenerstattung von den freiwillig Versicherten auf alle Versicherten erweitert wurde, hat sich daran nichts geändert.
Für jeden dieser Patienten ist eine gesonderte Privatrechnung auszustellen, für die das Inkassorisiko beim Arzt liegt.
Kostenerstattungspatienten reduzieren die Berechnungsgrundlage für die in den meisten Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehenen Regelleistungsvolumina bzw. vergleichbarer Instrumente, da der Kostenerstattungspatient weder als Fall noch mit seinen Fallpunktzahlen bei der Berechnung zählt.

Musterformular

Erklärung über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 A bs. 2 SGB V

Vom Patienten auszufüllen

……
Name

……
Geburtsdatum

……
Krankenkasse

Ich erkläre hiermit, dass ich von der Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V Gebrauch machen will. Meine Krankenkasse habe ich von der Inanspruchnahme dieses Wahlrechts bereits unterrichtet.
Mir ist bekannt, dass ich für die von mir beanspruchten ärztlichen Leistungen von meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt eine Privatliquidation auf der Grundlage der GOÄ erhalte. Für diese Rechnung bin ich unabhängig von der Erstattung meiner Krankenkasse **in voller Höhe** zahlungspflichtig. Mir ist bekannt, dass die Erstattung meiner Krankenkasse nicht den vollen Betrag der Privatliquidation erreicht.

Meine Wahlentscheidung gilt für (Zutreffendes bitte ankreuzen):
- sämtliche ärztliche Behandlungsmaßnahmen
- sämtliche Verordnungen
- folgende Bereiche/Leistungen

GOÄ-Nr.	Leistung	1fach-Satz in €	Steigerungssatz	Endbetrag in €

Sollte ich meine Wahlentscheidung gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen, werde ich meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt unverzüglich schriftlich informieren. Bis zum Zugang dieser Information bin ich an diese Erklärung gebunden.

…… ……
Ort Datum

…… ……
Unterschrift des Patienten Unterschrift des Arztes

8. Unzulässige Privatliquidation und unzulässiges Verlangen von Zuzahlungen
(Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V) Das verständliche Bestreben vieler Ärzte, in Zeiten enger finanzieller Möglichkeiten infolge der Budgetierungen und stagnierenden Gesamtvergütungszuflüssen ihre Einkommenssituation durch vermehrte Angebote privatärztlicher Behandlungen zu verbessern, hat dazu geführt, dass einige Versicherer und Krankenkassen gegen dieses Vorgehen Einwände erhoben haben. Die Folge waren Präzisierungen der Grenzen der zulässigen Privatliquidation durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit.

8.1. Keine Privatliquidation bei Ausschöpfung des Regelleistungsvolumen (RLV)

Im Laufe der Zeit sind vermehrt Fälle bekannt geworden, in denen mit dem Argument, bestimmte Leistungen würden von den Kassen nicht mehr oder nur noch teilweise bezahlt, Zuzahlungen bzw. Privathonorare verlangt wurden. Als Gründe wurden angeführt:
- Budgetausschöpfung/Ausschöpfung des Regelleistungsvolumen
- die Unterbewertung von Leistungen
- von Abstaffelungen betroffene Leistungsbereiche
- Leistungspauschalen oder Leistungskomplexe
- Mengen- bzw. Fallzahlbegrenzungen.

Die sozialgerichtliche Rechtsprechung hat derartigen Versuchen in einer Reihe von Entscheidungen unter Hinweis auf die Mischkalkulation der vertragsärztlichen Gebührenordnung eine eindeutige **Absage** erteilt.
In allen genannten Fällen sind deshalb Honorarvereinbarungen auf privater Basis oder das Verlangen von Zuzahlungen unzulässig.
Unzulässig ist darüber hinaus die Privatliquidation von Leistungen, die Bestandteil von Leistungskomplexen sind, wie sie der EBM 2009 vorsieht.
Dies deshalb, weil die betreffende Leistung bereits anteilig in der Bemessung der Punktzahl des Leistungskomplexes enthalten ist. Eine Privatvereinbarung über diese Leistung würde daher eine Doppelhonorierung sowohl auf privater als auch auf vertragsärztlicher Basis bedeuten.

9. Vermeiden Sie Ärger mit Ihren Patienten!
An dieser Stelle sei noch einmal besonders betont, dass es sich hier um einen Bereich handelt, in dem es immer wieder zu Missverständnissen bis hin zu Konflikten zwischen Arzt – Patient – Krankenkassen – Kassenärztlicher Vereinigung kommt, da Patienten nicht selten nach Erhalt der Privatliquidation ihre Entscheidung für die Privatbehandlung „bedauern“ und ihre Krankenkasse um Kostenerstattung bitten. Sind dann die obigen Abläufe (Aufklärung, Beratung, schriftliche Einwilligungserklärung) nicht sorgfältig beachtet und dokumentiert, kann es zu Problemen kommen. Die Privatliquidation bei Versicherten ohne Vorliegen der obigen Voraussetzungen wird als Verletzung vertragsärztlicher Pflichten angesehen und kann zu einem Disziplinarverfahren, im Extremfall auch zur Zulassungsentziehung führen.

Zwei Beispiele mögen erläutern, dass die Konfliktträchtigkeit in diesem Bereich nicht zu unterschätzen ist:

1. Beispiel
Eine Mutter möchte, dass der Kinderarzt bei ihrer Tochter, die keine gesundheitlichen Probleme oder Beschwerden hat, eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung zwischen der U 7 (21. – 24. Monat) und der U 8 (43. – 48. Monat) durchführt, da sie sich besonders fürsorglich um das gesundheitliche Wohlergehen ihres Kindes sorgt. Der Kinderarzt erläutert ihr, dass nach den Bestimmungen der Kinder-Richtlinien eine solche zusätzliche Untersuchung von der Kasse nicht getragen wird, dass aber auch er es durchaus für sinnvoll halte, sie durchzuführen. Wegen der dadurch entstehenden Kosten solle sie sich keine Sorgen machen. Im Übrigen könne sie ja versuchen, die Kosten ganz oder teilweise von ihrer Krankenkasse erstattet zu bekommen. Der Inhalt dieses Gesprächs wurde nicht dokumentiert. Die Mutter ist einverstanden, aber es kommt nicht zu einer schriftlichen Einverständniserklärung der Mutter, wonach sie die Leistung als Privatbehandlung wünsche, weil der Kinderarzt dies wegen der völligen Übereinstimmung für überflüssig hält. Nach Erhalt der Privatrechnung kommen ihr angesichts der Höhe doch Bedenken. Sie erinnert sich, dass der Kinderarzt ihr geraten habe, sich wegen einer Kostenerstattung an ihre Kasse zu wenden.

Musterformular

Erklärung über die Wahlentscheidung zur privatärztlichen Behandlung gemäß § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 21 Abs. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen

Ich wünsche, durch meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt die folgende(n) Leistung(en) auf privatärztlicher Basis in Anspruch zu nehmen:

GOÄ-Nr.	Leistung	1fach-Satz in €	Steigerungssatz	Endbetrag in €

Dieser Wunsch ist auf meine eigene Initiative zustande gekommen. Ausschlaggebend für meine Entscheidung war dabei folgender Sachverhalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Die von mir gewünschte Behandlung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.
- Die von mir gewünschten Leistungen sind zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, ich wünsche jedoch aus persönlichen Gründen eine privatärztliche Behandlung und Liquidation.

Ich bestätige Frau/Herrn Dr. ..... hiermit, dass sie/er mir ausführlich erläutert hat,

- wie sie/er meine Erkrankung, meine Beschwerden zu Lasten meiner Krankenkasse behandeln kann, und
- welche Behandlungsmöglichkeiten es noch gibt, die aber keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, weil sie nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 des Sozialgesetzbuches V entsprechen oder nicht zu Lasten meiner Krankenkasse erbracht werden dürfen.

Ich habe mich freiwillig für die Behandlungsmöglichkeit als Privatpatient entschieden. Die Rechnung über diese Behandlung nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werde ich nach Zugang bezahlen. Mir ist bekannt, dass ich als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse auf diese Privatrechnung und für privat verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel keine Kostenerstattung von meiner Krankenkasse erhalten kann.

.....	.....
Ort	Datum
.....	.....
Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Arztes

Das tut sie und muss erfahren, dass die Kasse die Kosten für diese Untersuchung nicht erstatten darf. Der fürsorgliche Kassenmitarbeiter fragt sie, ob sie denn der Privatbehandlung schriftlich zugestimmt habe, und erfährt, dass das nicht der Fall ist. Somit wird dieser Ablauf Gegenstand einer Beschwerde der Krankenkasse bei der für den Kinderarzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wegen Verstoßes gegen die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (Erfordernis einer schriftlichen Einwilligungserklärung). In der Korrespondenz des Kinderarztes mit der KV muss er erfahren, dass die mündliche Übereinkunft zwischen ihm und der Mutter nicht ausreicht, um die Privatliquidation aufrecht zu erhalten. Die KV rät ihm, die Rechnung zu stornieren. Eine Abrechnung zu Lasten der Kasse scheidet aber auch aus.

Fazit: Wegen der vermeintlich kleinen Unachtsamkeit, sich die aus Sicht des Arztes bestehende Übereinkunft zwischen ihm und der Mutter nicht schriftlich bestätigen zu lassen, erhält er für seine Leistungen kein Honorar.

2. Beispiel:
Ein Arzt hat die Überzeugung gewonnen, dass Schulterbeschwerden, jedenfalls soweit ihnen Knochenrisse zugrunde liegen, am optimalsten durch gezielte Cortison-Infiltrationen unter sonographischer Führungshilfe behandelt werden können. Eine Abrechnung dieser Behandlung zu Lasten der Krankenkassen wird vom Prüfungsausschuss als unwirtschaftlich beanstandet. Daraufhin stellt er für diese Behandlungen Privatrechnungen aus, ohne allerdings zuvor die dafür notwendige schrift-

liche Zustimmung der Patienten eingeholt zu haben. In einem Gespräch hat die zuständige KV ihn über die Notwendigkeit der Einhaltung der Bestimmungen der Bundesmantelverträge unterrichtet. In der Folgezeit setzt der Arzt die Erstellung von Privatrechnungen fort und legt auf entsprechende Anfragen auch schriftliche Erklärungen der Patienten bei, wonach diese über kassenärztliche Behandlungsmöglichkeiten informiert wurden und „nicht notwendige privatärztliche Zusatzbehandlung nach GOÄ“ wünschen.
In einem Disziplinarverfahren stellt sich heraus, dass durch die vom Arzt gewählte Form der Aufklärung die Patienten nicht in der Lage gewesen sind, eine echte freie Wahl zwischen der Privatbehandlung und der Behandlung zu Lasten der GKV zu treffen, da sie sich „gezwungen“ sehen, sich im Interesse ihrer Gesundheit für die von ihrem Arzt angebotene privatärztliche Behandlung zu entscheiden, da ihnen die aufgezeigte Alternative einer „Kassenbehandlung“ als ineffizient und ihrer Gesundheit nicht förderlich erscheinen muss.

10. Zusammenfassung
Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass in einzelnen konkreten Fallkonstellationen unter Beachtung bestimmter Kriterien eine Privatliquidation auch im Bereich von Leistungen zulässig ist, die im Leistungskatalog der GKV enthalten sind. Die Praxis zeigt, dass diese Fälle immer wieder Gegenstand von Auseinandersetzungen in dem Gefüge „Arzt – Patient – Kasse – KV“ werden. Aus diesem Grunde ist eine erhöhte Aufmerksamkeit auf die Einhaltung der zuvor genannten Voraussetzungen und die Dokumentation der Vorgänge zu legen. Nur so kann sich der einzelne Vertragsarzt erfolgreich gegen die immer wieder von Patienten oder Krankenkassen erhobenen Vorwürfe zur Wehr setzen, er habe unzulässigerweise bei einem GKV-Versicherten eine Privatvergütung gefordert.
Darüber hinaus bleibt es jedoch bei dem Grundsatz, dass die gesetzlich Krankenversicherten einen umfassenden Sachleistungsanspruch haben. In diesem Rahmen kann weder eine Privatliquidation noch eine Zuzahlung über die gesetzlich ausdrücklich festgelegten Fälle hinaus in Betracht kommen.
Inzwischen haben auch einige Kassenärztliche Vereinigungen für ihre Mitglieder Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Patienten erstellt – und damit in der Regel auch zum Thema IGeL-Leistungen. Beispielhaft sei hier nur genannt die Information der KV Bayerns (als pdf-Datei zu finden unter www.kvb.de/servlet/PB/menu/1004793/index.html). Es empfiehlt sich deshalb auf jeden Fall auch eine Nachfrage bei der eigenen KV.

III. Nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthaltene Leistungen bzw. Leistungsbereiche

Für die Aufstellung des Leistungskataloges im Rahmen von GKV-Leistungen ist ein Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Krankenkassen – der Gemeinsame Bundesausschuss – verantwortlich. Der Ausschuss hat eine Reihe von Behandlungsmethoden, für die bisher eine medizinische Wirksamkeit nicht sicher nachgewiesen werden konnte, zusammengefasst.
In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) werden die Kriterien festgelegt, nach denen Untersuchungsund Behandlungsmethoden in den Katalog der zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbaren Leistungen aufgenommen werden können. Die Prüfung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen.

In den Richtlinien finden sich in den Anlagen
I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden
II Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen
Im Internet finden Sie die vollständigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) unter: http://www.g-ba.de oder http://daris.kbv.de/daris.asp .
Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungmethoden, die nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden können, müssen gemäß der Rechtslage dem Versicherten unter Beachtung der im vorherigen Abschnitt dargelegten Voraussetzungen auf der Basis der GOÄ in Rechnung gestellt werden.

Hierbei handelt es sich um die „klassischen“ IGeL-Leistungen. Auf dem Markt finden sich mittlerweile differenzierte Leistungsverzeichnisse und Gebühren sowie Honorarverzeichnisse für IGeL-Leistungen von Kassenärztlichen Vereinigungen, ärztlichen Berufsverbänden, einzelnen Vertragsärzten und Organisationen, die unter dem Stichwort IGEL im Internet einfach zu recherchieren sind (s. Literaturverzeichnis **IGeL-Leistungen im Internet).**
Nachfolgend geben wir Ihnen eine Zusammenstellung der derzeit wichtigsten Bereiche, die für individuelle Gesundheitsleistungen in Frage kommen.

Nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene Leistungen

1. Auslandsimpfungen, sofern der Auslandsaufenthalt nicht beruflich bedingt ist, sowie tropenmedizinsche Beratungen.

2. Vorsorgliche Untersuchungen, soweit sie nicht zur Abklärung eines Krankheitsverdachtes dienen und nicht aufgrund besonderer Bestimmungen (z. B. der KrebsvorsorgeRichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) als GKV-Leistungen gelten, zum Beispiel

- vorsorgliche **Thoraxuntersuchung bei Rauchern**
- **HDL/LDL-Cholesterin – Bestimmung ohne Krankheitsverdacht** bei Gesundheitsuntersuchungen
- Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen außerhalb der gesetzlichen Regelungen
- **Triple-Test** (zur Abschätzung des Risikos einer Chromosomenalteration bei Schwangeren)
- Neuroblastomscreening
- **Osteodensitometrie**, sofern kein klinischer Verdacht auf Osteoporose besteht
- U10 Vorsorgeuntersuchung Jugendliche (von den Autoren eingefügt).

3. Schwangerschafts-Test, sofern dieser negativ ist und nicht zur differential-diagnostischen Abklärung einer Krankheit dient
4. Ausdruck von Sonographie-Bildern (zum Beispiel des Feten im Mutterleib) für das private Fotoalbum
5. Videoaufnahmen oder -kopien von Operationen zum Verbleib beim Patienten
6. Rein kosmetische Maßnahmen, die nicht im Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung stehen
7. Behandlung von Besenreiservarizen
8. Fußpflege (zum Beispiel Hühneraugen- oder Hornhautentfernung)
9. Troponin-T-Test
10. Fußreflexzonenmassage
11. Stoßwellenbehandlung des orthopädischen Fachgebietes
12. Rituelle Circumcision
13. Berufseinstellungsuntersuchungen (mit Ausnahme der Jugend-ArbeitsschutzUntersuchung)
14. Tauglichkeitsuntersuchungen und Atteste (zum Beispiel fliegerärztliche Untersuchungen, Sporttauglichkeitsuntersuchungen, augenärztliche Untersuchungen zur Erlangung des Führerscheins, auch Kontrollen der Leberwerte bei Entzug des Führerscheins infolge von Alkoholkonsum, Wehrdiensttauglichkeit, Taucheruntersuchungen)
15. Bescheinigungen für den Arbeitgeber (mit Ausnahme der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach dem Lohnfortzahlungsgesetz)
16. Bescheinigungen oder Atteste für Versicherungen, Behörden oder Gerichte (zum Beispiel die Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung von Bewerbern für ein Adoptivkind, Bescheinigungen für Kindergarten- oder Schulunfähigkeit, Bescheinigungen für Versorgungsämter, Atteste für das Arbeitsamt für den Vorruhestand, Zeugnisse für Altenheime).
17. Bescheinigungen für Erholungsverschickung oder Kuraufenthalte, wenn sie nicht für die Krankenkasse bestimmt sind (auch Kur- und Reisefähigkeitsbescheinigungen für Rentenversicherungsträger)
18. Leichenschau und Ausstellung des Totenscheines
19. Sämtliche nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- un d Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) ausgeschlossene Methoden:
(Anlage II der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungsund Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher – Versorgung), Stand 01.01.2009

Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen

1. **Elektro-Akupunktur nach Voll**
2. **„Heidelberger Kapsel“ (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde)**
3. **Intravasale Insufflation bzw. andere parenterale Infiltration von Sauerstoff und anderen Gasen**
4. **Oxyontherapie (Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff-/Ozongemisch)**
5. **Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser)**
6. **Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne**
7. **Immuno-augmentative Therapie**
8. **Lymphozytäre Autovaccine-Therapie bei HIV-Patienten**
9. **Magnetfeldtherapie ohne Verwendung implantierter Spulen**
10. **Autohomologe Immuntherapie nach Kief**
11. **Haifa-Therapie**
12. **Doman-Delacato bzw. BIBIC-Therapie**
13. **Verfahren der refraktiven Augenchirurgie**
14. **Hyperthermiebehandlung der Prostata**
15. **Transurethrale Laseranwendung zur Behandlung der Prostata**
16. **Hyperbare Sauerstofftherapie**
17. **Bioresonanzdiagnostik, Bioresonanztherapie, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren**
18. **Autologe Target Cytokine-Behandlung nach Klehr (ATC)**
19. **nicht besetzt**
20. **Thermotherapie der Prostata (z. B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT)**
21. **Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung**
22. **Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen**
23. **Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen**
24. **Pulsierende Signaltherapie (PST)**
25. **Niedrigdosierter, gepulster Ultraschall**
26. **Neurotopische Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösungsinjektionen**
27. **nicht besetzt**
28. **Autologe Chondrozytenimplantation bzw. -transplantation**
29. **Aktiv-spezifische Immuntherapie (ASI) mit autologer Tumorzellvakinze**
30. **Uterus-Ballon-Therapie**
31. **Akupunktur mit Ausnahme der in Anlage I aufgeführten Indikationen**
32. **Ultraviolettbestrahlung des Blutes (UVB)**
33. **Hämatogene Oxidationstherapie (HOT)-Blutwäsche nach Wehrli**
34. **Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger Synonym u. a.**
    - **– intravenöse Sauerstoffinsufflation**
    - **– Sauerstoff-Infusions-Therapie (SIT)**
    - **– Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie (KIS)**
35. **Ozon-Therapie, Ozon-Eigenbluttherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxyontherapie, Hyperbare Ozontherapie**
36. **CO_2-Insufflationen (Quellgasbehandlung)**
37. **Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff**
38. **Selektive UVA1-Bestrahlung**
39. **Positronen-Emission-Tomographie (PET) mit Ausnahme der in Anlage I Nr. 14 anerkannten Indikationen**
40. **Atlastherapie nach Arlen**
41. **Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne (sKMT)**
42. **Hyperthermie (u. a. Ganzkörperhyperthermie, Regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie)**
43. **Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT)**

IV Hinweis des BMI zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(die einzelnen Buchstaben vor den genannten Methoden wurden zur besseren Differenzierung von den Autoren eingefügt) – siehe im Portal des Bundesamtes für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen unter www.dz-portal.de und dann unter Beihilfe und hier „Hinweise BhV“. Dort finden Sie auch die gesamte Beihilfevorschrift (BhV).

1. Völliger Ausschluss
Gemäß Satz 1 der Beihilfevorschriften wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausgeschlossen:

A
Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Voll, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen (z. B. nach Maharishi)

B
Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde OP der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) n. Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation

C
- Chelat-Infusionstherapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

E
- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik
- Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen

F
- Frischzellentherapie

G
- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Decodermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtum-schaltung durch negative statische Elektrizität

H
- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I
- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- und hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-MehrschrittTherapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K
- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotographie
- Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)

L
- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M
- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin)
- und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuell Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N
- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O
- Osmotische Entwässerungstherapie

P
- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie
- Pyramidenenergiebestrahlung

R
- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitamine und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S
- Schwingfeld-Therapie

T
- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V
- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z
- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Gemäß Satz 1 wird für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendung begrenzt:

- **Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist.

- **Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von
  - Kohlenmonoxydvergiftung,
  - Gasgangrän,
  - chronischen Knocheninfektionen,
  - Septikämien,
  - schweren Verbrennungen,
  - Gasembolien,
  - peripherer Ischämie,
  - oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- **Klimakammerbehandlungen**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.

- Magnetfeldtherapie

Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathi-scher Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusserkrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten zerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung durch einen Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird der Nummer 4 des Hinweises 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

3. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Für die Entscheidung, welche Leistungen und Verordnungen im Einzelfall beihilfefähig sind, ist die jeweils für den Patienten maßgebliche Beihilfestelle zuständig. Im Zweifel sollte sich der Patient dort erkundigen.

Für Arzneiverordnungen hat sich das Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen in einem Merkblatt, welches nachfolgend abgedruckt ist, dahingehend geäußert, dass für die Beihilfefähigkeit im Wesentlichen die Grundsätze der Verordnungsfähigkeit in der GKV gelten.

Als **Faustregel für die Beihilfefähigkeit von Arzneimittelverordnungen** kann deshalb gelten:
Was in der GKV zu Lasten der Kasse verordnungsfähig ist, ist in der Regel auch beihilfefähig.

Auszug aus dem Merkblatt zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln (Stand 01/2006):

„...Die nunmehr vollständig in Kraft getretene Vorschrift des **§ 6 Abs. 1 Nr. 2 BhV** zur Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln lautet wie folgt:

„(1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für:

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen ...

2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch aufgrund von § 34 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen.

3. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr...“

Hierzu folgende ergänzende Hinweise:
Grundsätzlich sind die in Krankheitsfällen von einem Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker schriftlich verordneten Arzneimittel beihilfefähig. Bei beihilfefähigen Medikamenten vermindern sich gemäß § 12 Abs. 1 Satz 1 BhV, sofern nicht die Ausnahmeregelungen nach Satz 3 zutreffen, die beihilfefähigen Aufwendungen um 10 %, mindestens um 5,00 Euro, höchstens um 10,00 Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten des Mittels selbst.
Die nachfolgenden Regelungen des § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2b BhV sind für Aufwendungen anzuwenden, die **ab dem 01.08.2004** entstanden sind.
Gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2a BhV sind Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgrund § 92 Abs. 1

Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss) von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, nicht beihilfefähig.
Dazu gehören gem. § 34 Abs. 1 SGB V bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen, Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich
- Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen).

Ebenfalls nicht beihilfefähig sind verschreibungspflichtige Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (so genannte Lifestyle-Präparate). Dazu zählen insbesondere Medikamente, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses eingesetzt werden.
Eine **Auflistung der von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen verschreibungspflichtigen – und damit nicht mehr beihilfefähigen – Arzneimittel** enthält die „Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) – zuletzt geändert am 18. Juli 2008 – veröffentlicht im Bundesanzeiger 2008; Nr. 112: S. 2746, in Kraft getreten am 30. Juli 2008. Beschlüsse zu Änderungen der Arzneimittelrichtlinien sowie der Text der Arzneimittelrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung sind im Übrigen auch auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses http://www.g-ba.de/ verfügbar. **Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen.** Die Verordnung dieser Arzneimittel ist nach § 34 Abs. 1 Satz 2 ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als **Therapiestandard** gelten.
Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie aufgrund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt.
Ein Arzneimittel gilt als Therapiestandard, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entspricht.
Die vorerwähnten Merkmale müssen erfüllt sein und durch ein aktuelles, ärztliches Attest zur Verordnung dieses Medikaments bescheinigt werden.
Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 16.03.2004 beschlossene „Ausnahmeliste“ für so genannte OTC-Präparate („over-the-counter“, nicht verschreibungspflich-tige Arzneimittel) enthält beispielsweise Acetylsalicylsäure („Aspirin“) zur Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall.
Die **vollständige Ausnahmeliste mit allen anerkannten schwerwiegenden Erkrankungen und den dazugehörigen Arzneimittel- bzw. Wirkstoffgruppen** ist ebenfalls in der Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16.03.2004 enthalten. Siehe auch: **Merkblatt zur Beihilfefähigkeit von Arznei- und Verbandmitteln**
unter http://zope.dz-portal.de/Formularcenter/Documents/BHM002
Nicht betroffen von den Einschränkungen sind Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

„...Die in den BhV vorgeschriebene Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien im Beihilferecht – parallel zu der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – wird bei vielen Beihilfeberechtigten zu Mehrkosten führen, weil von dieser Regelung zahlreiche Medikamente betroffen sind, deren Aufwendungen nach bisherigem Recht als beihilfefähig anerkannt werden konnten...“

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

A. Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden:

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► „Gebühren in besonderen Fällen" – Abschnitt A übersehen? (Auszug)...
Übersehen wird dabei der komplette Abschnitt A, den es bereits in der GOÄ 1982 gab. ...
Was aber versteckt sich hinter dem Abschnitt A? Die Überschrift lautet „Gebühren in besonderen Fällen" und ist damit wenig aufschlussreich. Der Text listet alle Leistungen auf, die nach „Maßgabe des § 5 GOÄ nur – zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes" berechnet werden dürfen. Hier findet man beispielsweise das Rezept nach Nr. 2 GOÄ, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ, venöse und Kapillarblutentnahme (Nrn. 250 und 250 a GOÄ), Zuschläge aus dem Abschnitt Ultraschall (Nrn. 402 und 406 GOÄ), einige Leistungen aus dem Bereich der Lungenfunktion (Nrn. 605 – 617 GOÄ), verschiedene EKGs (Nrn. 650 und 651 GOÄ) sowie Leistungen aus dem Abschnitt F (Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie), den Abschnitten G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), H (Geburtshilfe und Gynäkologie), I (Augenheilkunde), J (Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde) und die Nrn. 4850 – 4873 aus dem Abschnitt N (Histologie, Zytologie, Zytogenetik) GOÄ.
Begründet wurde die Einschränkung des Gebührenrahmens mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil der Leistungen und der Möglichkeit, diese mithilfe von Hilfskräften oder Apparaten erbringen zu lassen. ...
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 38 (21.09.2007), Seite A-2608 oder im GOÄ Ratgeber www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ-Nrn.
B	Grundleistungen u. allgemeine Leistungen	2 und 56
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	250, 250a, 402, 403
E	Physikalisch-medizinische Leistungen	alle Leistungen dieses Abschnittes
F	Innere Medizin / Kinderheilkunde Dermatologie	602, 605–617, 620–624, 635–647, 650, 651, 653, 654, 657–661, 665–666, 725, 726, 759–761
G	Neurologie / Psychiatrie u. Psychotherapie	855–857
H	Geburtshilfe und Gynäkologie	1001 und 1002
I	Augenheilkunde	1255–1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268–1270
J	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1401, 1403–1406, 1558–1560
N	Histologie, Zytologie und Zytogenentik	4850–4873
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie u. Strahlentherapie	alle Leistungen dieses Abschnittes
M	Laboratoriumsuntersuchungen	alle Leistungen
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	nur Nr. 437*

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_3,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Der Behandlungsfall (1): Beratung/Untersuchung

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 103, Heft 13 (31.03.2006), Seite A-877) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4233

...„Die Allgemeinen Bestimmungen und die Ausschlüsse der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu einzelnen Gebührenpositionen sind teilweise verwirrend. Besondere Schwierigkeiten bereiten die Einschränkungen zum „Behandlungsfall", der in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B der GOÄ wie folgt definiert ist: „Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes." Der Behandlungsfall selbst, insbesondere der Zeitraum und die Kriterien aus den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B GOÄ werden aus Platzgründen in einem der nachfolgenden GOÄ-Ratgeber ausführlich erläutert.

Hier geht es um die Einschränkung der Beratungs- und Untersuchungsleistungen in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B – „Die Leistungen nach den Nummern (Nrn.) 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C [ab Nr. 200 GOÄ] bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig" –, die sich als besonders schwierig in der Umsetzung herausgestellt haben. Ein Beispiel soll die Anwendung erläutern:

Ein Student kommt am 13. Januar mit einem neu aufgetretenen grippalen Infekt zum Arzt. Der Patient schildert, dass er sich sehr schlapp fühle, Schnupfen, Hals-, Kopf- und Gliederschmerzen habe, jedoch keine Medikamente einnehmen wolle und nur zum Ausschluss einer Lungenentzündung gekommen sei. Der Arzt auskultiert und perkutiert Herz und Lunge, schaut in den Mund und Rachen und berät den Patienten. Der Blutdruck wird von der Helferin gemessen und ist normal. Der Arzt stellt eine Rhinitis und geringgradige Pharyngitis fest, Bronchitits oder Pneumonie bestehen nicht. Der Arzt kann für diesen Termin die Nrn. 1 (Beratung) und 7 GOÄ (Untersuchung eines vollständigen Organsystems; hier Brustorgane) ansetzen.

Der Patient kommt am 16. Januar wieder in die Praxis und schildert, dass er weiterhin Schnupfen und Halsschmerzen habe und sich schlapp fühle. Die Helferin misst den Blutdruck. Der Arzt auskultiert und perkutiert Herz und Lunge, schaut in den Rachen. Der Herz-Lungen-Befund ist unverändert, lediglich die Pharyngitis hat zugenommen. Der Arzt berät den Studenten kurz. Der Arzt kann in diesem Fall die Nrn. 1 (Beratung) und 7 GOÄ (Untersuchung Brustorgane) ansetzen. Die Nummer (Nr.) 1 GOÄ kann hier angesetzt werden, weil daneben keine anderen Leistungen nach den Abschnitten C (zum Beispiel Verband) bis O (zum Beispiel Röntgen) stehen. Die Nrn. 6, 7 und 8 GOÄ unterliegen keinen Beschränkungen im Behandlungsfall, auch nicht, wenn daneben Leistungen (ab Nr. 200 GOÄ) stehen.

Am 20. Januar stellt sich der Patient erneut vor, weil er glaubt, dass er inzwischen eine Lungenentzündung habe, auch wenn er sich sonst gut fühle. Er erwähnt dabei, dass er nächste Woche eine schwierige Klausur schreiben müsse. Der Arzt auskultiert und perkutiert die Lunge und schaut in den Rachen. Es ergibt sich eine wesentliche Befundbesserung. Er berät den Patienten ausführlich (mehr als 10 Minuten). Der Arzt kann die Nrn. 3 (Ausführliche Beratung) und 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) ansetzen. Die Kriterien zur vollständigen Untersuchung der Brustorgane nach Nr. 7 GOÄ sind hier nicht erfüllt. Die Nr. 5 GOÄ ist auch bei mehreren symptombezogenen Untersuchungen (Hals, Lunge) nicht mehrfach ansatzfähig."

► Der Behandlungsfall (2): Schwierige Definition

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 15 (14.04.2006), Seite A-1027) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4234

Die Allgemeinen Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu einzelnen Begrifflichkeiten sind nicht immer einfach zu verstehen. Besondere Schwierigkeiten bereitet auch zehn Jahre nach Einführung der geltenden GOÄ 96 der Begriff des „Behandlungsfalls". Der Begriff „Behandlungsfall" wurde dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab entlehnt und sollte zur Konkretisierung des bis dahin verwendeten Begriffs „Krankheitsfall" dienen.

Der „Behandlungsfall" ist in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B der GOÄ definiert: „Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes."

Kontrovers diskutiert wird die Definition und Abgrenzung „derselben Erkrankung". Häufig werden alle Komplikationen einer Erkrankung bereits als neuer „Behandlungsfall" betrachtet. Dabei muss beachtet werden, dass der Verordnungsgeber im normalen „Behandlungsfall" beispielsweise die mehrfache Vergütung der Beratung nach Nr. 1 GOÄ und der symptombezogenen Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ einschränken wollte. Tritt etwa bei der Behandlung einer verschmutzten Schnittwunde eine Infektion auf, die antibiotisch behandelt werden muss, so ist dies als derselbe „Behandlungsfall" zu werten. Tritt jedoch bei einem Grundleiden eine deutliche Verschlechterung ein, erleidet etwa ein Patient mit einer bekannten Arteriosklerose eine transitorisch ischämische Attacke, so handelt es sich um einen neuen „Behandlungsfall", da erneut eine Aufklärung und Beratung medizinisch notwendig werden. Ein ähnlicher Fall liegt vor, wenn bei einem Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus eine Polyneuropathie neu festgestellt wird.

Schwieriger wird die Abgrenzung, wenn mehrere „Behandlungsfälle" dadurch parallel laufen, weil während der Behandlung der „ersten" Erkrankung eine „zweite" und unter Umständen noch weitere hinzukommen. Um die Abgrenzung der „Behandlungsfälle" zu verdeutlichen, Missverständnissen vorzubeugen und die Erstattung zu erleichtern, sind eindeutige Hinweise wie „neuer Behandlungsfall" amersten Behandlungstag auf der Rechnung hilfreich. Gut wäre auch, wenn die Diagnose des neuen „Behandlungsfalls" an dieser Stelle ebenfalls vermerkt wäre, was jedoch in der Praxis aufwendig ist. Notwendig ist auf jeden

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_4,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Fall eine gute Dokumentation der Daten und Diagnosen in den (elektronischen) Krankenakten, damit auch die Rechnungserstellung ohne zeitaufwendige Rückfragen und Missverständnisse erfolgen kann.
Der Zeitraum „eines Monats" ist als Kalendermonat zu verstehen. Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird die Monatsfrist in § 188 Abs. 2 so definiert, dass der Tag des Behandlungsbeginns bei der Berechnungsfrist nicht mitzählt. Wird ein Patient wegen einer neuen Erkrankung erstmalig am 2. Februar 2006 behandelt, so beginnt bei der Fortführung dieser Behandlung gebührenrechtlich ein neuer „Behandlungsfall" am 3. März 2006, am 4. April 2006, am 5. Mai 2006, am 6. Juni 2006 und so weiter. Eine Eselsbrücke: Monat plus eins und Tag plus eins..."

► **Der Behandlungsfall (3): Einschränkungen**
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 17 (28.04.2006), Seite A-1172) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4234.4235
... „Der „Behandlungsfall" – „Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes" – und die darauf bezogenen einschränkenden Bestimmungen in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind häufig Grund für Auslegungsprobleme. Die Definition des „Behandlungsfalls" (Zeitraum, dieselbe Erkrankung etc.) wurde im letzten GOÄ-Ratgeber (DÄ, Heft 15/2006) erläutert.
Besondere Schwierigkeiten bereiten dabei die Einschränkungen zum „Behandlungsfall" in Bezug auf Beratung und Untersuchung: „Die Leistungen nach den Nummern (Nrn.) 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C [ab Nr. 200 GOÄ] bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig." Beispiele bei denen die Einschränkungen nicht greifen, wurden im GOÄ-Ratgeber „Der Behandlungsfall – Beratung/Untersuchung" (DÄ, Heft 13/2006) publiziert. Im heutigen Ratgeber werden Beispiele aufgeführt, bei denen die Allgemeinen Bestimmungen zu einer Einschränkung der Berechnung führen. Die Beispiele sind bewusst sehr theoretisch gehalten, weil es hier nicht um die medizinische Plausibilität geht, sondern um die beispielhafte Erläuterung der Abrechnungsbeschränkungen.
Ein Patient kommt am 13. Februar zum Arzt. Die Helferin misst den Blutdruck, der Arzt auskultiert und perkutiert Herz und Lunge, schaut in Mund und Rachen und berät den Patienten. Außerdem wird Blut abgenommen und in der Arztpraxis untersucht. Der Patient erhält zusätzlich eine Rotlichtbehandlung. Der Arzt kann für diesen Termin die Nummern (Nrn.) 1 (Beratung), 7 (Untersuchung eines vollständigen Organsystems; hier Brustorgane) und Nummer (Nr.) 538 GOÄ (Infrarotbehandlung) sowie die Gebührenpositionen für Blutabnahme und die Laborleistungen ansetzen. Der Ausschluss der Nr. 1 GOÄ neben Sonderleistungen kommt bei der ersten Inanspruchnahme nicht zum Tragen, so dass hier alle Leistungen berechnet werden können.
Der Patient kommt am 23. Februar mit derselben Erkrankung wieder in die Praxis. Der Arzt auskultiert die Lunge, schaut in den Rachen und berät den Patienten. Der Patient erhält zudem eine Infrarotbehandlung. Der Arzt kann in diesem Fall entweder die Nr. 1 GOÄ (Beratung, 80 Punkte) oder die Nr. 538 GOÄ (Infrarotbehandlung, 40 Punkte) ansetzen, da Nr. 1 GOÄ schon einmal im „Behandlungsfall" neben Sonderleistungen berechnet wurde. Die Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) kann auf jeden Fall berechnet werden, weil die Nr. 5 GOÄ in diesem „Behandlungsfall" noch nicht neben Sonderleistungen (ab Nr. 200 GOÄ) berechnet wurde.
Am 13. März stellt sich der Patient erneut mit derselben Erkrankung vor. Der Arzt auskultiert die Lunge, berät den Patienten kurz und nimmt Blut ab, welches in der eigenen Praxis untersucht wird. Der Patient erhält außerdem eine Infrarotbehandlung. Der Arzt kann die Nrn. 1 (Ausführliche Beratung) und 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) nicht erneut neben Sonderleistungen (Infrarotbehandlung, Labor) ansetzen, weil es sich um den Zeitraum eines Monats handelt, ein neuer „Behandlungsfall" gilt erst ab dem 14. März. Der Arzt kann jedoch die für ihn günstigere Variante (Beratung und Untersuchung versus Infrarotbehandlung und Labor) in Rechnung stellen."

Kommentar:

Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK (5. Sitzung vom 13. März 1996): Definition des Behandlungsfalles

Der Behandlungsfall ist (in Bezug auf eine Erkrankung) dann verstrichen, wenn sich der Monatsname geändert und das Datum um mindestens eins erhöht hat.
Mit jeder **neuen** Diagnose beginnt ein **neuer** Behandlungsfall.

2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Kommentar:

Die GOÄ versteht unter dem ,,Behandlungsfall" den einzelnen Krankheitsfall, der – wenn es keine Überlagerung mit einer weiteren neuen Erkrankung gibt – einzeln zu liquidieren ist.
So kann z.B. als erste Krankheit eine Bronchitis Anfang Dezember diagnostiziert werden, und gegen Ende Dezember wird als zweite Krankheit und damit als zweiter Behandlungsfall eine Gastroenteritis behandelt. In beiden Fällen ist die Nr. 1 neben anderen GOÄ-Nrn. abrechenbar.
Es gelten die Einschränkungen, die sich aus den Ausschlüssen ergeben.

3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.

Kommentar:
Bei mehrfachem Ansatz der Nrn. 1, 5, 6, 7 und/oder 8 müssen zwar die Uhrzeiten angegeben werden, aber im Gegensatz zum mehrfachen Ansatz der Nr. 3 ist nicht generell eine Begründung erforderlich, sondern diese ist nur auf Verlangen zu geben, d.h. in der Regel bei Beanstandung der Rechnung durch die private Krankenversicherung.

4. **Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.**
5. **Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.**
6. **Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.**
7. **Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.**
8. **Neben einer Leistung nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.**

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Abrechnung von Untersuchungsleistungen
Dipl.-Verw.-Wiss. Martin Ulmer – Deutsches Ärztblatt 107, Heft 45 (12.11.2010), S. A-2256 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108. 4144.4228.8863
Der Leistungsinhalt einer „Eingehenden neurologischen Untersuchung" (Nr. 800 GOÄ) beziehungsweise einer „Eingehenden psychiatrischen Untersuchung" (Nr. 801 GOÄ) wurde vom Verordnungsgeber nicht exakt definiert und muss somit regelmäßig durch Auslegung ermittelt werden. Demgegenüber sind die Abrechnungsvoraussetzungen für die „körperlichen Untersuchungen" nach den Nummern 5 bis 8 GOÄ fast bis ins letzte Detail vorgegeben. Diese Gebührenpositionen beschreiben dabei nach der Begründung des Verordnungsgebers zur Dritten Änderungsverordnung der GOÄ Grundleistungen zur körperlichen Untersuchung mit einfachen physikalischen Mitteln (zum Beispiel Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Reflexprüfung). Dementsprechend fallen diese Leistungen bei der Diagnostik und Verlaufskontrolle einer Erkrankung regelmäßig an und gehören mit zu den am häufigsten abgerechneten Gebührenpositionen.
Die umfassende Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus nach der Nr. 8 GOÄ schließt dabei die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie eine orientierende neurologische Untersuchung ein. Zudem ist die Erhebung des Ganzkörperstatus zwingender Bestandteil der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen nach der Nr. 29 GOÄ. Dementsprechend können diese Leistungen von denjenigen Arztgruppen abgerechnet werden, denen die Erhebung des Ganzkörperstatus weiterbildungsrechtlich zugeordnet werden kann. Dazu gehören praktische Ärzte, Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte und Chirurgen.
Weiterhin sind in den Nummern 6 und 7 GOÄ verschiedene Untersuchungen von Organsystemen beschrieben, die häufig bestimmten Fachgebieten zugeordnet werden können (zum Beispiel vollständige körperliche Untersuchung aller Augenabschnitte oder des gesamten HNO-Bereichs). Nach der entsprechenden Leistungsbeschreibung setzt etwa die Abrechnung der Nr. 7 GOÄ für die Untersuchung der Stütz- und Bewegungsorgane die Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe voraus. Die Untersuchung des gesamten Hautorgans nach Nr. 7 GOÄ erfordert die Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute. Für die – im hausärztlichen Bereich häufig erforderliche – Untersuchung der Brustorgane kann die Nr. 7 GOÄ angesetzt werden, wenn eine Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie eine Blutdruckmessung erfolgt ist.
Werden körperliche Untersuchungen durchgeführt, die die vom Verordnungsgeber aufgestellten Abrechnungsvoraussetzungen für eine vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems im Sinne der Nummern 6 und 7 GOÄ nicht erfüllen, kann hierfür der Ansatz der Nummer 5 GOÄ (Symptombezogene Untersuchung) erfolgen. Dies betrifft zum Beispiel die isolierte Untersuchung einer Handverletzung oder die gezielte Untersuchung einer auffälligen Hautveränderung. Da eine Kombination oder ein Mehrfachansatz der Nummern 5 bis 8 GOÄ ausgeschlossen ist, kann die medizinisch erforderliche Untersuchung mehrerer Organsysteme bei der Anwendung des Steigerungsfaktors, gegebenenfalls auch oberhalb des Schwellenwerts, berücksichtigt werden.

► Palliativmedizinische Versorgung I
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 14 (08.04.2011), S. A-808 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp? his=1.108.4144. 4228.9214
Angesichts der zahlreichen, in Teilen sehr unterschiedlichen Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung durch Haus- und Fachärzte und der dort zur Abrechnung aufgeführten Pauschalen, fragt man sich, wie derartige Leistungen bei der palliativmedizinischen Betreuung von Privatpatienten nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können. Pauschalen sind nach der GOÄ nicht berechnungsfähig.
Im Vordergrund bei den Verträgen zur palliativmedizinischen Versorgung der Patienten durch Haus- und Fachärzte stehen vor allem unterschiedliche Arten von Gesprächen (wie Gespräche mit dem Patienten, den Angehörigen, Konsile mit dem Kran-

kenhausarzt und/oder dem Palliativarzt, dem Pflegedienst) und weitere koordinierende Tätigkeiten, die in einem weiteren Ratgeber thematisiert werden.
Im Hausbesuch nach Nr. 50 GOÄ sind eine Beratung (nach Nr. 1 GOÄ) und eine symptombezogene Untersuchung (nach Nr. 5 GOÄ) enthalten. Diese Beratung und Untersuchung sind folglich in den ergänzenden Bestimmungen zu Nr. 50 GOÄ explizit ausgeschlossen. Für einen Besuch mit einem besonders zeitaufwendigen Gespräch könnte die Nr. 50 GOÄ mit entsprechender Begründung (§§ 5 Abs. 2 und 12 Abs. 3 GOÄ) angemessen gesteigert werden.
Die eingehende Beratung nach Nr. 3 GOÄ ist durch die ergänzenden Bestimmungen („einzige Leistung") neben der Nr. 50 GOÄ ausgeschlossen. Andere Gesprächsleistungen (wie die Nr. 34 GOÄ) sind dagegen nicht ausgeschlossen. Zwingend ist aber, dass der Leistungsinhalt und die Mindestdauer (Nr. 34 GOÄ: „Dauer mindestens 20 Minuten") erfüllt wurden. Bei Leistungen, deren Leistungslegende eine Angabe der Mindestdauer enthält, muss die Mindestdauer unbedingt auf der Rechnung angegeben werden (§ 12 Abs. 2 Ziffer 2 GOÄ) damit die Rechnung fällig wird.
Die „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken" nach Nr. 4 GOÄ wird möglicherweise in einem bestimmten Krankheitsstadium bei diesen Patienten notwendig werden und ansetzbar sein.
Die „Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten" nach Nr. 849 GOÄ könnte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch den Hausarzt oder Facharzt ebenfalls notwendig werden und bei Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik und Behandlung im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung angesetzt werden.
Beratungsleistungen, mit Ausnahme der Nr. 4 GOÄ, sind grundsätzlich nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sollten bei diesen besonderen Patienten zwei Gespräche (wie eine telefonische und eine Beratung im Rahmen eines Hausbesuchs oder in einer Praxis) an einem Tag notwendig sein, so können durch die Angabe der Uhrzeiten zu den Leistungen auf der Rechnung Missverständnisse und Rückfragen vermieden werden.

► Palliativmedizinische Leistungen II
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 16 (22.04.2011), S. A-920 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144. 4228.9215
Die Abrechnung von Gesprächsleistungen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung von Privatpatienten nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurde im letzten GOÄ-Ratgeber (Heft 14/2011) thematisiert. Nachfolgend sollen koordinierende und planerische Leistungen besprochen werden.
Für die „Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt" kann die Nr. 60 GOÄ angesetzt werden. Hierüber werden vor allem die Gespräche des Haus- oder Facharztes mit dem behandelnden Krankenhausarzt, dem Palliativarzt und anderen Fachärzten vergütet.
Zu beachten ist, dass eine Berechnung der Nr. 60 GOÄ für Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft mit ähnlichen Fachrichtungen (wie Allgemeinmedizin und Innere Medizin) nach den ergänzenden Bestimmungen zur Nr. 60 GOÄ ausgeschlossen ist. Die Nr. 60 GOÄ kann neben der Nr. 50 GOÄ angesetzt werden, wenn der Patient im Krankenhaus vom Haus- oder Facharzt besucht wird. Dieser Besuch kann im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung durch Haus- und Fachärzte notwendig und sinnvoll sein, damit die reibungslose Überleitung des Patienten vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung oder in ein Hospiz gelingt.
Die Leistungslegende der Nr. 15 GOÄ lautet „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken". Im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung durch den Haus- (oder Fach-)arzt werden die flankierende und kontinuierliche Koordination verschiedener Fachärzte, Einrichtungen (Krankenhaus) und pflegerischer Dienste sowie die Einleitung entsprechender therapeutischer und sozialer Maßnahmen in der Regel notwendig. Die Nr. 15 GOÄ ist nur einmal je Kalenderjahr ansatzfähig. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Leistung erst nach Ablauf eines Jahres angesetzt werden kann, sondern die Berechnung kann sinnvollerweise zu Beginn der Betreuung und Einleitung der entsprechenden Maßnahmen im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung angesetzt werden.
Die Nr. 78 GOÄ lautet: „Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt." Diese Leistung kann im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung tumorkranker Patienten erforderlich sein.
Wann die Nr. 78 GOÄ analog angesetzt werden kann, wird in der Kommentierung nach Brück et al. so ausgeführt: „Eine Analogabrechnung der Nr. 78 kommt nur in Betracht, wenn die Schwierigkeit der Erstellung eines solchen Behandlungsplans mit den in der Leistungslegende zu Nr. 78 genannten Anlässen vergleichbar wäre (zum Beispiel schwerer rheumatischer Systemerkrankung)." Auch wenn es sich nicht um einen tumorkranken Patienten in der palliativmedizinischen Versorgung handelt, so könnte ein ausführlicher schriftlicher, für den jeweiligen Patienten individuell erstellter Behandlungsplan erforderlich werden, der dem Inhalt der Nr. 78 GOÄ gleichwertig ist und damit die Kriterien für einen analogen Ansatz der Nr. 78 GOÄ erfüllt.

I Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

IGeL – Umweltmedizinische Grundleistungen

Empfehlung der Ärztekammer Nordrhein zur Abrechnung ärztlicher umweltmedizinischer Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

In der gegenwärtigen Situation werden zunehmend umweltmedizinische Leistungen nachgefragt und auch qualitativ hochwertig erbracht. Aus Gründen der Rechtssicherheit sowohl für die Auftraggeber, wie auch für die ärztlichen Auftragnehmer ist es notwendig, dass die erbrachten ärztlichen umweltmedizinischen Leistungen angemessen vergütet werden. Grundlage hierzu ist die GOÄ, soweit keine anderen gesetzlichen Vereinbarungen bestehen. Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Abrechnung umweltmedizinischer Leistungen liegen derzeit nicht vor. Die Ärztekammer Nordrhein empfiehlt daher folgendes Vorgehen nach GOÄ *(von den Autoren wurde die Tab. modifiziert wiedergegeben):*

1. Umweltmedizinische Grundleistungen

Beratungen[1]	**GOÄ-Nr. u. Legende**	**Betrag in €**
Umweltmedizinische Beratung, auch Tel., ggf. inkl. der Zusendung von Informationsmaterial u./o. des	**Nr. 1** Beratung – auch mittels Fernsprecher	10,72 € (2,3facher Satz)
umweltmedizinischen Patientenfragebogens mit Begleitbrief	Sachkosten gemäß § 10 GOÄ (Porto)	
Umweltmedizinisches Beratungsgespräch unter Auswertung des Patientenfragebogens zur Umweltanamnese, ggf. unter Bewertung von Vorbefunden und Berücksichtigung spezifischer, biologischer Wirkung von Umweltfaktoren, mit einer **Dauer von mehr als 10 min**	**Nr. 3:** „Eingehende das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Tel. –“ *(Mindestdauer 10 min)*	**20,11 €** (2,3facher Satz)
Eine deutlich längere Gesprächsdauer kann über den Gebührenrahmen (Faktor 2,4–3,5) berücksichtigt werden.		**30,60 €** (3,5facher Satz)
Bei außergewöhnlich langer Gesprächsdauer besteht im Einzelfall nach persönlicher Absprache die Möglichkeit einer Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ mit Überschreiten des 3,5fachen Faktors.		

Untersuchung	**GOÄ-Nr. u. Legende**	**Betrag in €**
Körperliche umweltmedizinische Untersuchung -Ganzkörperstatus (umweltmedizinisch immer vollständig inkl. orientierender neurologischer Prüfung) mit Dokumentation bei besonderer Berücksichtigung spezifischer, biologischer Wirkung von Umweltfaktoren	**Nr. 8:** „Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, ggf. einschließlich Dokumentation“ *Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhaut, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie eine orientierende neurologische Untersuchung*	**34,86 €** (2,3facher Satz)
Bericht[1]	**GOÄ-Nr. u. Legende**	**Betrag in €**
Umweltmedizinischer Bericht (bis 2 Seiten DIN A 4) mit einer umweltmedizinischen gutachterlichen Beurteilung – ggf. unter Einbeziehung umweltmedizinischer Messergebnisse -	**Nr. 80:** „Schriftliche gutachterliche Äußerung	**40,22 €** (3,5facher Satz)
Ein deutlich längerer Bericht kann über den Gebührenrahmen (Faktor 2,4–3,5) berücksichtigt werden.		**61,20 €** (3,5facher Satz)
	Nr. 95: „Schreibgebühr, je angefangene DIN A 4-Seite“	**3,50 €**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Vorortbegehung: Die ärztliche Vorortbegehung erfordert spezielle fachübergreifende Kenntnis und eine geeignete Ausstattung, eine Qualitätssicherung mit Zertifizierung sollte vorliegen (ISO 9002 2000)

Vorortbegehung[1]	GOÄ-Nr. u. Legende	Betrag in €
Vorortbegehung mit dem Patienten, bei Auffälligkeit mit Fotodokumentation	**Nr. 50:** „Besuch einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung“	**42,19 €** (2,3facher Satz)
Eine längere Begehung (z. B. **mehr als 30 Min.)** kann über den Gebührenrahmen (Faktor 2,4–3,5) berücksichtigt werden.		**65,28 €** (3,5facher Satz)
Messung der raumklimatischer Parameter und der Materialfeuchte, ggf. einschl. Probenahme und dem Freilegen von Baumaterialien	**Nr. 651 analog:** „EKG in Ruhe – auch ggf. nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mind. 9 Ableitungen)“	**26,54€** (2,3facher Satz)
Schriftl. Ergebnisbericht mit gutachterlicher Beurteilung und ggf. mit Darstellung des weiteren Vorgehens.	Nr. 80 „Schriftl. Gutachterliche Äußerung“	**40,22 €** (2,3facher Satz)
Sachkosten gemäß § 10 GOÄ (Fotos)		

[1] **Ausschlüsse:** Die Nr. 3 GOÄ für die Beratung ist für die gleiche Sitzung (den gleichen Arzt-PatientenKontakt) neben den folgenden Gebührennummern bzw. Leistungen **nicht** berechnungsfähig: Nr. 1 GOÄ, Nr. 80 GOÄ, Nr. 50 GOÄ, Laboruntersuchungen und Allergietests.

Fahrtkosten bis 25 Km (Wegegeld): bis zu 2 Km 3,58 €,
mehr als 2 Km bis zu 5 Km 6,65 €,
mehr als 5 Km bis zu 10 Km 10,23 €,
mehr als 10 Km bis zu 25 Km 15,34 €.
Bei Nacht gilt ein höheres Wegegeld, siehe § 8 GOÄ.

Fahrtkosten über 25 Km (Reiseentschädigung): 26 Cent pro zurückgelegtem Kilometer bei Benutzung des eigenen Kraftwagens, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen. Zudem bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 €, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 €.

2. Weitere zur Diagnose führenden Sonderleistungen, einschließlich Laborleistungen sind den entsprechenden Kapiteln der GOÄ zu entnehmen.

3. Anmerkungen:

Bei Erbringen dieser umweltmedizinischen Leistungen bei gesetzlich versicherten Patienten sind die Vorschriften des Bundesmantelvertrag-Ärzte (§§ 3 und 18 für die RVO-Kassen bzw. §§ 2 und 21 für die Ersatzkassen) zu beachten.

In der Anlage findet sich unter der Internetadresse http://www.aekno.de/downloads/aekno/goe-abrechnung_umweltmed_leistungen.pdf ein Umweltmedizinischer Patientenfragebogen.

1 Beratung – auch mittels Fernsprecher

80 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 1 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2, 3, 21 – 34, 45, 46, 48, 50, 51, 376 – 378, 435, 448, 449, 804, 806 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887, K1

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Berechenbarkeit der GOÄ Nr. 4 neben Nr. 1 GOÄ (6. Sitzung vom 21. Mai 1997)**
Die Nrn. 4 und 1 der GOÄ sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 1 und 4 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Person richten, wie dies zum Beispiel der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerst kommunikationsgestörten Patienten. In allen anderen Fällen ist die Nebeneinanderberechenbarkeit möglich.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 30.9.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – Behandlung neben Sonderleistungen –**
Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes (Faustregel: der Behandlungsfall ist dann verstrichen, wenn sich der Monatsname geändert und das Datum um mindestens 1 erhöht hat).

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Neben der Leistung nach Nr. 1 sind z.B. die Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 11, 70, 75, 76, 80, 252, 253, 548, 551, 650, 651, 652, 800, 801, zu Unzeiten Zuschläge A-D abrechenbar.
Die Nr. 1 kann neben Leistungen aus den Abschnitten C bis O nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Bei Neuerkrankungen – nicht beim Rezidiv einer vorbestehenden Erkrankung – ist die Beratungsgebühr jederzeit zusätzlich zu den Leistungen der Abschnitte C bis O berechnungsfähig.
Wird die Beratung nach Nr. 1 außerhalb der Sprechstunde, zwischen 20 und 22 Uhr oder zwischen 6 und 8 Uhr, in der Nacht zwischen 22 und 6 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen erbracht, so sind die entsprechenden Zuschläge A, B, C oder D abzurechnen.
Die Nr. 1 darf nicht neben oder anstelle einer Visite oder Zweitvisite nach Nrn. 45, 46 berechnet werden.
Die Nr. 1 kann, wenn erforderlich mehrmals am Tage abgerechnet werden – Uhrzeitangabe erforderlich.
Es ist nicht empfehlenswert, eine Beratung oder Untersuchung analog abzurechnen, da es unerheblich ist, ob z.B. eine Beratung oder Untersuchung nach „homöopathischen", „neuraltherapeutischen" oder „chinesischen" Grundsätzen erfolgt.
Wenn eine Beratung mind. 10 Minuten dauert und aus Abrechnungsgründen nicht nach der Nr. 3 abgerechnet werden kann, so ist nach Kommentar von **Brück** ein höherer Steigerungsfaktor möglich (Begründung für die Überschreitung des Schwellenwertes ist die Zeitdauer).

IGeL: Nr. 1 ist eine typische Beratungsleistung, die im Rahmen fast aller IGeL-Leistungen erbracht wird. Siehe auch ausgedehnte Hinweise bei GOÄ-Nr. 3.

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

30 3,15
1,75 4,37

Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 2 sind keine weiteren Nrn. abrechnungsfähig.

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer: Berechnung bei ambulanter Behandlung (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Die „Inanspruchnahme des Arztes" in der Legende der Nr. 2 ist zu verstehen als „Inanspruchnahme der Praxis", da die Helferin auf Anweisung des Arztes tätig wird. Nr. 2 GOÄ ist deshalb nur als alleinige Leistung berechenbar.
Berechnung im stationären Bereich (12. Sitzung vom 4. November 1997)
Die Leistung nach Nr. 2 GOÄ-Gebührenordnungsverzeichnis ist im Rahmen der wahlärztlichen Behandlung im stationären Bereich in der Regel nicht berechenbar.
Dadurch, dass die Legende der Nr. 2 auf eine „Inanspruchnahme des Arztes" abgestellt ist und die Berechenbarkeit der Nr. 2 anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden darf (Anmerkung zu Nr. 2 GOÄ), sieht der Ausschuss die Messung von Körperzuständen als persönlich zu erbringende Leistung des Wahlarztes oder des ständigen ärztlichen Vertreters und hält eine Delegation dieser Leistung im Krankenhaus für ausgeschlossen.

Kommentar: Die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Behandlungsanweisungen z.B. durch die Arzthelferin darf auch telefonisch erfolgen und ist dann mit der Nr. 2 abrechnungsfähig. Ist der Arzt für die Übermittlung erforderlich, so ist die Nr. 1 abrechnungsfähig.
Die Übermittlung von Befunden oder Anweisungen durch den Arzt ist auch dann abrechnungsfähig, wenn sie an eine Bezugsperson, die den Patienten betreut oder pflegt, erfolgt.
Werden Kontrollen der Körperzustände – z.B. Blutdruck, Pulsmessung, Temperaturmessung, Gewichtskontrolle – durch die Arzthelferin durchgeführt, so kann die Nr. 2 angesetzt werden. Nach dem Kommentar von Wezel/Liebold genügt schon die Messung eines Zustandes zum Ansatz der Nr. 2.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

3 **Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher** **150** 20,11 8,74 30,60

Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.

Ausschluss: Neben Nr. 3 sind außer Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 keine weiteren Nrn. abrechnungsfähig.

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer – Abrechnungsbestimmung (9. Sitzung vom 13. März 1997)**
Der Ausschuss sieht keine Grundlage dafür, der mancherorts vertretenen Auslegung zu folgen, neben der Nr. 3 außer Leistungen nach Nrn. 5 bis 8, 800, 801 weitere Leistungen (zum Beispiel Sonderleistungen) berechnen zu können. Somit wird die bisherige Auffassung der Bundesärztekammer, wonach Nr. 3 entweder nur alleine oder nur und ausschließlich neben den in der Anmerkung genannten Nummern berechnet werden kann, bestätigt. Damit ist auch klargestellt, dass Nr 3 nicht neben Nr. 50 (Besuch) abrechenbar ist. Dass die Nr. 3 in der Anmerkung zur Nr. 50 fehlt, beruht einzig darauf, dass die Anmerkung zur Nr. 3 erst apät im Verordnungsverfahren (durch den Bundesrat) eingebracht wurde und deshalb redaktionell in der Anmerkung zu Nr. 50 „vergessen" wurde.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe unter Nr. 849 – Kein Geld für eingehende Beratung – Dr. med. Regina Klakow-Franck in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 37 (13.09.2002), Seite A-2437) – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4241&all=true

Kommentar: Die mehr als einmalige Berechnung der Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung. Mögliche Begründungen könnten sein:

- Symptome unklarer Genese
- Symptomvielfalt
- Kontrollbedürftiger Befund
- Aufklärung vor OP
- Aufklärung zur OP-Indikation
- Schwierige differentialdiagnostische-diagnostische-therapeutische Überlegung
- Medikamentöse Umstellung bei Therapieversagen oder Therapieressistenz
- Non-compliance
- Arzneimittelinteraktionen
- Akute Verschlechterung
- Zusätzliche, telefonische Inanspruchnahme, ausgelöst durch den Patienten/Patientin oder deren Bezugsperson
- Nach dem Kommentar von **Brück** ist die Nr. 3 auch während stationärer Behandlung bei einem Aufklärungsgespräch vor der Durchführung eines operativen Eingriffs abrechenbar, wenn das Gespräch außerhalb der Visite erfolgt.

Auf einen Blick: **Beratungen zu Unzeiten**
Alle Zuschläge (A, B, C, D) dürfen nach GOÄ nur mit dem 1fachen Satz berechnet werden
[1)] Nr. 3 nicht neben Sonderleistungen gestattet

Beratung – auch telefonisch			
GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	1-/2,3fach €[1)]
1+A	außerhalb der Sprechstunde	4,66 + 4,08	**10,73 + 4,08**
1+B+D	telefonisch am Samstag 20.30 Uhr	4,66 + 10,49 + 12,82	**10,73 + 10,49 + 12,82**
1+b+D	nachts 20 – 22 Uhr, 6 – 8 Uhr am Wochenende oder Feiertag	4,66 + 10,49 + 12,82	**10,73 + 10,49 + 12,82**
1+B	in der Nacht 20 – 22 Uhr, 6 – 8 Uhr	4,66 + 10,49	**10,73 + 10,49**
1+C	in tiefer Nacht 22 – 6 Uhr	4,66 + 18,65	**10,73 + 18,65**
1+C+D	in tiefer Nacht 22 – 6 Uhr am Wochenende o. Feiertag	4,66 + 18,65 + 12,82	**10,73 + 18,65 + 12,82**
1+D	tagsüber am Wochenende	4,66 + 12,82	**10,93 + 12,82**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Eingehende Beratungen – auch telefonisch			
3[1)]**+A**	außerhalb der Sprechstunde	8,74 + 4,08	**20,11 + 4,08**
3[1)]**+B+D**	am Samstag 20.30	8,74 + 10,49 + 12,82	**20,11 + 10,49 + 12,82**
3[1)]**+B**	in der Nacht 20 – 22 Uhr, 6 – 8 Uhr	8,74 + 10,49	**20,11 + 10,49**
3[1)]**+B+D**	nachts 20 – 22 Uhr, 6 – 8 Uhr am Wochenende	8,74 + 10,49 + 12,82	**20,11 + 10,49 + 12,82**
3[1)]**+C**	in tiefer Nacht 22 – 6 Uhr	8,74 + 18,65	**20,11 + 18,65**
3[1)]**+C+D**	in tiefer Nacht 22 – 6 Uhr am Wochenende o. Feiertag	8,74 + 18,65 + 12,82	**20,11 + 18,65 + 12,82**
3[1)]**+D**	am Wochenende	8,74 + 12,82	**20,11 + 12,82**
Beratungen in regelmäßiger Samstagssprechstunde			
1+1/2 D	Beratung in regelmäßiger Samstagssprechstunde	4,66 + 6,41	**10,73 + 6,41**
3[1)]**+1/2 D**	Eingehende Beratung in regelmäßiger Samstagssprechstunde	8,74 + 6,41	**20,11 + 6,41**

Tipp:

- Wird die Beratung nach Nr. 3 außerhalb der Sprechstunde, zwischen 20 und 22 Uhr oder zwischen 6 und 8 Uhr, in der Nacht zwischen 22 und 6 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen erbracht, so sind die entsprechenden Zuschläge A, B, C oder D abzurechnen.
- Wird die eingehende Beratung bei einem Kind bis zum vollendetem 4. Lebensjahr zusätzlich zu den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 erbracht, so ist der Zuschlag nach K1 abzurechnen.
- Die Nr. 3 darf nicht anstelle einer Visite (Nr. 45) oder Zweitvisite (Nr. 46) berechnet werden.

IGeL: Die Nr. 3 ist – wie auch die GOÄ-Nr. 1 – eine typische Beratungsleistung, die im Rahmen vieler IGeL-Leistungen erbracht wird, z.B.

- Jährliche Gesundheitsberatung
- Reisemedizinische Beratung, einschl. Impfberatung
- Sportmedizinische Beratung
- Medizinisch-kosmetische Beratung
- Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung
- Eingehende umweltmedizinsche Beratung
- Diät-Beratung ohne Vorliegen einer Erkrankung
- Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Erkrankung
- Künstliche Befruchtung außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Anthroprosophische Medizin
- Ernährungstherapie
- Beratung zum Aufbau einer Hausapotheke
- Beratung zur Einnahme von „Wunsch-Medikamenten“, z.B. zur Gewichtsreduktion, Aufbaupräparate etc.
- Alle weiteren Beratungen außerhalb der GKV

4 Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken.

220 29,49
12,82 44,88

Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 4 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 15, 20, 21, 25, 26, 30, 31, 34, 45, 46, 70, 435, 448, 449, 801, 806, 807, 816, 817, 835

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Berechenbarkeit der GOÄ Nr. 4 neben Nr. 1 GOÄ (6. Sitzung vom 21. Mai 1996)**
Die Nrn. 4 und 1 der GOÄ sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 1 und 4 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Per-

son richten, wie dies zum Beispiel der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerstkommunikationsgestörten Patienten. In allen anderen Fällen ist die Nebeneinanderberechenbarkeit möglich.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Zur Einbeziehung der Bezugsperson „aus einem außergewöhnlichen Grund"**

Dipl.-Verw.-Wiss. Martin Ulmer in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 25 (19.06.2009), S. A1328 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.7580

Die Leistungslegende der Nr. 4 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) „Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken" ist relativ allgemein gehalten, sodass sich immer wieder Auslegungsprobleme ergeben. Der Verordnungsgeber hat in der Begründung zur GOÄ-Novelle ausgeführt, dass die Anamnese und Besprechung eines Krankheitsfalls in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen (beispielsweise bei behinderten Kindern, bewusstseinsgestörten Patienten oder Unfallpatienten) schwierig und aufwendig sein könne. Dieser Aufwand werde durch die Gebühr nach Nr. 4 berücksichtigt. Im Kommentar zur GOÄ vom Deutschen Ärzte-Verlag wird angemerkt, dass in dieser Begründung die Motivation des Gesetzgebers zum Ausdruck komme, besonders aufwendige Fremdanamnesen und Besprechungen mit Bezugspersonen abzugelten.

Der Auffassung, nach der die Abrechnung der Nr. 4 GOÄ bei der Behandlung von Kindern generell unzulässig sei, weil hierbei immer das Gespräch über die Eltern oder sonstige Bezugspersonen erfolgen müsse, ist jedoch zu widersprechen. So hat das Landgericht Karlsruhe in einem Urteil vom 14. März 2001 (Az.: 1 S 90/99) ausgeführt: Bei der Behandlung eines Säuglings oder Kleinkindes könne die Nr. 4 statt der Nr. 1 GOÄ nicht regelhaft abgerechnet werden, da die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei normalem Gesundheitszustand den Regelfall darstelle und deshalb mit der Nr. 1 abgegolten sei. Nr. 4 sei jedoch berechnungsfähig, wenn der zweite Leistungsbestandteil, nämlich die Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en), vom Arzt erbracht werde. Hierbei müsse es sich aber, zur Unterscheidung von sogenannten normalen Fällen, um eine schwierige Führung der Bezugsperson handeln. Bei der Fremdanamnese finde Nr. 4 GOÄ Anwendung, wenn bei komplexen Krankheitsbildern eine aufwendige Fremdanamnese bei den Eltern des Patienten durchgeführt werden müsse, die vom Zeitaufwand her eine deutliche Abgrenzung zu den allgemeinen Beratungen erlaube. Somit sei der Ansatz der Nr. 4 unter Berücksichtigung des medizinischen Sachverhalts im Einzelfall zu beurteilen. Schließlich sei eine Abrechnung der Nrn. 1 und 4 GOÄ nebeneinander dann nicht möglich, wenn sich bei der Behandlung von Kleinkindern und Säuglingen sämtliche Leistungsbestandteile der Nrn. 1 und 4 (Anamnese, Beratung und Unterweisung) allein auf die Bezugsperson(en) beziehen.

In einem anderen Fall, der der Ärztekammer zur Beurteilung vorgelegt wurde, hatte eine Krankenversicherung bei einer über 80-jährigen Patientin mit Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, Non-Hodgkin-Lymphom, reaktiver Depression und demenzieller Entwicklung den Ansatz der Nr. 4 für die ausführliche Unterweisung des betreuenden Sohnes abgelehnt. Argumentiert wurde mit dem Hinweis, dass die Einbeziehung der Bezugsperson aus einem außergewöhnlichen Grund zwingend erforderlich sein müsse. Von einem „außergewöhnlichen Grund" ist in der GOÄ jedoch an keiner Stelle die Rede. Vielmehr ist der geschilderte Fall ein typisches Beispiel für den Ansatz der Nr. 4 GOÄ.

Kommentar:

Die Leistung nach Nr. 4 kann auch telefonisch erbracht werden. Es findet sich in der Gebührenordnung an keiner Stelle ein Ausschluss.

Die Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur 1 x abrechenbar. Der Behandlungsfall für die Behandlung **derselben** Erkrankung ist nach GOÄ (B. Allgemeine Bestimmungen) der Zeitraum eines Monats. Nach einem Kalendermonat ist die Nr. 4 erneut abrechenbar, aber auch wenn 2 verschiedene Erkrankungen in einem Monat auftreten, dann Nr. 4 entsprechend 2 x abgerechnet werden.

Die Nr. 4 darf nicht neben oder anstelle einer Visite oder Zweitvisite berechnet werden.

1. Beispiel:

Datum	**GOÄ Nrn.**	**Diagnose**
03.02.06	800 – **4**	Apoplex
04.03.06	800 – **4**	Apoplex (Kontrolluntersuchung)
Nach 4 Wochen beginnt am 3.3.02 ein neuer Behandlungsfall!		

2. Beispiel:

03.02.06	800 – **4**	TIA
15.02.06	7 + **4**	Herzinsuff, Alkoholabusus
Bei **neuer Erkrankung** beginnt ein **neuer Behandlungsfall**!		

Tipp:

- Neben der Leistung nach Nr. 4 sind z.B. die Leistungen nach den Nrn. 5 – 8, 11 und die Zuschläge A-D abrechenbar.
- Neben Nr. 4 sind möglich z.B. Nrn. 5, 6, 7, 8, Hausbesuche, 800, 801, 804, 806, 812, 816, 849!!

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Typisch sind folgende Situationen zur indirekten Beratung über dritte Personen:
  - Hausbesuch (Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn)
  - Krankenhaus (Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn
  - Pflegeheim (Familienmitglieder, Pfleger, Schwester)
  - Nach ambulanter Operation (Familienmitglieder, Freunde)
  - Gynäkologie (Lebenspartner)
- Wird die Leistung zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben A, B, C, D abrechenbar.

5 Symptombezogene Untersuchung

80 10,72
4,66 16,32

Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 6 – 8, 23 – 29, 45, 46, 50, 51, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1210 – 1213, 1217, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer – Zuschlag A im Zusammenhang mit Besuchsleistungen (Sitzung 13.3.96)
Wenn neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (Hausbesuch) eine berechenbare Untersuchungsleistung (z.B. nach Nr. 7) im Rahmen eines Hausbesuches „außerhalb der Sprechstunde“ (z. B. am Mittwochnachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7 damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar.

Mehrfachberechnung (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Auch wenn sich die symptombezogene Untersuchung auf unterschiedliche Organsysteme beziehungsweise unterschiedliche Erkrankungen bezieht, ist Nr. 5 nur einmal im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes berechnungsfähig. Die Leistungslegende zu Nr. 5 unterscheidet nicht, ob sie sich auf die Untersuchung eines oder mehrere Organsysteme beziehungsweise Erkrankungen bezieht. Seinen formalen Niederschlag findet dies in der GOÄ auch durch die Allgemeine Bestimmung Nr. 3 zu Abschnitt B I, wonach bei Mehrfachansatz der Nr. 5 an demselben Tag die **„jeweilige Uhrzeit“** anzugeben ist. Auch kann es nicht als sachgerecht angesehen werden, dass bei Mehrfachansatz der Nr. 5 eine höhere Bewertung als zum Beispiel für den Ganzkörperstatus nach Nr. 8 resultiert. Ist die vom Arzt durchgeführte symptombezogene Untersuchung besonders aufwendiger Art dadurch, dass im Bereich mehrere Organsysteme untersucht wird, so ist gegebenenfalls eine Abrechnung unter Überschreitung des Schwellenwertes angemessen.

Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase (13. Sitzung vom 3. Februar 1998)
Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leistungstätigkeit beispielsweise des Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung des Leistungsgeschehens. Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÖ abrechenbar ist.

In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (zum Beispiel Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten“ nicht gegeben. Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ). Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.9.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de)
Aufgrund der Allgemeinen Bestimmungen B- 1. – der GOÄ, sind die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 neben Leistungen aus den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Dies ist keine Interpretation, sondern „Text“ der Amtlichen Gebührenordnung! Diese Bestimmung betrifft sowohl die Nr. 1 als auch Nr. 5!

Beratung neben Sonderleistungen
Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes (Faustregel: der Behandlungsfall ist dann verstrichen, wenn sich der Monatsname geändert und das Datum um mindestens 1 erhöht hat).

Kommentar: Die Nr. 5 kann neben Leistungen aus den Abschnitten C bis O nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Bei Neuerkrankungen – nicht beim Rezidiv einer vorbestehenden Erkrankung – ist die Beratungsgebühr jederzeit zusätzlich zu den Leistungen der Abschnitte C bis O berechnungsfähig.
Wird die Beratung nach Nr. 5 außerhalb der Sprechstunde, zwischen 20 und 22 Uhr oder zwischen 6 und 8 Uhr, in der Nacht zwischen 22 und 6 Uhr oder an Sonn- und Feiertagen erbracht, so sind die entsprechenden Zuschläge A, B, C oder D abzurechnen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Wird die Beratung bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr zusätzlich zu den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 erbracht, so ist der Zuschlag nach K1 abzurechnen.
Wird die symptombezogene Untersuchung im Zusammenhang mit einem Hausbesuch erbracht und dieser z.B. durchgeführt

- unverzüglich oder
- zu speziellen Zeiten wie in der Legende der Zuschläge F, G und H angegeben oder
- bei einem Kind bis zum 4. Lebensjahr,

so sind die entsprechenden Zuschläge nach den Buchstaben E bis H, J, K2 zusätzlich abrechenbar. **Ein Zuschlag nach dem Buchstaben A kann im Zusammenhang mit einem Hausbesuch abgerechnet werden.** (Siehe unter Nr. 5, Beschluss der BÄK) Die Nr. 5 darf nicht neben oder anstelle einer Visite (Nr. 45) oder Zweitvisite (Nr. 46) berechnet werden.

Tipp:

- Die Leistung nach Nr. 5 ist z.B. kombinierbar mit Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 11, 800, 801 und den Zuschlägen A – K1.
- Wird die Leistung zu besonderen Zeiten oder bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben A, B, C, D, K1 abrechenbar.

Der Chefarztbrief (Ausgabe 7/2011) rät bei der Untersuchung beider Mammae und ggf. der regionären Lymphknoten die GOÄ Nr. 5 mit einem erhöhten Faktor anzusetzen. Die Nr. 7 kann nach ihrem Legendentext nicht für diese Untersuchung abgerechnet werden.

IGeL: Abklärungsdiagnostik auf Wunsch des Patienten zur Beweissicherung nach Schädigung durch Dritte z.B. nach

- Schlägerei
- HWS-Schleudertrauma
- Unfall z.B. Ausgerutscht auf Schnee, weil nicht gestreut oder freigeschaufelt

6 Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation.

100 13,41
5,83 20,40

Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr 6 beinhaltet insbesondere:

- bei den **Augen:** beidseitige Inspektion des äußeren Auges,beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;
- bei dem **HNO-Bereich**: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;
- bei dem **stomatognathen System**: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;
- bei den **Nieren und ableitenden Harnwegen**: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;
- bei dem **Gefäßstatus**: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.

Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 6 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 7, 8, 11 eventuell, s. Kommentar, 25 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1210 – 1213, 1217, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase (13. Sitzung vom 3. Februar 1998)

Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leistungstätigkeit beispielsweise des Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung des Leistungsgeschehens.

Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ abrechenbar ist.

In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (zum Beispiel Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten" nicht gegeben.

Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ).

Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Die korrekte Abrechnung einer HNO-Untersuchung

Tina Wiesener (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 41 (15.10.2010), S. A2012) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.8790

Die Abrechnung von Untersuchungsleistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) führt immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Ärzten. So ist zum Beispiel bei der Abrechnung HNO-ärztlicher Leistungen immer wieder streitig, ob bestimmte weitere Untersuchungsleistungen neben Nr. 6 GOÄ für die Befunderhebung im Rahmen der körperlichen Untersuchung des HNO-Bereichs berechnungsfähig sein können oder als Untersuchungsbestandteil der Nr. 6 GOÄ aufzufassen sind.

Die Nr. 6 GOÄ umfasst die „Vollständige körperliche Untersuchung ..." zum Beispiel des Organsystems: „gesamte(r) HNO-Bereich", und beinhaltet „insbesondere" die „Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs". Dabei sind die genannten Leistungen Gegenstand der Untersuchung im Sinne einer Mindestanforderung, so dass die als „insbesondere" genannten Leistungen in jedem Fall erbracht werden müssen, um den Leistungsinhalt zu erfüllen. Hierbei ist unter einer „Inspektion" die äußerliche Untersuchung durch Betrachten und unter „Spiegeluntersuchung" die in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde übliche indirekte Untersuchung über einen Kehlkopfspiegel (mit Lichtquelle auf Höhe des Patienten und Lichtgebung über einen Spiegel, den der Arzt trägt) zur Feststellung eventueller krankhafter Veränderungen zu verstehen.

Spezielle Untersuchungsverfahren sind hingegen nicht Inhalt der allgemeinen HNO-Untersuchung nach Nr. 6 GOÄ. Dies sind insbesondere die innerliche Untersuchung, zum Beispiel durch Endoskopie, und die über eine „Inspektion" hinausgehende Beurteilung von Organen oder Strukturen mittels Zuhilfenahme von zum Beispiel optischen oder technischen Geräten wie etwa Mikroskop und/oder Vorrichtungen zur Funktionsuntersuchung.

So kann neben der Nr. 6 GOÄ die Nr. 1415 GOÄ „Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbstständige Leistung" bei entsprechender Leistungserbringung als weiterführende Untersuchung in Ansatz gebracht werden. Durch die mittels Ohrmikroskop erreichte Vergrößerung (sechs- bis zwölffach) wird eine erheblich sicherere Beurteilung und somit Diagnosestellung im Bereich des Gehörgangs, des Trommelfells und – bei Trommelfelldefekt – der Paukenhöhle erreicht. Nr. 1415 GOÄ zielt in ihrer Leistungslegende auf den Singular ab. Bei beidseitiger binokularmikroskopischer Untersuchung des Trommelfells ist diese Gebührennummer daher auch zweimal ansatzfähig. Für die otologische Untersuchung mittels „Handgerät", auch wenn dieses eine Vergrößerung erlaubt, kann Nr. 1415 GOÄ nicht in Ansatz gebracht werden, da der Leistungsinhalt der Nr. 1415 GOÄ explizit die Durchführung einer „binokularmikroskopische(n) Untersuchung" fordert.

Hingegen sind die Nrn. 1418 GOÄ „Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder –" und Nr. 1530 GOÄ „Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop", die als „direkte" Untersuchungen mittels Endoskop (Rhino- beziehungsweise Laryngoskop) und einer Kaltlichtquelle erfolgen, als weiterführende Diagnostik bei Durchführung der genannten Endoskopien zusätzlich zu Nr. 6 GOÄ berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Nr. 11 kann nicht neben Nr. 6 berechnet werden, wenn die Nieren und harnableitenden Wege bei einem Mann untersucht wurden, da die digitale Untersuchung dazugehört.

Wird die Untersuchung nach Nr. 6 bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, so ist der Zuschlag nach K1 abzurechnen.

Wird die Untersuchung im Zusammenhang mit einem Hausbesuch erbracht und dieser z.B.

- unverzüglich durchgeführt oder-
- zu speziellen Zeiten, wie in der Legende der Zuschläge F, G und H angegeben, oder
- bei einem Kind bis zum 4. Lebensjahr,

so sind die entsprechenden Zuschläge nach den Buchstaben E bis H, J, K2 zusätzlich abrechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Nr. 6 darf nicht neben oder anstelle einer Visite (Nr. 45) oder Zweitvisite (Nr. 46) berechnet werden.
Ein **Zuschlag nach** dem Buchstaben A kann im Zusammenhang mit einem Hausbesuch abgerechnet werden. (Siehe unter Nrn. 5 und 7: Beschluss der BÄK)
Siehe auch Kommentar unter „II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8“.

Tipp:
- Die Leistung nach Nr. 6 ist z.B. kombinierbar mit Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 11, 800, 801 und den Zuschlägen A-K1.
- Wird die Leistung zu besonderen Zeiten oder bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben A, B, C, D, K1 abrechenbar

IGeL: Alle Untersuchungen auf Patientenwunsch, z.B.
- zusätzlicher Organ-Check-up, z.B. Niere, Leber, Haut
- Facharzt-Check-up, z.B. Augen, Haut, HNO etc.
- Abklärungsdiagnostik bei Schädigung durch Dritte, ggf mit Labor- und apparativer Diagnostik

7 Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation

160 21,45
9,33 32,64

Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:
- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäuten, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Demographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;
- bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;
- bei den Brustorganen: Palpation, Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;
- bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;
- bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 7 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6, 8, 23 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414, 1730

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Zuschlag A im Zusammenhang mit Besuchsleistungen (Sitzung vom 13. März)
Wenn neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (Hausbesuch) eine berechenbare Untersuchungsleistung (z.B. nach Nr. 7) im Rahmen eines Hausbesuches „außerhalb der Sprechstunde“ (z. B. am Mittwochnachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7 damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar.
Zuschlag F bei späterem Besuchsantritt (5. Sitzung vom 13. März 1996)
In Fällen, in denen ein Besuch vor 20.00 Uhr bestellt, aber erst nach 20.00 Uhr ausgeführt wird, ist der Zuschlag „F“ berechenbar. Die Verzögerung muss jedoch sachlich begründet sein und darf nicht im Ermessen des Arztes liegen.
Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase (13. Sitzung vom 3. Februar 1998)
Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leistungstätigkeit beispielsweise des Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung des Leistungsgeschehens.
Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ abrechenbar ist.
In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (zum Beispiel Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten“ nicht gegeben.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ.
Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

Kommentar: Wird die Untersuchung nach Nr. 7 bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, so ist zusätzlich der Zuschlag nach K1 abzurechnen. Wird die Untersuchung im Zusammenhang mit einem Hausbesuch erbracht und dieser z.B.
- unverzüglich durchgeführt oder
- zu speziellen Zeiten, wie in der Legende der Zuschläge F, G und H angegeben, oder
- bei einem Kind bis zum 4. Lebensjahr,

so sind die entsprechenden Zuschläge nach den Buchstaben E bis H, J, K2 zusätzlich abrechenbar.
Die Nr. 7 darf nicht neben oder anstelle einer Visite (Nr. 45) oder Zweitvisite (Nr. 46) berechnet werden.
Ein Zuschlag nach Buchstabe A kann im Zusammenhang mit einem Hausbesuch abgerechnet werden. (Siehe unter Nr. 7: Beschluss der BÄK)
Siehe auch Kommentar unter „II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 „.

Tipp:
- Die Leistung nach Nr. 7 ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 11, 252, 253, 548, 551, 800, 801, Sonographie, EKG, Belastungs EKG, Allergologie, Lungenfunktion etc. und Labor und mit den Zuschlägen A-K1.
- Wird die Leistung zu besonderen Zeiten oder bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben A, B, C, D, K1 abrechenbar

IGeL: Untersuchungen auf Patientenwunsch (außerhalb der GKV- und PKV-Erstattungspflicht), z.B.
- Facharzt-Check-up, z.B. Früherkennung von Hautkrebs, Osteoporose, Kontrolle bei starkem Raucher
- Sportmedizinischer Check-up (Herz/Kreislauf)
- Anti-Aging-Check-up vor Behandlungen
- IUP-LagekontrolleGgf. erforderliche Labor- und/oder apparative Diagnostik ist abrechenbar.

Siehe auch unter GOÄ Nr. 8.

8 Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation

260 34,86
15,15 53,04

Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.
Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 8 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 7, 25, 26 – 29, 45, 46, 61, 435, 448, 449, 600, 601, 715, 800, 801, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401, 1414

Kommentar: Wird die Untersuchung nach Nr. 8 bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, so ist zusätzlich der Zuschlag nach K1 abzurechnen. Wird die Untersuchung im Zusammenhang mit einem Hausbesuch erbracht und dieser z.B.
- unverzüglich durchgeführt oder
- zu speziellen Zeiten, wie in der Legende der Zuschläge F, G und H angegeben, oder
- bei einem Kind bis zum 4. Lebensjahr,

so sind die entsprechenden Zuschläge nach den Buchstaben E bis H, J, K2 zusätzlich abrechenbar.
Die Nr. 8 darf nicht neben oder anstelle einer Visite (Nr. 45) oder Zweitvisite (Nr. 46) berechnet werden.
Ein Zuschlag nach Buchstabe A kann im Zusammenhang mit einem Hausbesuch abgerechnet werden. (Siehe unter Nr. 7: Beschluss der BÄK)

Tipp:
- Wird im Rahmen eines Ganzkörperstatus auch die digitale Untersuchung des Mastdarmes und/oder der Prostata durchgeführt, so kann zusätzlich die Nr. 11 abgerech-

net werden. Es ist nicht empfehlenswert, eine Beratung oder Untersuchung analog abzurechnen, da es unerheblich ist, ob z.B. eine Beratung oder Untersuchung nach 'homöopathischen', 'neuraltherapeutischen' oder 'chinesischen' Grundsätzen erfolgt.

- Wird die Leistung zu besonderen Zeiten oder bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben A, B, C, D, K1 abrechenbar.

IGeL:

- z.B. General Check-up
- vollständiger sportmedizinischer Check-up (z.B. Flug-, Tauchtauglichkeit)
- Berufseignungsuntersuchungen
- Untersuchung vor großen Reisen

11 Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata

60 8,04
3,50 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 11 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 23, 24, 27, 28, 435, 770, 3230

Tipp: Die Leistung nach Nr. 11 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen 1, 5, 6, 7, 8, 264, 316, 319, 690, 698, 699, 705, 763 – 766 und 768, wenn die digitale Untersuchung nicht schon Bestandteil der Organuntersuchung ist (z.B. Nr. 6 = Urologie, Nr. 7 = Gynäkologie) und nicht zur Früherkennungsuntersuchung nach Nr. 28 angewendet wird..

15 Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken

300 40,22
17,49 61,20

Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.
Neben der Leistung nach der Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 15 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4, 20, 33, 34, 45, 46, 60, 435

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Grundsätzliches zur Nummer 15 GOÄ**

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 13 (27.03.2009), S. A-626 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.7064

Nr. 15 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist eine Gebührenposition, mit der die Koordinationsaufgaben des Arztes bei der Begleitung chronisch Kranker honoriert werden. Nr. 15 GOÄ kann einmal pro Kalenderjahr angesetzt werden. Der Text lautet „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken" und lässt darauf schließen, dass an die Nr. 15 GOÄ hohe und spezifische Anforderungen gestellt werden.

In der Begründung der Bundesregierung zur 4. Änderungsverordnung der GOÄ heißt es: „Die Gebührenordnungsnummer 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern)." Die Formulierung „während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung" ist im Sinne einer obligaten Leistungsvoraussetzung zu verstehen. Eine kontinuierliche Betreuung erfordert eine fortlaufende Information des Arztes über den Stand der therapeutischen und sozialen Maßnahmen im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsergebnis. Als soziale Maßnahmen sind Tätigkeiten, die einen Kontakt zu Pflegeheimen, sozialen Einrichtungen, Kureinrichtungen, Krankenversicherungen, Sozialarbeitern und weiteren voraussetzen, zu verstehen. Die Formulierung der Leistungslegende setzt die Koordination von therapeutischen und sozialen Maßnahmen für den Ansatz der Nr. 15 GOÄ voraus. Unerheblich ist dagegen, ob der Schwerpunkt der Koordinationstätigkeit bei den therapeutischen oder den sozialen Maßnahmen liegt.

Eine Definition des chronisch Kranken enthält die GOÄ nicht. Im Sinne der Leistungslegende dürften alle Krankheiten diesen Tatbestand erfüllen, die eine kontinuierliche ärztliche Koordination von therapeutischen und sozialen Maßnahmen über den Zeitraum von einem Jahr erfordern.

Eine Verordnung ergotherapeutischer Maßnahmen bei einem Patienten mit einem Schlaganfall wäre etwa die „Einleitung einer flankierenden therapeutischen Maßnahme", berechtigt jedoch als alleinige Maßnahme nicht zur Abrechnung der Nr. 15 GOÄ. Bei der genannten Erkrankung müsste der Arzt den Erfolg unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen beurteilen sowie den Einsatz pflegerischer und sozialer Maßnahmen koordinieren, damit er diese Leistung in Rechnung stellen kann.

Die beschriebenen Koordinationsleistungen von sozialen und therapeutischen Maßnahmen können im Ausnahmefall auch von verschiedenen Ärzten parallel genommen werden. Beispielsweise könnte die Koordinationsleistung für ein schwer geistig behindertes Kind sowohl in der Hand des betreuenden Kinderarztes als auch, mit anderem Schwerpunkt, in der Hand des betreuenden Neurologen liegen. In diesem Fall könnten beide Ärzte die Nr. 15 GOÄ berechnen.

► **Spezielles zur Nummer 15 GOÄ**

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 15 (10.04.2009), S. A-732 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.7112

Zur Definition und grundsätzlichen Bedeutung der Nr. 15 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergleiche GOÄ-Ratgeber in DÄ, Heft 13 vom 27. März 2009. Interessant sind auch Art und Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte im Kontext mit Nr. 15 GOÄ. Die Leistungslegende der Nr. 15 GOÄ „Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken" lässt bereits darauf schließen, dass es sowohl um die Kontrolle der durchgeführten Maßnahmen durch den persönlichen (separat berechnungsfähigen) Arzt-Patienten-Kontakt geht als auch und gerade in Abwesenheit des Patienten um die Durchführung von koordinierenden Maßnahmen durch den Arzt. Weder aus der Leistungslegende noch aus der gängigen Kommentierung kann entnommen werden, dass an dem Tag (Datum auf der Rechnung), an dem die Nr. 15 GOÄ angesetzt wurde, zwingend ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben muss. Nachvollziehbarer für den Zahlungspflichtigen ist der Ansatz aber sicherlich immer dann, wenn ein persönlicher Kontakt stattgefunden hat oder aber wenn die entsprechende Maßnahme (an diesem Datum) dem Zahlungspflichtigen bekannt ist. Dies könnte durch einen zusätzlichen Hinweis zur Nr. 15 GOÄ auf der Rechnung geschehen.

Häufige Arzt-Patienten-Kontakte sind demnach keine Voraussetzung, um den Leistungsinhalt der Nr. 15 GOÄ erfüllen zu können. In dem Kommentar zur Gebührenordnung vom Deutschen Ärzte-Verlag wird ausgeführt, dass sich die Tätigkeit des Arztes im Extremfall auf die Einleitung und Koordinierung flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen erschöpfen könne, ohne dass neben der Nr. 15 GOÄ für das Kalenderjahr weitere Leistungen abgerechnet würden. Dass der Arzt bei dieser Konstellation den Erfolg unterschiedlicher therapeutischer und sozialer Maßnahmen allein aufgrund mündlicher und schriftlicher Unterlagen beurteilen und weiter koordinieren kann, stellt vermutlich eine Rarität dar.

Eine häufig gestellte Frage ist, wann im Verlauf der koordinierenden Maßnahmen die Leistung nach Nr. 15 GOÄ angesetzt werden kann. Grundsätzlich kann eine Leistung dann angesetzt werden, wenn der Leistungsinhalt erfüllt wurde. Dies spricht dafür, die Leistung jeweils zum Ende des Kalenderjahres anzusetzen. Der Versuch die Nr. 15 GOÄ analog für den stationären Bereich einzusetzen, scheitert meist daran, dass eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertige Leistung auch über den Zeitraum von einem Kalenderjahr durchgeführt werden muss. Dies dürfte äußerst selten der Fall sein. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass ein Chefarzt an einer Klinik, der den Patienten während eines ganzen Kalenderjahres ambulant betreut, den Leistungsinhalt der Nr. 15 GOÄ erfüllt. Hierzu wird dann aber keine Analogie benötigt, sondern die Nr. 15 GOÄ kann (im Original) angesetzt werden.

Grundsätzlich sind (auch mehrfache) stationäre Aufenthalte kein Hindernis, die Nr. 15 GOÄ anzusetzen, wenn die Einleitung und Koordination der flankierenden Maßnahmen zwischen den stationären Aufenthalten kontinuierlich weitergeführt wird.

Kommentar: Die Nummer 15 darf nicht im Krankenhaus berechnet werden.
Die Leistung kann nur 1x im Kalenderjahr abgerechnet werden.
Nach der Leistungslegende ist eine kontinuierliche ambulante Betreuung des chronisch kranken Patienten erforderlich (kontinuierlich = 1 Behandlungsfall = 1 Monat).
Wir gehen davon aus, dass auch bei Patientenwechsel der neue Arzt nach kurzer Zeit die Nr. 15 abrechnen kann, wenn er flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei dem neuen Patienten mit einer chronischen Erkrankung durchführen muss.
Typische chronische Erkrankungen sind z.B.:

- Diabetes mellitus
- Rheumatische Erkrankungen
- Z.n. Apoplex (Verordnung Physiotherapie)
- KHK
- Hypertonie
- M. Parkinson
- Malignome
- Multiple Sklerose

Die Organisation eines Pflegedienstes, ggf. auch behördliche Maßnahmen fallen unter „soziale Maßnahmen".
Die Leistung nach Nr. 15 ist nicht an einen Arzt-/Patientenkontakt gebunden, da zur Einleitung und Koordination von Maßnahmen sicher zahlreiche Telefonate mit Behörden, Pflegestationen, Angehörigen erforderlich sind, die nicht im Rahmen eines Arzt-/Patientenkontaktes geführt werden.
Wezel / Liebold kommentiert „...die Gebühr soll die laufenden Gespräche mit Erziehungsberechtigten, mit Pflegeperson und ggf. mit Lebenspartnern, Angehörigen der Heilberufe, die an der medizinischen Versorgung mitwirken (Krankengymnastinnen, Masseure, Logopäden etc.) sowie mit Betriebs- und Amtsärzten, Sozialbetreuern abgelten. Außerdem ist damit der Aufwand für die Erstellung von Anträgen, Ausfüllung von Fragebö-

gen etc. im Zusammenhang mit der Einleitung solcher Maßnahmen in soweit mit abgegolten, als es hier für nicht expressis verbis eigene Abrechnungspositionen gibt ..."

Tipp:

- Die Leistung nach Nr. 15 ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 252, 253, 800 und 801.
- Vermerken Sie das Datum, an dem Sie die Nr. 15 erbracht haben, deutlich! Wird z.B. am 30.12.05 die Leistung nach Nr. 15 erbracht, kann sie am 2.1.06 erneut erbracht und abgerechnet werden.

II Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.
Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrunde liegende Leistung aufzuführen.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Beratung/Untersuchung: Zuschläge A-D für „Unzeiten"**
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 103, Heft 19 (12.05.2006), Seite A-1321) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4236
„Zu den Beratungs- und Untersuchungsleistungen der Nummern (Nrn.) 1, 3, 5, 6, 7, 8 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind in bestimmten Fällen, so beispielsweise für „Unzeiten" (ab 20 Uhr), die Zuschläge nach A bis K1 berechnungsfähig. Diese Zuschläge sind, so ist es in den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B II GOÄ bestimmt, immer nur mit dem einfachen Gebührensatz und jeweils nur einmal je Inanspruchnahme berechnungsfähig. Der unterschiedlichen Schwierigkeit wird bei den Zuschlägen durch die jeweilige Höhe der Punktzahl Rechnung getragen – auch wenn einige dieser Zuschläge in ihrer Höhe dringend angehoben werden müssten. Manche der Zuschläge können kombiniert werden, andere auf keinen Fall.
Der Zuschlag A „außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen" ist gedacht für Leistungen, die außerhalb der Sprechstunde, aber eben noch nicht zu „Unzeiten" erbracht werden. Die Bundesärztekammer hat noch ein weiteres Beispiel hinzugefügt: „Wenn neben der Leistung nach Nummer (Nr.) 50 GOÄ (Hausbesuch) eine berechenbare Untersuchungsleistung (zum Beispiel nach Nr. 7 GOÄ) im Rahmen eines Hausbesuches außerhalb der Sprechstunde (zum Beispiel am Mittwoch nachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7 [GOÄ] damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar." Der Zuschlag A ist neben den Zuschlägen B, C und D nicht berechnungsfähig.
Der Zuschlag B „Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen" ist für Beratungs-/Untersuchungsleistungen außerhalb der Sprechstundenzeiten gedacht. Dies kann der Fall sein, wenn ein Patient um 7 Uhr in der Praxis erscheint, die Sprechstunde erst um 9 Uhr beginnt, der Arzt aber bereits anwesend ist.
Der Zuschlag C „Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr" kann zusätzlich zu Beratungs-/Untersuchungsleistungen angesetzt werden, wenn die Beratung des Patienten etwa um 23 Uhr stattfindet; dabei kann es sich auch um eine telefonische Beratung handeln.
Der Zuschlag D „Zuschlag für an Sams-, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen" ist, je nach Uhrzeit, mit den Zuschlägen B oder C kombinierbar. Für die Zuschläge A bis C gilt, dass, wenn der Arzt seine Sprechstunde beispielsweise regelmäßig „zu Unzeiten" abhält (etwa „Donnerstags bis 21 Uhr" oder „Montags ab 7 Uhr"), er diese Zuschläge für die festen Sprechstundenzeiten nicht berechnen kann. Anders ist es beim Zuschlag D, der in der halben Höhe berechnet werden kann, wenn am Samstag eine Sprechstunde abgehalten wird.
Wichtig ist bei Zuschlag B – und falls dieser Fall eintritt, auch bei Zuschlag C –, dass die „Unzeit" nicht aus Gründen der Praxisorganisation vom Arzt selbst verursacht sein darf. Sitzt der Patient mit einem Termin um 17.45 Uhr im Wartezimmer, kommt aber erst um 20.15 Uhr dran, so kann der Arzt keinen Zuschlag berechnen. Hintergrund: Zuschläge sollen dem Verursacher des Umstands in Rechnung gestellt werden und sind keine Aufwandsentschädigung. Anders ist es immer dann, wenn der Patient eine Beratung oder Untersuchung durch den Arzt zu einer „Unzeit" wünscht. Besonderheiten bei den Zuschlägen A bis D im Krankenhaus, Zuschlägen von E bis J, Sonderkonstellationen und Kombinierbarkeit von Zuschlägen sowie Details zu den Zuschlägen für Kinder folgen in den nächsten GOÄ-Ratgebern."

► **Zuschläge A bis D: Besonderheiten, Beleg- und Krankenhausärzte**
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 103, Heft 21 (26.05.2006), Seite A-1477) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4237

„Zu den Beratungs-/Untersuchungsleistungen nach den Nummern (Nrn.) 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind in bestimmten Fällen, so für Unzeiten und am Wochenende, die Zuschläge nach A bis D berechnungsfähig. Diese Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz und einmal je Inanspruchnahme des Arztes berechnungsfähig. Allgemeine Informationen dazu wurden im GOÄ-Ratgeber DÄ, Heft 19/2006 erläutert.
Auch für eine telefonische Beratung zu einer Unzeit oder am Wochenende sind die Zuschläge A bis K1 für niedergelassene Ärzte und Belegärzte berechnungsfähig. Wenn regelmäßige Telefonsprechstunden am Samstag stattfinden, so ist der Zuschlag D nur in der halben Höhe berechnungsfähig. Beispiel: Zuerst findet eine telefonische Beratung mit dem Patienten außerhalb der Sprechstunde am Mittwochnachmittag statt, und eine Stunde später kommt der Patient unaufgefordert in die Praxis zur Beratung. Der Arzt kann sowohl für die telefonische Beratung den Zuschlag A in Rechnung stellen als auch für die spätere persönliche Beratung in der Praxis. Da alle Zuschläge nur einmal je Inanspruchnahme des Arztes berechnungsfähig sind, sollte er auf der Rechnung die verschiedenen Uhrzeiten der Beratungen dokumentieren.
Für Krankenhausärzte gelten für die Zuschläge A bis D Besonderheiten:

- Der Zuschlag A „Außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen“ ist für Belegärzte berechnungsfähig, für Krankenhausärzte nicht.
- Die Zuschläge B „Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr ...“ und C „Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr“ sind für den Belegarzt berechnungsfähig. Von Krankenhausärzten dürfen die Zuschläge B und C nur dann berechnet werden, wenn die dazugehörige Beratungs-/Untersuchungsleistung vom liquidationsberechtigten Wahlarzt oder seinem im Wahlleistungsvertrag benannten ständigen ärztlichen Vertreter gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 GOÄ erbracht wurde. Beratungs-/Untersuchungsleistungen anderer Krankenhausärzte, die zu Unzeiten erbracht wurden, sind nicht zuschlagsfähig.
- Der Zuschlag D „Zuschlag für an Sams-, Sonn- oder Feiertagen ...“ ist für den Belegarzt berechnungsfähig. Wenn allerdings regelmäßig am Samstag eine Sprechstunde stattfindet, kann der Zuschlag D nur in der halben Höhe berechnet werden. Für Krankenhausärzte gelten Einschränkungen: Zum einen darf der Zuschlag D nur dann berechnet werden, wenn die dazugehörige Beratungs-/Untersuchungsleistung vom liquidationsberechtigten Wahlarzt oder seinem im Wahlleistungsvertrag benannten ständigen ärztlichen Vertreter erbracht wurde. Zusätzlich kann der Zuschlag D auch vom liquidationsberechtigten Arzt oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter in der Zeit zwischen acht und 20 Uhr nicht berechnet werden. Zusammenfassend ist der Zuschlag D also nur vor acht Uhr oder nach 20 Uhr an Sams-, Sonn- oder Feiertagen berechnungsfähig, wenn die Beratungs-/Untersuchungsleistungen vom liquidationsberechtigten Wahlarzt oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht werden.“

Informationen zu den Zuschlägen von E bis J sowie über die speziellen Zuschläge für Kinder (K1 und K2) folgen in den nächsten GOÄ-Ratgebern.

► Visiten/Besuche: Zuschläge E bis H zu Unzeiten

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt.Ärzteblatt 103, Heft 23 (09.06.2006), Seite A-1627) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4238

„Zu den Leistungen nach den Nummern (Nrn.) 45 bis 62 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind in bestimmten Fällen die Zuschläge nach E bis J sowie K2 berechnungsfähig. Da das Thema „Zuschläge“ sehr komplex ist, empfiehlt es sich, den Originaltext der Allgemeinen Bestimmungen (hier B V GOÄ), der Leistungslegenden und ergänzenden Bestimmungen in der GOÄ nachzulesen.
Die Zuschläge A bis D sowie K1 sind nicht neben den Zuschlägen E bis J sowie K2 berechnungsfähig. Die Zuschläge E bis J sowie K2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Zuschläge nach E bis H neben der Nummer (Nr.) 51 „Besuch [...] in derselben häuslichen Gemeinschaft“ nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.
Die Zuschläge E bis J sowie K2 sind neben den Nrn. 45 bis 55 und 60 GOÄ nur einmal je Inanspruchnahme des Arztes berechnungsfähig. Auf der Rechnung sollten die Zuschläge immer direkt unter der auslösenden Gebührenposition stehen.
Der Zuschlag E „Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung“ ist insbesondere für einen dringend angeforderten Hausbesuch nach Nr. 50 GOÄ gedacht, der den Arzt beispielsweise zwingt, die Sprechstunde zu unterbrechen, um den Besuch auszuführen. Gemäß den ergänzenden Bestimmungen gilt dies auch (und ausschließlich noch) für dringend angeforderte Visiten von Belegärzten nach den Nrn. 45 oder 46 GOÄ, wenn der Belegarzt etwa von zu Hause oder aus der Sprechstunde heraus angefordert wird. Bei beiden Beispielen steht immer die medizinische Notwendigkeit im Vordergrund (akute und/oder lebensbedrohliche Erkrankung des Patienten). „Unverzüglich“ ist nicht gleichbedeutend mit „sofort“, sondern meint ohne schuldhaftes Verzögern. Wenn aufgrund besonderer oder widriger Umstände (anderer Notfall, Verkehrsbehinderung) ein sofortiges Erscheinen verhindert wird, gilt der Besuch trotzdem als unverzüglich. Der Zuschlag E ist neben den Zuschlägen F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.
Die Zuschläge F „Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr erbrachte Leistungen“ und G „Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen“ sind insbesondere neben den Besuchsleistungen nach den Nrn. 50 und 51 GOÄ berechnungsfähig, aber auch für wenige andere ausgewählte Leistungen wie die Nrn. 55 und 56 GOÄ. Für Visiten, Arzt-Besuche von Kranken im Pflegeheim (Nr. 48 GOÄ) und Besuche von nichtärztlichem Personal (Nr. 52 GOÄ) ist dieser Zuschlag nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag H „Zuschlag für an Sams-, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen“ ist insbesondere neben Besuchen (Nrn. 50 und 51 GOÄ) berechnungsfähig.
Der Zuschlag gilt nicht für Visiten, Arzt-Besuche im Pflegeheim und Besuche von nichtärztlichem Personal. Der Zuschlag H ist, je nach Uhrzeit, mit den Zuschlägen F oder G kombinierbar.
Besondere Einschränkungen der Zuschläge E bis J für Krankenhausärzte sowie andere Besonderheiten, Beispiele und die Kombinierbarkeit von Zuschlägen sowie die speziellen Zuschläge für Kinder (K1 und K2) werden in den folgenden GOÄ-Ratgebern erläutert.”

► Zuschläge für Kinder

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt.Ärzteblatt 103, Heft 27 (07.07.2006), Seite A-1919) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4239

„In der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gibt es für Untersuchungen sowie für Besuche und ausgewählte andere Leistungen einen Zuschlag für Kinder unter vier Jahren: K1 „Zuschlag zu den Untersuchungen nach den Nummern (Nrn.) 5, 6, 7 und 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr" und K2 „Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr". Diese Zuschläge sind immer nur mit dem einfachen Gebührensatz und grundsätzlich nur einmal je Inanspruchnahme des Arztes berechnungsfähig (siehe Allgemeine Bestimmungen Abschnitt B II und B V GOÄ).

K1 und K2 vergüten die besonderen Schwierigkeiten, die bei der körperlichen Untersuchung, der Visite, der Besuche in Haus oder Heimvon Kleinkindern entstehen „sei es dadurch, dass sich die Kleinkinder nicht immer problemlos untersuchen lassen und/oder auch eine gezielte Anamnese und Angabe beispielsweise von Schmerzen in der Regel nicht möglich ist."

Zu Beratungen nach den Nrn. 1 und 3 GOÄ gelten die Zuschläge K1 und K2 nicht. Die Nr. 4 GOÄ wurde durch die Amtliche Kommentierung so eingeschränkt, dass es im täglichen Umgang mit dieser Gebührenposition regelmäßig Reklamationen gibt. Wenn aber (Fremd-)Anamneseerhebung und Beratung (und/oder Unterweisung) von (Klein-)Kind und Mutter besonders schwierig und zeitaufwendig sind, kann diesem Umstand über einen angemessen erhöhten Faktor der Nrn. 1 oder 3 GOÄ mit entsprechender Begründung nach § 12 Abs. 3 GOÄ Rechnung getragen werden.

Gleiches gilt immer dann, wenn die besonderen Anforderungen an die Untersuchung oder Behandlung von Kindern nicht berücksichtigt wurden und diese im konkreten Einzelfall aufwendiger oder schwieriger ist als bei einem Erwachsenen. Ist eine Untersuchung, wie die Kinderaudiometrie nach Nr. 1406 GOÄ, für die Untersuchung von Kindern ausgelegt, so können nur Zeitaufwand und Schwierigkeiten gemäß § 5 GOÄ berücksichtigt werden, die über das normale Maß einer Kinderaudiometrie hinausgehen.

Nachfolgend werden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Beispiele aufgeführt: Ophthalmologische Spezialuntersuchungen (zum Beispiel nach den Nummern 1225 bis 1228 GOÄ) können im Einzelfall beim Kind schwieriger oder zeitaufwendiger sein als beim Erwachsenen. Eine Spiegelung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop nach Nummer 1530 GOÄ ist ebenfalls eine Untersuchung, die beim Kind häufig schwieriger und zeitaufwendiger ist als beim Erwachsenen.

Ausdrücklich gilt aber der Hinweis, dass die Untersuchung nach Nr. 6 GOÄ in der Augen- und HNO-Heilkunde zuschlagsfähig für Kinder bis zum vierten Lebensjahr (K1) ist. Da sich Kinder nicht zwingend mit ihrem vierten Geburtstag genauso untersuchen und behandeln lassen wie Erwachsene, gilt auch für Kinder ab dem vierten Lebensjahr, dass Zeitaufwand und Schwierigkeiten, die über die Untersuchung und Behandlung eines Erwachsenen hinausgehen, gemäß § 5 GOÄ mit einem angemessen erhöhten Steigerungsfaktor berücksichtigt werden können ..."

► Zuschläge kombinieren

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt.Ärzteblatt 103, Heft 30 (28.07.2006), Seite A-2057) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4240

„Zahlreiche Hinweise zu den Zuschlägen A bis D sowie K1 und E bis J sowie K2 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurden in den vergangenen Ausgaben erläutert. Dieser Ratgeber behandelt mögliche „Kombinationen" beziehungsweise Beispiele, bei denen die Berechnung von zwei verschiedenen Zuschlägen möglich wäre und der Arzt die für ihn günstigere Variante wählen kann.

Zu betonen ist dabei, dass die Zuschläge nach A bis D sowie K1 während einer Inanspruchnahme des Arztes nicht neben den Zuschlägen nach E bis J sowie K2 berechnet werden dürfen (siehe Allgemeine Bestimmungen zu B II und B V GOÄ). Nebeneinander meint hier: für einen Patienten.

Bei den nachfolgenden Beispielen geht es um die Berechnung der Zuschläge und nicht um die medizinische Plausibilität der geschilderten Fälle.

Beispiel 1: Der Arzt führt an einem Samstagnachmittag einen Hausbesuch bei einer Familie durch. Der dreijährige Sohn und die Mutter sind an einem Brechdurchfall erkrankt. Neben einer Beratung führt er die vollständige Untersuchung der Bauchorgane durch. Berechnung für den Hausbesuch (Mutter): Für den „ersten" Hausbesuch Nummer (Nr.) 50 GOÄ, Nr. 7 GOÄ für die Untersuchung der Bauchorgane und den Zuschlag H für den Samstag. Für den Besuch eines weiteren Kranken (Kind) in derselben häuslichen Gemeinschaft: Nr. 51 GOÄ, Nr. 7 für die Untersuchung der Bauchorgane sowie K1 (neben Nr. 7) oder K2 (neben Nr. 51). Jetzt könnte der Arzt für den Samstag entweder einen halben Zuschlag H berechnen (9,91 Euro) oder den vollen Zuschlag D (12,82 Euro) zur Nr. 7. Hier ist die Wahl des günstigeren Zuschlags nach der GOÄ zulässig.

Beispiel 2: Der Arzt führt an einem Sonntag um 20.30 Uhr einen Hausbesuch bei einer Familie durch. Die Mutter hat einen grippalen Infekt, gleichzeitig fürchtet sie, dass sie ihren vierjährigen Sohn angesteckt hat. Der Arzt hört die Lunge der Mutter ab und schaut ihr in den Rachen. Das Kind zeigt keinerlei Krankheitssymptome und verweigert nach dem „In-den-Rachen-Schauen" jede weitere Untersuchung. Der Arzt berät die Mutter bezüglich ihrer Krankheit und der des Kindes. Berechnung für den Hausbesuch der Mutter: Nr. 50 GOÄ, Zuschlag H für den Sonntag sowie Zuschlag F für die Unzeit (ab 20 Uhr). Für den Besuch des Kindes ist in diesem Fall die Nr. 51 GOÄ (Besuch eines weiteren Kranken ...) sowie der halbe Zuschlag H und der halbe Zuschlag F berechenbar. Ein Kinderzuschlag (K2) kann nicht berechnet werden, da das Kind das vierte Lebensjahr mit dem vierten Geburtstag abgeschlossen hat. Ob im Einzelfall bei der Untersuchung Kriterien vorliegen, die die Überschreitung des Schwellenwertes nach § 5 Abs. 2 GOÄ rechtfertigen, muss der Arzt jeweils entscheiden und für den Patienten nachvollziehbar begründen (siehe § 12 Abs. 3 GOÄ).

Es kommt auf die konkrete Konstellation von Besuchen und zusätzlich erbrachten Untersuchungen an, ob und wie Zuschläge nach A bis D sowie K1 und E bis J sowie K2 bei einer Inanspruchnahme des Arztes von zwei verschiedenen Patienten kombiniert werden können. Zu warnen ist vor dem unzulässigen Vorgehen, einfach so zu tun, als wüsste man von der zweiten Person nichts, und für alle Beteiligten volle Besuchsleistungen und Zuschläge zu berechnen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar:
Brück gibt in seinem Kommentar (Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ 2011, Deutscher Ärzteverlag Köln 2011) einen Sonderfall des Besuches außerhalb der Sprechstunde an: „...Die Zuschläge nach Abschnitt B II wurden nicht für die Berechnung neben Besuchsleistungen konzipiert. Dies geht aus der Formulierung eines gesonderten Abschnittes B V hervor. Der auf die Zuschläge der Abschnitte B II und B V bezogene Abrechnungsausschluss in Satz 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B II lässt allerdings auch den Schluss zu, dass bei Abrechnung von Grundleistungen aus den Abschnitten B I und B IV nebeneinander dem Arzt ein Wahlrecht für die Abrechnung des Zuschlags zusteht. Aus diesem Grund gibt es den (vom Verordnungsgeber möglicherweise nicht vorgesehenen) Sonderfall des „Besuchs außerhalb der Sprechstunde“, der gekennzeichnet ist durch die Abrechnung der Besuchsleistung einerseits sowie der Untersuchungsleistung nebst Buchstabe A als Zuschlag andererseits (z.B. Abrechnung der Nrn. [7, A, 50).
Diese Kombination kann abgerechnet werden, wenn der Besuch außerhalb der üblichen Sprechstunde, jedoch nicht zu den in den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und D aufgeführten Zeiten stattfindet (z.B. Besuch am Mittwochnachmittag oder an einem Wochentag zwischen 19 und 20 Uhr, wenn der Arzt zu dieser Zeit üblicherweise keine Sprechstunde abhält). Handelt es sich hingegen in den genannten Zeiten um einen dringend abgeforderten und unverzüglich erfolgten Besuch, so wird ohnehin anstelle des Zuschlages A zur Beratungs- oder Untersuchungsleistung der deutlich höher bewertete Zuschlag E zur Besuchsleistung abgerechnet...“. Einen weiteren Sonderfall kommentiert Brück: „...Ein weiterer Sonderfall liegt vor, wenn die Beratungs- bzw. Untersuchungsleistung nach den Nrn. 1 bzw. 5 aufgrund der Nr. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitte B entfällt. Hat der Arzt also etwa neben einem EKG nach Nr. 651 eine Beratung und eine symptombezogene Untersuchung nach den Nrn. 1 und 5 vorgenommen und ist bereits einmal zuvor im Behandlungsfall eine der Nrn. 1 oder 5 neben einer Leistung nach den Abschnitten C bis O zur Abrechnung gelangt, so entfällt neben der Abrechnung der Nr. 651 der Ansatz der (niedriger als die Nr. 651 bewerteten) Nrn. 1 und 5. Wurden die betreffenden Leistungen jedoch zu den in den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D genannten Zeiten erbracht, so kann der betreffende Zuschlag neben der Sonderleistung abgerechnet werden, ohne dass die zugrundeliegende Beratungs- oder Untersuchungsleistung gleichfalls angesetzt wird (im genannten Beispiel also z.B.: „B, 651“). Dies ist deswegen gerechtfertigt, weil es sich bei Nr. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt B um eine rein honorarbegrenzende, keine medizinisch-sachlich gerechtfertigte Regelung handelt. Dieser honorarbegrenzende Berechnungsausschluss für tatsächlich erbrachte Leistungen bezieht sich jedoch nicht auf die Zuschläge, so dass hier der Sonderfall der Berechnung eines Zuschlages ohne gleichzeitige Berechnung der ebenfalls erbrachten „Grundleistung“ vorliegt. In der Rechnung sollte in diesen Fällen vermerkt werden, dass die zugrundeliegende Beratungs- oder Untersuchungsleistung erbracht, jedoch nicht abgerechnet wurde...“

A Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen

70
4,08 –

Der Zuschlag nach dem Buchstaben A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C, D, E bis J sowie K2 nicht berechnungsfähig.
Der Zuschlag ist nicht für Krankenhausärzte abrechenbar
Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.

Beschluss BÄK:
Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Zuschlag A im Zusammenhang mit Besuchsleistungen (5. Sitzung vom 13. März 1996)
Wenn neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (Hausbesuch) eine berechenbare Untersuchungsleistung (z.B. nach Nr. 7) im Rahmen eines Hausbesuches „außerhalb der Sprechstunde“ (z.B. am Mittwochnachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7 damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:
► **Wann ist Zuschlag A berechnungsfähig?**
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 28–29 (18.07.2011), S. A-1598 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.9682
Die Abrechnung des Zuschlags A nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zunehmend Grund für gebührenrechtliche Auseinandersetzungen. Der Zuschlag A soll die zusätzliche Zeitaufwendung für „... außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen“ vergüten, wenn noch keine Zuschläge für ‚Unzeiten‘„ greifen.

Der Begriff der Sprechstunde wird in Abgrenzung zu dem Begriff Sprechzeiten (Praxisschild) in den Kommentaren zur GOÄ von Brück (Deutscher Ärzte-Verlag) und Hoffmann (Kohlhammerverlag) wie folgt ausgelegt „[es] gelten diejenigen Zeiten, in denen der Arzt üblicherweise in seiner Praxis erreichbar ist...". Der Kommentar von Lang (Thieme Verlag) lautet: „Zuschlag A kann nur berechnet werden, wenn die Sprechstunde (unabhängig von den auf dem Praxisschild angegebenen Zeiten) tatsächlich beendet und die Praxis für Patienten geschlossen ist. Ist die Beratung beziehungsweise Untersuchung mit dem Patienten außerhalb der Sprechstunde zuvor vereinbart worden, so kann der Zuschlag A nur berechnet werden, wenn Arzt und Praxispersonal eigens für die vereinbarte Beratung beziehungsweise Untersuchung nach Abschluss des regulären Sprechstundenbetriebs in der Praxis verbleiben und die Beratung nicht direkt im Anschluss an den Sprechstundenbetrieb erfolgt." Als Beispiel wird angeführt: „Abschluss der Sprechstunde um 18 Uhr. Anruf des Patienten und Beratung um 19 Uhr. Rechnung: Nr. 1 GOÄ, Zuschlag A". Die Auslegung, dass jede Anwesenheit des Arztes in seiner Praxis (aus welchem Grund auch immer) gegen die Berechnung des Zuschlages A spräche, wird von den drei genannten Kommentierungen demnach nicht gestützt.

Eine häufige Frage ist in diesem Zusammenhang, ob der Zuschlag A neben dem Hausbesuch nach Nr. 50 GOÄ berechnet werden könne. Unstreitig scheint hierbei die Abrechnung des Zuschlages A neben der Nr. 50 GOÄ am Mittwochnachmittag zu sein, wenn zusätzlich zum Besuch nach Nr. 50 GOÄ eine Leistung nach den Nrn. 6, 7 oder 8 erbracht wurde. Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat diese denkbare Variante am 13. März 1996 diskutiert und als gebührenrechtlich zulässig angesehen (Beschluss veröffentlicht DÄ, Heft 36/1999).

Bei der Erbringung des Hausbesuches an anderen Tagen, an denen laut der Kommentare von Brück und Hoffmann üblicherweise ganztags von montags bis freitags (außer mittwochs nachmittags) Sprechzeiten angeboten werden, ist der Zuschlag A neben den Nrn. 6, 7 oder 8 GOÄ nicht berechnungsfähig.

Festzuhalten bleibt, dass der Zuschlag A in erster Linie den zeitlichen Aufwand des Arztes für eine Beratung und/oder Untersuchung des Patienten nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 GOÄ vergüten soll, wenn der Arzt außerhalb der Sprechstundenzeiten seine Praxis extra hierfür aufsucht oder eigens zu diesem Zweck in der Praxis verbleibt.

Der Zuschlag A ist vom Verordnungsgeber primär nicht für die zusätzliche Vergütung zu Untersuchungsleistungen neben dem Hausbesuch gedacht. Die akzeptierte Ausnahme für den Mittwochnachmittag ist oben beschrieben.

Zu den Besonderheiten für Beleg- und Krankenhausärzte wird auf den GOÄ-Ratgeber „Zuschläge A bis D: Besonderheiten, Beleg- und Krankenhausärzte" (DÄ, Heft 21/2006) verwiesen.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Wann ist Zuschlag A berechnungsfähig?

Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 28–29 (18.07.2011), S. A-1598 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.9682

Die Abrechnung des Zuschlags A nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zunehmend Grund für gebührenrechtliche Auseinandersetzungen. Der Zuschlag A soll die zusätzliche Zeitaufwendung für „... außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen" vergüten, wenn noch keine Zuschläge für ‚Unzeiten'„ greifen.

Der Begriff der Sprechstunde wird in Abgrenzung zu dem Begriff Sprechzeiten (Praxisschild) in den Kommentaren zur GOÄ von Brück (Deutscher Ärzte-Verlag) und Hoffmann (Kohlhammerverlag) wie folgt ausgelegt „[es] gelten diejenigen Zeiten, in denen der Arzt üblicherweise in seiner Praxis erreichbar ist...". Der Kommentar von Lang (Thieme Verlag) lautet: „Zuschlag A kann nur berechnet werden, wenn die Sprechstunde (unabhängig von den auf dem Praxisschild angegebenen Zeiten) tatsächlich beendet und die Praxis für Patienten geschlossen ist. Ist die Beratung beziehungsweise Untersuchung mit dem Patienten außerhalb der Sprechstunde zuvor vereinbart worden, so kann der Zuschlag A nur berechnet werden, wenn Arzt und Praxispersonal eigens für die vereinbarte Beratung beziehungsweise Untersuchung nach Abschluss des regulären Sprechstundenbetriebs in der Praxis verbleiben und die Beratung nicht direkt im Anschluss an den Sprechstundenbetrieb erfolgt." Als Beispiel wird angeführt: „Abschluss der Sprechstunde um 18 Uhr. Anruf des Patienten und Beratung um 19 Uhr. Rechnung: Nr. 1 GOÄ, Zuschlag A". Die Auslegung, dass jede Anwesenheit des Arztes in seiner Praxis (aus welchem Grund auch immer) gegen die Berechnung des Zuschlages A spräche, wird von den drei genannten Kommentierungen demnach nicht gestützt.

Eine häufige Frage ist in diesem Zusammenhang, ob der Zuschlag A neben dem Hausbesuch nach Nr. 50 GOÄ berechnet werden könne. Unstreitig scheint hierbei die Abrechnung des Zuschlages A neben der Nr. 50 GOÄ am Mittwochnachmittag zu sein, wenn zusätzlich zum Besuch nach Nr. 50 GOÄ eine Leistung nach den Nrn. 6, 7 oder 8 erbracht wurde. Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat diese denkbare Variante am 13. März 1996 diskutiert und als gebührenrechtlich zulässig angesehen (Beschluss veröffentlicht DÄ, Heft 36/1999).

Bei der Erbringung des Hausbesuches an anderen Tagen, an denen laut der Kommentare von Brück und Hoffmann üblicherweise ganztags von montags bis freitags (außer mittwochs nachmittags) Sprechzeiten angeboten werden, ist der Zuschlag A neben den Nrn. 6, 7 oder 8 GOÄ nicht berechnungsfähig.

Festzuhalten bleibt, dass der Zuschlag A in erster Linie den zeitlichen Aufwand des Arztes für eine Beratung und/oder Untersuchung des Patienten nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 GOÄ vergüten soll, wenn der Arzt außerhalb der Sprechstundenzeiten seine Praxis extra hierfür aufsucht oder eigens zu diesem Zweck in der Praxis verbleibt.

Der Zuschlag A ist vom Verordnungsgeber primär nicht für die zusätzliche Vergütung zu Untersuchungsleistungen neben dem Hausbesuch gedacht. Die akzeptierte Ausnahme für den Mittwochnachmittag ist oben beschrieben.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Zu den Besonderheiten für Beleg- und Krankenhausärzte wird auf den GOÄ-Ratgeber „Zuschläge A bis D: Besonderheiten, Beleg- und Krankenhausärzte“ (DÄ, Heft 21/2006) verwiesen.

Kommentar: Auch bei telefonischer Erbringung der Beratungen nach den Nrn. 1 und 3 können die Zuschläge nach A – D berechnet werden. Für liquidationsberechtigte Ärzte oder ihre Vertreter gilt dies auch für Zuschläge B, C und D.
Nach **Brück** steht die Abrechnungsbestimmung im Anschluss an die Nr. 3 („...ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801...“) der Berechnung eines Zuschlages nicht entgegen!
Da die Abrechnung der Nr. 2 in den Allgemeinen Bestimmungen unter B II. zu den Zuschlägen zu Beratungen und Untersuchungen nicht genannt ist, ist sie auch nicht neben den Zuschlägen A – D ansetzbar.
Auch im geregelten Notdienst können zu den zuschlagsberechtigten Leistungen die Zuschläge nach A – D berechnet werden.

Tipp: Neben dem Buchstaben A sind die Nrn. 1, 3 bis 8 und ggf. der Zuschlag K1 abrechenbar.

B Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen

180
10,49 –

Ausschluss: Der Zuschlag nach dem Buchstaben B ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A, C oder E bis J sowie K2 nicht berechnungsfähig.

Kommentar: Auch bei telefonischer Erbringung der Beratungen nach den Nrn. 1 und 3 können die Zuschläge nach A – D berechnet werden.
Für liquidationsberechtigte Ärzte oder ihre Vertreter gilt dies auch für Zuschläge B, C und D.
Nach **Brück** steht die Abrechnungsbestimmung im Anschluss an die Nr. 3 („...ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801...“) der Berechnung eines Zuschlages nicht entgegen!
Da die Abrechnung der Nr. 2 in den Allgemeinen Bestimmungen unter B II. zu den Zuschlägen zu Beratungen und Untersuchungen nicht genannt ist, ist sie auch nicht neben den Zuschlägen A – D ansetzbar.
Auch im geregelten Notdienst können zu den zuschlagsberechtigten Leistungen die Zuschläge nach A – D berechnet werden.

Tipp: Neben dem Buchstaben B sind die Nrn. 1, 3 bis 8, Zuschläge D und K1 abrechenbar.

C Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen

320
18,65 –

Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Der Zuschlag nach dem Buchstaben C ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A, B, E bis J sowie K2 nicht berechnungsfähig.

Kommentar: Auch bei telefonischer Erbringung der Beratungen nach den Nrn. 1 und 3 können die Zuschläge nach A – D berechnet werden.
Für liquidationsberechtigte Ärzte oder ihre Vertreter gilt dies auch für Zuschläge B, C und D.
Nach **Brück** steht die Abrechnungsbestimmung im Anschluss an die Nr. 3 („...“ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801...“) der Berechnung eines Zuschlages nicht entgegen!Da die Abrechnung der Nr. 2 in den Allgemeinen Bestimmungen unter B II. zu den Zuschlägen zu Beratungen und Untersuchungen nicht genannt ist, ist sie auch nicht neben den Zuschlägen A – D ansetzbar.
Auch im geregelten Notdienst können zu den zuschlagsberechtigten Leistungen die Zuschläge nach A – D berechnet werden.

Tipp: Neben dem Buchstaben C sind die Nrn. 1, 3 bis 8, Zuschläge D und K1 abrechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

D **Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen** **220** 12,82 –

Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.
Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Der Zuschlag nach dem Buchstaben D ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A oder E bis J sowie K2 nicht berechnungsfähig.

Kommentar: Auch bei telefonischer Erbringung der Beratungen nach den Nrn. 1 und 3 können die Zuschläge nach A – D berechnet werden.
Für liquidationsberechtigte Ärzte oder ihre Vertreter gilt dies auch für Zuschläge B, C und D.
Nach **Brück** steht die Abrechnungsbestimmung im Anschluss an die Nr. 3 (.."ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800, 801...") der Berechnung eines Zuschlages nicht entgegen!Da die Abrechnung der Nr. 2 in den Allgemeinen Bestimmungen unter B II. zu den Zuschlägen zu Beratungen und Untersuchungen nicht genannt ist, ist sie auch nicht neben den Zuschlägen A – D ansetzbar.
Auch im geregelten Notdienst können zu den zuschlagsberechtigten Leistungen die Zuschläge nach A – D berechnet werden.

Tipp: Neben dem Buchstaben D sind die Nrn. 1, 3 bis 8, Zuschläge B, C und K1 abrechenbar.

K1 **Zuschlag zu den Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 und 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr** **120** 6,99 –

Ausschluss: Der Zuschlag nach dem Buchstaben K1 ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E, F, G, H, J und K2 sowie nach den Nrn. 435, 790, 791, 792, 793 nicht berechnungsfähig.

III Spezielle Beratungen und Untersuchungen

20 **Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)** **120** 6,99 16,09 24,48

Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 20 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 15, 30, 33, 34, 435, 847, 862, 864, 871, 887

Hinweis LÄK: **Auszug aus einer Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom** 30.9.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – **Diabetikerschulung** Die Nr. 20 (...) kann für eine Diabetikerschulung berechnet werden.
Auch bei einer erheblich längeren Dauer als 50 Minuten ist die Nr. 20 im Rahmen einer Sitzung nicht mehrfach berechnungsfähig. Ein außergewöhnlicher Zeitaufwand kann nur über den Gebührenrahmen abgerechnet werden.

Kommentar: Die Beratungsgespräche in Gruppen müssen ärztlich geleitet sein. Dies schließt allerdings nach **Brück** „...nicht aus, dass Teile insbesondere von Schulungsprogrammen von entsprechend ausgebildeten Hilfspersonen (in der Regel Sprechstundenhelferinnen, aber auch z.B. Diätassistentinnen) unter Aufsicht des Arztes übernommen werden...".

IGeL: Im Rahmen von IGeL-Leistungen sind nicht nur Einzel-, sondern auch Gruppenberatungen bei zahlreichen Krankheitsbildern sinnvoll**.** Bilden Sie Patientengruppen z.B. für
- Adipositas
- Asthma bronchiale im Kindesalter

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Diabetes
- Hypercholesterinämie
- Hypertonie
- Parkinson
- Multiple Sklerose
- Schlafstörungen

Die individuellen Schulungen von Einzelpersonen sind nach Nr. 33 abrechenbar.

21 **Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung** **360** 48,26 20,98 73,44

Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.
Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 21 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 22, 34, 435

Kommentar: Nach einer humangenetischen Beratung des Patienten von 30 Minuten kann die Nr. 21 abgerechnet werden. Von der 31. Minute an beginnt die zweite angefangene halbe Stunde und die Nr. 21 kann 2x abgerechnet werden.
Die Formulierung, dass die Leistung nach Nr. 21 innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig ist, muss so gedeutet werden, dass die humangenetische Beratung nach Nr. 21 bei 4 Arzt- und Patienten-Kontakten erbracht werden kann, dass aber in den Fällen, in denen die Beratung z.B. eine Stunde dauert, natürlich der zweifache Ansatz möglich ist pro Arzt – Patientenkontakt.
Werden z.B. an drei verschiedenen Tagen humangenetische Beratungen durchgeführt, die jeweils eine Stunde dauern, so kann an jedem der 3 Tage die Nr. 21 zweimal abgerechnet. Eine ähnliche Kommentierung findet sich im **Wezel / Liebold** „...Wenn die Leistung innerhalb eines halben Jahres seit Beginn des Beratungsfalles auf viermal begrenzt ist, so heißt das nicht, dass Nr. 21 nur viermal berechnet werden darf. Hat z.B. jede Sitzung 40 Minuten gedauert, kann viermal je zweimal Nr. 21 berechnet werden ...“

Tipp: Neben Nr. 21 ist die Nr. 85 abrechenbar.

22 **Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft – auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch** **300** 40,22 17,49 61,20

Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 22 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 21, 34, 435, 804, 806, 807 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887

Kommentar: Eine schriftliche Feststellung, ob eine Indikation zu einem Schwangerschaftsabbruch vorliegt oder nicht vorliegt, ist nach Nr. 90 abrechenbar.
Nach § 219 Abs. 1 StGB dürfen die Leistungen nach den Nrn. 22 und 90 nicht von dem Arzt erbracht und abgerechnet werden, der bei der Patientin den Schwangerschaftsabbruch durchführen wird.

Tipp: Neben Nr. 22 ist sind die Nrn. 5, 7, 90, 415, 3528, 3529, 4081, 4082 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
23	**Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins – einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung**	**300**	40,22 / 17,49 / 61,20

Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 23 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5, 7, 11, 435, 3550

Kommentar: Die in der Leistungslegende angegebenen Leistungen sollen möglichst an einem Tag erbracht werden. Ist dies nicht möglich, so müssen die Leistungen an unterschiedlichen Tagen erbracht werden, kann trotzdem nur insgesamt einmal die Nr. 23 berechnet werden und keinesfalls die jeweilige Einzelleistung.

Tipp: Neben Nr. 23 sind die Nrn. 415, 3528, 3529, 4081, 4082 abrechenbar.
Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte können neben der Nr. 23 auch die Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 6 und 8 abrechnen.
Für Gynäkologen sind diese Untersuchungsleistungen (nur mit Ausnahme der Untersuchung von Nieren und harnableitenden Wegen) fachfremde Leistungen. Die Untersuchung der Nieren und harnableitenden Wege überschneidet sich aber nach Kommentierung von **Brück** mit der Vorsorgeleistung nach Nr. 23 „...in einem Maße“, so dass ein Nebeneinanderabrechnen gemäß GOÄ § 4 Abs. 2a nicht möglich ist.

24	**Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf – einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken**	**200**	26,81 / 11,66 / 40,80

Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 24 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5, 7, 11, 435

Kommentar: Da im Rahmen der GOÄ keine Mutterschaftsrichtlinien zum zeitlichen Ablauf der Kontrollen bestehen, ist es sinnvoll, sich an den entsprechenden Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen der GKV zu orientieren, da fast alle privaten Krankenkassen und die entsprechenden Beihilfeträger des Bundes und der Länder die Bestimmungen zu den Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren von der GKV übernommen haben. Die Mutterschaftsrichtlinien sehen

- in den ersten 32 Schwangerschaftswochen Kontrollen des Schwangerschaftsablaufes im Abstand von 4 Wochen vor und
- in den letzten 8 Schwangerschaftswochen Kontrollen im Abstand von 2 Wochen.

Natürlich sind bei Risikoschwangerschaften Kontrollen in kürzeren Zeitabständen erforderlich und abrechenbar. Nach der Entbindung sollte

- eine Untersuchung innerhalb der ersten Woche
- und eine Abschlussuntersuchung 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung

durchgeführt werden.
In den Mutterschaftsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind während des Schwangerschaftsverlaufes auch 3 Ultraschalluntersuchungen vorgesehen. Diese Untersuchung kann jeweils mit der Nr. 415 zusätzlich zu den Untersuchungen nach Nr. 23 oder 24 abgerechnet werden.
Bei einer Risikoschwangerschaft sind ggf. mehrere Sonographien erforderlich.
Nicht zu vergessen ist, dass auch die Eintragung der Untersuchungsergebnisse im Mutterpass ein Bestandteil der Leistung nach Nr. 24 ist.

Tipp: Neben Nr. 24 ist die Nr. 415 abrechenbar.

IGeL: Alle zusätzlichen Untersuchungen auf Wunsch der Patientin außerhalb von GKV- und PKV-Erstattungspflicht, z.B.

- Triple Test (Risikoabschätzung M. Down)
- Toxoplasmose
- AFP bei Verdacht auf Fehlbildungen
- Ggf zusätzliche Sonographie

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

25 **Neugeborenen-Erstuntersuchung – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)** **200** 26,81 11,66 40,80

Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 25 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 5 – 7, 8, 435, Zuschläge K1, K2

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Privatliquidation bei Früherkennungsleistungen bei Neugeborenen (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)
Bei der Geburt ist die Behandlung des Kindes nicht von der Behandlung der Mutter zu trennen. Damit gilt, dass das Kind grundsätzlich wie die Mutter versichert ist, es sei denn, Anderslautendes wird vorher ausdrücklich geäußert. In den Fällen, in denen die Mutter privatversichert, das Kind jedoch später gesetzlich krankenversichert ist, ist diese Auffassung im Widerspruchsfall jedoch rechtlich umstritten.
Deshalb sollte nach Möglichkeit dieser Punkt mit der Mutter oder dem Vater vorher geklärt werden, zum Beispiel durch Aufnahme eines entsprechenden Passus in den Wahlarztvertrag und ausdrücklichen Hinweis auf diesen Passus.

Kommentar: Nach Wezel/Liebold kann ein Kinderarzt, der nicht regelmäßig an der Klinik tätig ist und von extern zur Untersuchung gebeten wird, zusätzlich zur Nr. 25 den Besuch nach Nr. 50 abrechnen.

Auf einen Blick:

Abrechnungsbeispiele für Vorsorgeuntersuchungen bei einem Kind
Wichtige Ausschlüsse: Nr. 715 nicht neben Nr. 26 und Nr. 1555 nicht neben den Nrn. 715, 717.

Vorsorgeuntersuchung	Abrechnung/Leistungen/GOÄ Nrn.
U1	**25** (Neugeborenen-Erstuntersuchung)
U2	**26** (Vorsorgeuntersuchung) – **714** (Voita) – **413** (Sono der Hüftgelenk**e**) – **250** (Guthrie)
U2 (Hausbesuch)	**50** (Hausbesuch) – **K2** (Zuschlag Kind) – bei Bedarf Zuschläge aus dem Bereich E – H (Wegegeld) – **26 – 714 – 250**
U3	**26 – 714 – 716 (x4)** (Entwicklungsprüfung) bzw. **718** (Höchstwert; hier sind die Untersuchungsarten anzugeben) – **413** (Hüftsono)
U4	**26 – 714 – 716 (x4) bzw. 718 – 1216** (Strabismusuntersuchung) – evtl. **413**
U5	**26 – 714 – 716 (x4) bzw. 718 – 1216 – 413**
U6	**26 – 714 – 716 (x4) bzw. 718 – 1216**
U7	**26 – 716 (2x) – 717 (x2) bzw. 718 – 1216 – 1400** (Hörprüfung)
3. LJ	**26 – 716 (x2) – 717 (x2) bzw. 718 – 1216 – 1400**
U8 1.Teil	**1406** (Kinderaudiometrie) – **1217** (Sehtest, apparativ) – **1228** (Farbsinnprüfung) – **1555** (Untersuchung d. Sprache) – **3511** (Untersuchung Urin) – **384** (Tuberkulinstempeltest) – **410 – 420 (x3)** (Sono Abdomen)
U8 2.Teil	**26 – 857** (Test: Haus-Baum-Mensch)
U9 1.Teil	**1406** (Kinderaudiometrie) – **1217** (Sehtest, apparativ) – **1228** (Farbsinnprüfung) – **1555** (Untersuchung d. Sprache) – **3511** (Untersuchung Urin) – **384** (Tuberkulinstempeltest) – **410 – 420 (x3)** (Sono Abdomen)
U9 2.Teil	**26 – 857** (Test: Haus-Baum-Mensch)
6.-10. LJ	**26 + 857**
U10	**26 + 857**

Tipp: Wird eine TSH-Bestimmung durchgeführt, so ist diese zusätzlich nach Nr. 4030 berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

26 **Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust, Bauch- und Geschlechtsorganen) gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en)** **450** 26,23 60,33 91,80

Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kaldenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 26 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3 – 8, 435, 715, 800, 801, Zuschläge K1, K2

Auf einen Blick: Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bzw. Jugendlichen nach der GKV und PKV

Untersuchungsstufe	EBM 2010	GOÄ Nr.	Zeitraum	Toleranzgrenze	Besondere Maßnahmen
U1[1]	**01711**	**25**	Unmittelbar nach der Geburt		
U2	**01712**	**26**	3. – 10. Lebenstag	3. – 14. Lebenstag	TSH-Screenung
U3	**01713**	**26**	4. – 5. Lebenswoche	3. – 8. Lebenswoche	ggf. zusätzlich sonographische Screeninguntersuchung der Säuglingshüfte
U4	**01714**	**26**	3. – 4. Lebensmonat	2. – 4 1/2 Lebensmonat	
U5	**01715**	**26**	6. – 7. Lebensmonat	5. – 8. Lebensmonat	
U6	**01716**	**26**	10. – 12. Lebensmonat	9. – 13. Lebensmonat	
U7	**01717**	**26**	21. – 24. Lebensmonat	20. – 27. Lebensmonat	
U7a	**01723**	**26**	34. – 36. Lebensmonat	33. – 38. Lebensmonat	Allergien?, Verhaltensstörungen?, Übergewicht?, Sprachstörungen?, ZMK-Anomalien?
U8	**01718**	**26**	43. – 46. Lebensmonat	43. – 50. Lebensmonat	Harnuntersuchung auf Eiweiss, Nitrit und ph
U9	**01719**	**26**	60. – 64. Lebensmonat	58. – 66. Lebensmonat	Harnuntersuchung auf Eiweiss, Nitrit und ph, Stereotest
U10	**	**26**	7. – 8. Lebensjahr	–	Entwicklungsstörungen (z.B. Lesen-Rechtschreiben-Rechnen), Störungen der motor. Entwicklung u. Verhaltensstörungen (z.B. ADHS)
U11	**	**26**	9. – 10. Lebensjahr	–	Schulleistungs- u./o. Verhaltensstörungen?, Suchtmitteln?, Ernährungs-, Bewegungs-, Stress-, Sucht- u. Medienberatung
J1*	**01720**		12. – 14. Lebensjahr	–	
J2	**–**		16. – 18. Lebensjahr	–	Pubertäts- und Sexualitätstörungen?, Haltungstörungen, Kropf?, Diabetes-Vorsorge, Beratung bei der Berufswahl

GOÄ: Untersuchungen von Kindern nach dem vollendeten 14. Lebensjahr sind nach GOÄ Nr. 26 analog (Empfehlung nach Kommentar von Brück et. alii) abzurechnen.

* In der Gebührenordnung EBM 2008 unter der Nr. 01720 lautet die Leistungslegende „Jugendgesundheitsuntersuchung".

** Die Genehmigungen und EBM-Abrechnungsnrn. sollten bei Ihrer zuständigen KV erfragt werden.

[1] im EBM auch: Nr. 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien. Nach GOÄ entsprechend GOÄ Nr. 25 ggf. mit erhöhtem Faktor.

Kommentar: Für die gesetzlichen Krankenkassen endet die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach dem 64. Lebensmonat.

Im Bereich der GOÄ hingegen können Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern bis zum vollendetem 14. Lebensjahr durchgeführt werden. Für das 1. Lebensjahr gelten dabei keine Einschränkungen der Untersuchungszahl. Ab dem 2. Lebensjahr bis zum

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

vollendeten 14. Lebensjahr dürfen diese Untersuchungen allerdings nur einmal je Kalenderjahr berechnet werden.
Die Abrechnung zusätzlicher „kurativer Leistungen" – z.B. Labor, Ultraschall, EKG etc. – ist möglich, wenn im Rahmen der Leistung nach Nr. 26 Auffälligkeiten oder Verdacht auf eine Erkrankung festgestellt wird.
Siehe auch Abrechnungsbeispiele unter Nr. 25.

IGeL:
- Als „Kinder-Intervall-Check" bei GKV-Patienten außerhalb der festgelegten Früherkennungsuntersuchungen, d.h. als „zusätzliche" Früherkennungsuntersuchung.
- Nr. 26 analog ansetzen bei Früherkennungsuntersuchungen auf Wunsch der Eltern oder des Patienten zwischen dem 14. und dem vollendeten 18. Lebensjahr im Rahmen von IGeL-Leistungen.

27 Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung –

320 42,90
18,65 65,28

Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.
Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 27 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5 – 8, 11, 297, 435, 3500, 3511, 3650, 3652

Kommentar: Im Rahmen der GOÄ gibt es keine Krebsfrüherkennungs-Richtlinien wie sie der Bundesausschuss (G – BA) der Ärzte und Krankenkassen für GKV-Patienten aufgestellt hat. Immer mehr private Krankenkassen und auch die Beihilfen orientieren sich aber an den Bestimmungen und vorgeschriebenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen. Hier gelten für die präventiven Untersuchungen folgende Daten:
- Frauen ab 20. Lebensjahr = Früherkennungsuntersuchung Genitalkrebs
- Frauen ab 30. Lebensjahr = Früherkennungsuntersuchung Genitalkrebs und Brustkrebs und Krebserkrankung der Haut
- Frauen ab 45. Lebensjahr = Früherkennungsuntersuchung Genital-, Brust-, Haut-, Rektum- und Dickdarmkrebs.

Tipp: Ergeben sich bei der Untersuchung Auffälligkeiten oder der Verdacht auf eine Erkrankung, so können alle erforderlichen Leistungen – z.B. Ultraschall, EKG, Lungenfunktion etc.- neben der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.

28 Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eisweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung

280 37,54
16,32 57,12

Mit der Gebühr sind die Kosten für die Untersuchungsmaterialien abgegolten.
Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 28 sind nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5 – 8, 11, 435, 3500, 3511, 3650, 3652

Kommentar: Wie schon im Kommentar zur Krebsvorsorge der Frau ausgeführt, richten sich die privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen immer mehr nach den Richtlinien und Leistungsumfängen der Krebsfrüherkennungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für GKV-Versicherte. Hier gilt als Leistungsumfang und Altersangabe für Männer: Männer ab dem 45. Lebensjahr = Kolon-, Prostata-, äußeres Genitale- und Hautkrebs.

Tipp: Ergeben sich bei der Untersuchung Auffälligkeiten oder der Verdacht auf eine Erkrankung, so können alle erforderlichen Leistungen – z.B. Ultraschall, EKG, Lungenfunktion etc. – neben der Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

IGeL: Untersuchung zusätzlich zum GKV- oder PKV-Früherkennungsangebot, ggf mit PSA-Bestimmung (Nr. 3908.H3) und transrektaler Sonographie (Nrn 403 + 410).

29 **Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen – einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierter Beratung –** **440** 25,65 58,99 89,76

Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/ oder 8 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 29 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5 – 8, 11, 27, 28, 33, 34, 435

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 25.11.2003** (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – **Abrechnung durch Dermatologen**
Die Nr. 29 ist nur dann abrechenbar, wenn der volle Leistungsinhalt – Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, Ganzkörperstatus, Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinische Beratung – erfüllt ist. Eine Zusatzqualifikation zur Erbringung dieser Leistung ist nicht gefordert.
Ein Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Die Untersuchung durch den Dermatologen wird sich aber nur auf die Untersuchung der Haut bzw. Schleimhäute beziehen, so dass der Ganzkörperstatus nicht vollständig erbracht wird. Die Gesundheitsuntersuchung nach Nr. 29 gehört damit nicht in das Spektrum des Dermatologen. Die Bayerische Landesärztekammer steht der Abrechnung deshalb kritisch gegenüber.

Hinweis BÄK: **Beratung/Untersuchung:** Zuschläge A-D für „Unzeiten“
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4236
Zu den Beratungs- und Untersuchungsleistungen der Nummern (Nrn.) 1, 3, 5, 6, 7, 8 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind in bestimmten Fällen, so beispielsweise für „Unzeiten“ (ab 20Uhr), die Zuschläge nach A bis K1 berechnungsfähig. Diese Zuschläge sind, so ist es in den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B II GOÄ bestimmt, immer nur mit dem einfachen Gebührensatz undjeweils nur einmal je Inanspruchnahme berechnungsfähig. Der unterschiedlichen Schwierigkeit wird beiden Zuschlägen durch die jeweilige Höhe der Punktzahl Rechnung getragen – auch wenn einige dieser Zuschläge in ihrer Höhe dringend angehoben werden müssten. Manche der Zuschläge können kombiniertwerden, andere auf keinen Fall.
Der Zuschlag A „außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen“ ist gedacht für Leistungen, die außerhalbder Sprechstunde, aber eben noch nicht zu „Unzeiten“ erbracht werden. Die Bundesärztekammer hatnoch ein weiteres Beispiel hinzugefügt: „Wenn neben der Leistung nach Nummer (Nr.) 50 GOÄ (Hausbesuch)eine berechenbare Untersuchungsleistung (zum Beispiel nach Nr. 7 GOÄ) im Rahmen eines Hausbesuchesaußerhalb der Sprechstunde (zum Beispiel am Mittwoch nachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7[GOÄ] damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar.“ Der Zuschlag A ist neben den Zuschlägen B, C und D nicht berechnungsfähig.
Der Zuschlag B „Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstundeerbrachte Leistungen“ ist für Beratungs-/Untersuchungsleistungen außerhalb der Sprechstundenzeitengedacht. Dies kann der Fall sein, wenn ein Patient um 7 Uhr in der Praxis erscheint, die Sprechstundeerst um 9 Uhr beginnt, der Arzt aber bereits anwesend ist.
Der Zuschlag C „Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr“ kann zusätzlich zu Beratungs-/Untersuchungsleistungenangesetzt werden, wenn die Beratung des Patienten etwa um 23 Uhr stattfindet; dabeikann es sich auch um eine telefonische Beratung handeln.
Der Zuschlag D „Zuschlag für an Sams-, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen“ ist, je nach Uhrzeit,mit den Zuschlägen B oder C kombinierbar. Für die Zuschläge A bis C gilt, dass, wenn der Arzt seine Sprechstunde beispielsweise regelmäßig „zu Unzeiten“ abhält (etwa „Donnerstags bis 21 Uhr“ oder „Montags ab 7 Uhr“), er diese Zuschläge für die festen Sprechstundenzeiten nicht berechnen kann. Andersist es beim Zuschlag D, der in der halben Höhe berechnet werden kann, wenn am Samstag eine Sprechstunde

Kommentar: Nach der GKV kann ab dem 35. Lebensjahr die Gesundheitsuntersuchung jedes 2. Jahr in Anspruch genommen werden. Diese zeitlich einschränkende Bestimmung wurde im Rahmen der GOÄ nur von der Beihilfe übernommen. **Brück** hält in seinem Kommentar die Gesundheitsuntersuchung allerdings für ...“ sinnvoll ab dem 18. Lebensjahr und dann jährlich...“
Brück formuliert weiter zur Frage medizinisch nicht zwingend erforderlicher Gesundheitsleistungen:...
Wünscht der Patient darüber hinaus z.B. aus einem persönlichen Sicherheitsbedürfnis heraus weitere Untersuchungsleistungen, die aus medizinischer Sicht im Sinne des § 1 Abs. 2 GOÄ medizinisch nicht zwingend erforderlich sind, so sind diese individuellen Gesundheitsleistungen nur dann berechnungsfähig, wenn der Patient diese Leistungen

ausdrücklich verlangt. Der Arzt sollte sich dieses ausdrückliche Verlangen schriftlich bestätigen lassen. Zu derartigen Leistungen gehören beispielsweise

- ein – ohne entsprechende Krankheitszeichen durchgeführter – sonographischer Check-up der Abdominalorgane nach den Nr. 410 und 420
- ein – ohne entsprechende Krankheitszeichen – zur Früherkennung durchgeführtes Belastungs-EKG nach Nr. 652
- die Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße (Schlaganfall-Vorsorge) nach Nr. 645
- die Ösophagus-Gastroskopie zur Früherkennung von Speiseröhren- und Magenkrebs (z.B. Nr. 685)
- die Glaukom-Früherkennung mittels Tonometrie, Ophthalmoskopie und Perimetrie (Erblindungsvorsorge)
- die sportmedizinische Untersuchung und Beratung, ggf. einschl. Belastungs-EKG und Lungenfunktionsdiagnostik
- die Bestimmung der Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (Nrn. 3501 oder 3711), z.B.im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen nach den Nrn. 27, 28 oder 29
- die TSH-Untersuchung bei Frauen über 45 Jahren (Schilddrüsenvorsorge)
- die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms

Derartige aus ärztlicher Sicht sinnvolle, jedoch medizinisch nicht immer notwendige individuelle Gesundheitsleistungen sind auch bei gesetzlich Krankenversicherten auf der Grundlage eines privatärztlichen Behandlungsvertrages nach GOÄ berechnungsfähig...

Im Rahmen der GKV-Gesundheitsuntersuchung ist nur jedes 2. Jahr eine Untersuchung vorgesehen. Die privaten Kassen haben sich dieser Meinung angeschlossen. Da aber auch eine jährliche Untersuchung im Rahmen der PKV nicht explizit ausgeschlossen ist, kann sie in der Regel erbracht und abgerechnet werden. Der Privatpatient sollte aber darauf hingewiesen werden, dass ggf. die Privatkasse bzw. die Beihilfe die jährliche Untersuchung nicht zahlen.

Die Untersuchung erfordert ärztliche Verrichtung ohne Spezifität für bestimmte Fachgebiete und kann deshalb z.B. auch von Chirurgen, Dermatologen und Gynäkologen abgerechnet werden.

Wird neben der Gesundheitsuntersuchung auch eine Krebsvorsorge abgerechnet, so können je nach Geschlecht des Patienten die Nrn. 27 oder 28 zusätzlich abgerechnet werden.

Die Untersuchung auf Blut im Stuhl kann im Zusammenhang mit einer Krebsvorsorgeuntersuchung nicht zusätzlich berechnet werden, da diese Untersuchung Bestandteil der Leistungslegende der Nrn. 27 und 28 ist.

Tipp: Überall dort, wo erschwerte Untersuchungen oder besondere Untersuchungsverhältnisse vorliegen, ist eine Erhöhung vom Schwellenwert 2,3fach auf den 3,5fachen Satz möglich und bei Leistungen mit reduziertem Gebührenrahmen (mit * gekennzeichnet) ist eine Erhöhung. vom Schwellenwert 1,8*fach auf den 2,5fachen Satz möglich.

Zusätzlich zur Nr. 29 können die unter „Auf einem Blick“ angegebenen Leistungen abgerechnet werden.

Auf einen Blick:

Die „große“ Gesundheitsuntersuchung

Die nachfolgende Tabelle zeigt die häufigsten Leistungen, die bei der „großen Gesundheitsuntersuchung“ von Patienten nachgefragt werden.

Diese Übersicht beruht auf einer Befragung zahlreicher Allgemeinmedizinern und fachärztlich tätiger Internisten.

GOÄ-Nr.	Kurz-Legende	1-fach	2,3-fach
29	Gesundheitsuntersuchung eines Erwachsenen	25,65	**59,00**
651	EKG	14,75	**26,54**
652	Belastungs-EKG	25,94	**59,66**
605*	Lungenfunktionüberprüfung	14,11	**25,39**
423	Echokardiographie (B-Mode)	29,14	**67,03**

GOÄ-Nr.	Kurz-Legende	1-fach	2,3-fach
424	Echokardiographie, Duplex-Verfahren	40,80	**93,84**
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	11,66	**26,81**
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu 3 weiteren Organen, je Organ	4,66	**10,72**
705	Proktoskopie	8,86	**20,37**
690	Rektoskopie	20,40	**46,92**
250*	Blutabnahme Vene	2,33	**4,20**
Laboruntersuchungen			
3501*	BKS	**3,50**	**4,03**
3741*	CRP (Ligandenassay)	**11,66**	**13,41**
3531*	Urinsediment	**4,08**	**4,69**
3563.H1*	Cholesterin	**2,33**	**2,68**
3565.H1*	Triglyceride	**2,33**	**2,68**
3583.H1*	Harnsäure	**2,33**	**2,68**
3585.H1*	Kreatinin	**2,33**	**2,68**
3587.H1*	Alkalische Phosphatase	**2,33**	**2,68**
3592.H1*	Gamma-GT	**2,33**	**2,68**
3595.H1*	GPT	**2,33**	**2,68**
3555*	Kalzium	**2,33**	**2,68**
3557*	Kalium	**1,75**	**2,01**
3550*	Blutbild	**3,50**	**4,03**
3551*	Differentialblutbild	**1,17**	**1,35**

Daneben sind (2,3fach bemessen):
- 27 Krebsvorsorge: Frau 42,90 Euro
- 28 Krebsvorsorge: Mann 37,54 Euro

aber auch weiterführende Diagnostik möglich z.B.: Sonographie, Doppler, Lungenfunktion und weitere Labarparameter wie z.B. Blutbild, HDL, LDL, Gamma-GT; auch möglich sind Leistungen der Psychosomatik.

IGeL: Bei GKV-Patienten, die häufiger, als nach den Richtlinien der GKV gestattet, eine weitere Gesundheitsuntersuchung oder einen sog. General- oder Manager-Check-up wünschen, sind ggf. zusätzliche erforderliche Untersuchungen (Labor, Sonographie, EKG, Belastungs-EKG etc.) abrechenbar.

Vergleich von Inhalt/Umfang verschiedener umfassender Vorsorge-Untersuchungen – auch als General-Check-up bezeichnet

Wichtig: Nicht alle aufgeführten Untersuchungen sind bei einem Arzt-/Patientenkon-takt abrechenbar.

	General-Check-up				
Arztliche Leistungen	General-Check (IGeL)	DKD**	Mayo-Clinic	GOA-Nrn.	*1,8/2,3-fach €
1. Klinische Untersuchungen					
Eingehende Anamnese und Internistische Ganzkörperuntersuchung		V	V	**29 alternativ 8**	**58,99 15,15**
Überprüfung des Impfstatus	√	?	?	**3**	**20,11**
Hörprüfung	fakultativ	√	fakultativ	**1400**	**10,19**
Augenuntersuchung	fakultativ	√	fakultativ		
Gynäkologische Vorsorge-Untersuchung	fakultativ	√	fakultativ	**27**	**42,90**

General-Check-up					
Arztliche Leistungen	General-Check (IGeL)	DKD**	Mayo-Clinic	GOA-Nrn.	*1,8/2,3-fach €
2. Apparative-diagnostische Untersuchungen					
EKG und Belastungs-EKG	√	√	ab 40 J. Ruhe-EKG	**651*** **652**	**26,55** **59,66**
Langzeit-EKG				**659***	**41,97**
Langzeit-Blutdruckmessung				**654***	**15,74**
Lungenfunktionsprüfung	√	√	bei Rauchern	**605*** **605a**	**25,39** **14,69**
3. Endoskopische Untersuchungen					
– Rektoskopie	fakultativ	ab 50 J.	fakultativ	**690**	**46,92**
– Sigmoidoskopie				**689**	**93,83**
– Gastroskopie	fakultativ	–	–	**682**	**113,95**
– Coloskopie				**687**	**201,09**
4. Ultraschall-Untersuchungen/Doppler					
Sono Innere Organe – ein Organ	√	√	fakultativ	**410**	**26,81**
– weitere bis zu 3 Organe, je Organ	√	√	fakultativ	**420**	**10,73**
– Schilddrüse		**417**	**28,15**		
– Gynäkologische Sonographie		**410**	**26,81**		
weitere bis zu 3 Organe, je Organ		**420**	**10,73**		
– Transvaginale Sonographie		**410**	**26,81**		
– Transrektale Sonographie Prostata	fakultativ	–	–	**410**	**26,81**
– Zuschlag bei transkavitärer Sono	fakultativ	–	–	**403***	**15,74***
– Doppler-Sonographie (Hirngefäße)	fakultativ	√	√	**645***	**68,20**
– Duplex-Sonographie (Hirngefäße) GOÄ Nrn. 645+410+420 (420 bis zu 3x)		**645*** **+410** **+420**	**68,20** **26,81** **10,73**		
5. Röntgenuntersuchungen					
Brustorgane (Thorax)	fakultativ	√	√	**5137***	**47,21**
Ärztliche Leistungen	GeneralCheck (IGeL)	DKD**	Mayo-Clinic	GOÄ-Nrn.	*1,8/2,3-fach €
Mammographie	fakultativ	fakultativ	ab 40 J. alle 2 J./ab 50 J. jährlich	**5265*** **5266*** **5267***	**31,48** **47,21** **15,74**
Mammasonographie		**418** **420**	**28,15 10,72**		
Osteodensitometrie mit quant. CT oder digitaler Röntgentechnik	fakultativ	–	–	**5380***	**31,48**
Osteodensitometrie mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik		**5475***	**31,48**		
6. Laboruntersuchungen					**1,15fach (L)**
Blutentnahme		√	√	**250***	**5,36 (L)**
BSG		√	–	**3501***	**4,02 (L)**
CRP				**3741***	**13,41 (L)**
Differenzialblutbild	√	√	√	**3551***	**1,345 (L)**
Glukose	√	√	√	**3560***	**2,68 (L)**
HbA1c				**3561***	**13,41 (L)**

General-Check-up

Arztliche Leistungen	General-Check (IGeL)	DKD**	Mayo-Clinic	GOA-Nrn.	1,15fach € (L)
Elektrolyte	√	√	√		
– Natrium				**3558***	**2,01 (L)**
– Kalium				**3557***	**2,01 (L)**
Blutfette	√	√	√		
– Cholesterin				**3562.H1***	**2,68 (L)**
– Triglyceride				**3565.H1***	**2,68 (L)**
– HDL-Cholesterin				**3563.H1***	**2,68 (L)**
– LDL-Cholesterin				**3564.H1***	**2,68 (L)**
Leberwerte	√	√	√		
– Alkalische Phosphatase				**3587.H1***	**2,68 (L)**
– Bilirubin gesamt				**3581.H1***	**2,68 (L)**
– Serumelektrophorese				**3574***	**13,41 (L)**
– Gesamteiweiss				**3573.H1***	**2,01 (L)**
– Gamma – GT				**3592.H1***	**2,68 (L)**
– GLDH				**3593.H1***	**3,35 (L)**
– GOT				**3594.H1***	**2,68 (L)**
– GPT				**3595.H1***	**2,68 (L)**
Nierenwerte	√	√	√		
– Kreatinin				**3585.H1***	**2,68 (L)**
Harnsäure	√	√	√	**3583.H1**	**2,68 (L)**
Schilddrüsenfunktion					
– T3	√	?	√	**4022.H4***	**16,76 (L)**
– T4	√	?	√	**4023.H4***	**16,76 (L)**
– TSH	√	?	√	**4030.H4***	**16,76 (L)**
Arztliche Leistungen	GeneralCheck (IGeL)	DKD**	Mayo-Clinic	GOA-Nrn.	1,15fach€ (L)
Prostata-spezifisches Antigen (Männer)	fakultativ	√	-	**3908***	**20,11 (L)**
Teststreifen zur Feststellung: Blut im Stuhl	√	√	√	**3500***	**6,03 (L)**
Urinteststreifen	√	√	√	**3511***	**3,35 (L)**
Atemtest auf H. pylori	fakultativ	-	-	**4234***	**6,03 (L)**
7. Abschließende Maßnahmen					
Ausführliche Erörterung der Untersuchungsergebnisse	√	√	√	**34**	**78,66**
Beratung-Angebote, z. B. mehr Bewegung, Gewichtsreduktion, Alkoholreduktion, Nikotinabstinenz				**3**	**20,11**
– Abschlussbericht	√	√	√	**80**	**40,22**
Kosten in Euro ca.	**180,– bis 360,–**	**895,– 1.500,–**	**ca. 1.530,–**		

(Kursiv sind die zusätzlichen Vorschläge der Autoren gekennzeichet

* 1,8facher Satz (L) = Labor 1,15facher Satz

** Manager-Check- DKD (Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden)
*** Executive Health Programm (Mayo-Klinik, Rochester, Minnesota, USA)

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Tipp: Überall dort, wo erschwerte Untersuchungen oder besondere Untersuchungsverhältnisse vorliegen, ist eine Erhöhung vom Schwellenwert 2,3fach auf den 3,5fachen Satz möglich und bei Leistungen mit reduziertem Gebührenrahmen (mit * gekennzeichnet) ist eine Erhöhung vom Schwellenwert 1,8*fach auf den 2,5fachen Satz möglich.

30 **Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgenmeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalles, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen. Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen –** **900** 52,46 120,65 183,60

Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bis entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.
Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 30 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 20, 31, 34, 435, 804, 806 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 30.9.2003** (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – **Keine Zusatzbezeichnung notwendig**
Die Abrechnung der Nr. 30 GOÄ setzt entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Homöopathischen Behandlung voraus. Diese sind jedoch nicht zwingend über die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ oder „Naturheilverfahrenn“ nachzuweisen.
Private Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen sind nicht berechtigt, die Durchführung der Leistung vom Führen der oben genannten Zusatzbezeichnungen abhängig zu machen.

Kommentar: Im Zusatz zur Leistungslegende wird erläutert, dass die Leistung nach Nr. 30 **innerhalb eines Jahres nur einmal** abgerechnet werden darf. Hier ist nicht das Kalenderjahr gemeint, sondern der Zeitraum von 12 Monaten. Also darf die Leistung am 4.7.06 und dann wieder am 5.7.07 erbracht werden.
Nach § 6 Abs. 2 kann jede Leistung der GOÄ zur Analogberechnung einer anderen nach „Art, Kosten und Zeitaufwand“ gleichwertigen Leistung herangezogen werden. **Brück** et alii sehen aber kaum eine andere vergleichbare Anamneseleistung – insbesondere kann nicht jede (nicht-homöopathische) einstündige Anamnese nach Nr. 30 abgerechnet werden. Eine Ausnahme sehen sie allerdings bei der Erstanamnese bei chronischen Schmerzkranken im Rahmen einer Behandlung durch entsprechend qualifizierte Ärzte. Hier ist eine analoge Abrechnung der Nr. 30 einsetzbar. Inzwischen findet aber allgemein der analoge Ansatz der Nr. 30 bei den nachfolgend aufgezählten IGEL-Leistungen verstärkt Anwendung.

Tipp: Die Leistung nach Nr. 30 ist z.B. mit den Leistungen nach Nrn. 5, 6, 7, 8 kombinierbar.

IGeL: Analoger Ansatz z.B. für Erstanamnese
- bei Umweltmedizinischer Untersuchung
- vor Ayurveda-Therapie
- vor Bachblüten-Therapie
- vor TCM (Traditionelle Chinesische Medizin)

31 **Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen –** **450** 26,23 60,33 91,80

Die Leistungen nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/ oder 34 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 31 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 30, 34, 435

Tipp: Die Leistung nach Nr. 31 ist z.B. mit den Leistungen nach Nrn. 5, 6, 7, 8 kombinierbar.

32 Untersuchung nach § 32 bis § 35 und § 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung –; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)

400 53,62
23,31 81,60

Bei Leistungserbringung für öffentliche Kostenträger gilt § 11 (Einfachsatz)

Ausschluss: Neben Nr. 32 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 5 – 7, 70, 75, 80, 95, 435, 3504, 3511, 3652

Kommentar: Unter den in Nr. 3 genannten Ausschlüssen (eingehende Beratung) ist die Nr. 32 nicht enthalten und kann also erbracht werden.
Wird die Leistung nach Nr. 32 für öffentliche Kostenträger erbracht, so ist gemäß § 11 der GOÄ nur der 1fache Gebührensatz berechnungsfähig.
Stellt sich bei der Untersuchung nach Nr. 32 wegen einer bestehenden Symptomatik oder Erkrankung ein weiterer Untersuchungs- oder Beratungsbedarf durch den Arzt dar, so sind die entsprechend zu erbringenden Leistungen abrechnungsfähig. Nach Kommentierung von **Wezel/Liebold** können diese zusätzlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Jugendschutzuntersuchung bei öffentlichen Kostenträgern (z. B. Gewerbeaufsichtsamt) nur mit dem einfachen Satz abgerechnet werden.
Wir gehen allerdings davon aus, dass diese Leistungen im Rahmen der kurativen Behandlung abrechenbar sind.

IGeL: Analoger Ansatz für Berufseignungsuntersuchungen, einschl. Berufseignungsberatung auf Wunsch des Patienten.

33 Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens –

300 40,22
17,49 61,20

Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/ oder 887 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 33 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 15, 20, 34, 435, 847, 862, 864, 871, 887

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 33 kann innerhalb **eines Jahres – d.h. in 365 Tagen** - bis zu **3x erbracht und abgerechnet werden**.
Im Gegensatz zu anderen Leistungslegenden ist hier nicht das Kalenderjahr von 1.1. – 31.12. gemeint.
Siehe Nr. A 36 mit der Aufzählung weiterer Krankheitsbilder .

Analog: Die Nr. 33 kann nach Meinung der BÄK auch für evaluierte Schulungsprogramme bei
- chron. rheumatischen Erkrankungen
- Osteoporose
- Fibromyalgiesyndrom
- chron. Antikoagulanzientherapie

analog angesetzt werden.

IGeL: Analoger Ansatz der Nr. 33 GOÄ z.B. bei chron. rheumatischen Erkrankungen, bei Fibromyalgie-Syndrom

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
34	**Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken; einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –**	**300** 17,49	40,22 61,20

Die Leistungen nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15, und/ oder 30 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 34 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 15, 20, 21, 22, 30, 31, 33, 435, 804, 806, 807 – 808, 812, 817, 835, 849, 861 – 864, 870, 871, 886, 887

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen**

Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer – (in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 50 (11.12.2009), S. A-2828) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.7941

Die Nr. 34 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschreibt die „Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – ggf. einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen". Diese leider etwas sperrig geratene Leistungsbeschreibung lässt dabei einen größeren Interpretationsspielraum zu, da der Verordnungsgeber weder den „unmittelbaren Zusammenhang" noch die Voraussetzungen für eine „nachhaltig lebensverändernde" Erkrankung exakt definiert hat.

Der GOÄ-Kommentar von Brück führt als nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen beispielhaft alle Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und die Lebensgestaltung berührende Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale auf. Auch kann von einer mindestens nachhaltig lebensverändernden Erkrankung ausgegangen werden, wenn Risikofaktoren festgestellt werden, die erfahrungsgemäß mit einer deutlichen Lebensverkürzung einhergehen. Dies trifft beispielsweise sowohl auf eine HIV-Infektion als auch auf eine schwere arterielle Hypertonie zu. Entscheidend ist jeweils, dass mit der Erkrankung gravierendere gesundheitliche Einschränkungen verbunden sind, die sich erheblich auf die Lebensgestaltung auswirken und eine entsprechende Erörterung im Sinne der Leistungslegende erforderlich machen.

Probleme bereitet in der Praxis immer wieder die Abrechnung der Nr. 34 für ausführliche Aufklärungsgespräche vor größeren Operationen im Krankenhaus. Obwohl im Zusammenhang mit Eingriffen bei nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohlichen Erkrankungen wie der (Teil-)Resektion von Organen oder der Implantation von Prothesen ein erheblicher Gesprächsbedarf besteht und sich erhebliche Auswirkungen auf die Lebensgestaltung ergeben können, wird die Nr. 34 von einzelnen Krankenversicherungen abgelehnt. Dies wird damit begründet, dass ein unmittelbarer Zusammenhang mit der Feststellung der Erkrankung nicht gegeben sei, da die Erkrankung regelmäßig vom einweisenden Arzt, nicht jedoch vom Operateur diagnostiziert werde.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass nach Meinung des GOÄ-Kommentars von Brück der „unmittelbare Zusammenhang" nicht nur im Sinne einer zeitlichen Bindung zu verstehen ist. Vielmehr kommt es vor allem auf den unmittelbaren sachlichen Zusammenhang zwischen der Erörterung und der Feststellung oder Verschlimmerung einer Erkrankung an.

Dementsprechend haben die Amtsgerichte Radolfzell (Az.: 2 C 447/06 und 3 C 1/07) und Wetzlar (Az.: 30 C 127/05) sowie das Landgericht Frankfurt/M. (Az.: 2 – 16 S 170/06) die Nr. 34 für präoperative Aufklärungsgespräche im Zusammenhang mit der Implantation von Knie- beziehungsweise Hüftgelenkendoprothesen sowie der Dekompression von Nervenwurzeln an der Wirbelsäule ausdrücklich anerkannt.

► **„Neben" gebührenrechtlich**

Dr. med. Stefan Gorlas (in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 22 (03.06.2011), S. A1254)

Bei der Frage der Abrechnungsfähigkeit von Leistungen nebeneinander treten hinsichtlich des Begriffs „neben" gelegentlich Interpretationsschwierigkeiten auf. Zur Auslegung des meist als zeitliche Ausschlussbestimmung („nicht neben") verwandten Begriffs sei auf die Ausführungen „Zum Verständnis der Leistungslegenden" im Kommentar zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Brück und Nachfolgern sowie auf die „Vorbemerkungen zur Kommentierung des Gebührenverzeichnisses" im GOÄ-Kommentar von Hoffmann verwiesen.

Nach Brück bezieht sich der Berechnungsausschluss einer Leistung neben einer anderen Leistung jeweils nur auf die betreffende „Sitzung", das heißt den jeweiligen Arzt-Patienten-Kontakt. Gemäß Hoffmann bezieht sich der Begriff „neben" auf alle Leistungen eines Arztes im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontakts, somit vom Betreten der Praxis vom Patienten bis zu deren Verlassen oder beim Hausbesuch vom Eintreten des Arztes beim Patienten bis zu dessen Verlassen. Insofern ist die Bestimmung abgestellt auf den Ort des Leistungsgeschehens und den Zeitraum.

Die Ausschlussbestimmung („nicht neben“) gilt demnach unabhängig von den Leistungsinhalten. Wird beispielsweise die Nr. 34 GOÄ („Erörterung [Dauer mindestens 20 Minuten] der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –“) berechnet und erfolgt im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontakts beziehungsweise derselben Arzt-Patienten-Begegnung wegen einer anderen, hiervon unabhängigen Erkrankung eine weitere kurze ärztliche Beratung so kann letztere aufgrund der Anmerkungen zur Nr. 34 GOÄ (...Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.) nicht mit der Nr. 1 GOÄ („Beratung – auch mittels Fernsprecher –“) in Rechnung gestellt werden.

Kommentar: Als **lebensverändernde** Erkrankungen sind z.B. anzusehen:

- Diabetes mellitus
- Rheumatische Erkrankungen
- Asthma bronchiale
- Malignome
- AIDS
- Amputationen
- Hepatitis
- Herzinfarkt
- Rheumatische Erkrankungen
- Hypertonie
- schwere Hypercholesterinämie etc.

Als **lebensbedrohlich** werden angesehen:

- Malignome
- schwere Unfallverletzungen
- Pneunomia (nach Brück)
- AIDS
- schwere arterielle Hypertonie
- Hepatitis
- Niereninsuffizienz
- Herzinfarkt
- Autoimmunerkrankungen

Nr. 34 findet auch Anwendung bei der Planung eines operativen Eingriffs, z.B.

- Bypass-Operation
- Endoprothesesn
- Malignom-Operation
- Hirn-Operation
- Magen-Darm-Operation
- Amputationen

Die Nr. 34 kann vom Operateur, aber auch vom einweisenden Arzt für die ausführliche Aufklärung vor der Operation abgerechnet werden. Während der Zeit der Erörterung evtl. erbrachte Leistungen können nicht abgerechnet werden
Nach der Leistungslegende kann die Nr. 34 innerhalb von 6 Monaten nur 2x erbracht und abgerechnet werden. Ist diese Frist abgelaufen, dann schließt sich nach **Brück** ein weiterer 6-monatiger-Zeitraum an, in dem die Leistung erneut zweimal erbracht werden kann.

Tipp: Die Leistung nach Nr. 34 ist z.B. kombinierbar mit den Leistungen nach Nrn. 5, 6, 7, 8, und Hausbesuchen und Visiten.

IGeL: Für die Leistungen z.B.

- Fastenkur
- Raucherentwöhnung
- Ernährungsberatung

ist die Nr. 34 analog anzuwenden

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 36	**Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. bei Asthma bronchiale, Hypertonie, einschl. Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschl. Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung (analog Nr. 33 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**300** 17,49	40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr.A 36 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 15, 20, 34, 435, 847, 862, 864, 871, 887

IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

45	**Visite im Krankenhaus**	**70** 4,08	9,38 14,28

Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.
Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder oder 51 nicht berechnungsfähig.
Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.
Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.

Ausschluss: Neben Nr. 45 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: Der gesamte Abschnitt B Nrn 1-107. Für Visiten gibt es kein Wegegeld.

Kommentar: Die Nr. 45 ist nur für die erste regelmäßige tägliche Visite durch einen Krankenhausarzt oder einen Belegarzt abrechnungsfähig. Eine zweite Visite am selben Tag muss nach Nr. 46 berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G und H sind für Krankenhausärzte nicht ansetzbar. Der Zuschlag E ist allerdings ansetzbar bei der Visite durch einen Belegarzt.
Brück weist in seiner Kommentarierung darauf hin, dass nicht jeder Besuch am Krankenbett als Visite anzusehen ist. Werden z. B. nur Laborbefunde mitgeteilt, so hält Brück den Ansatz der Nrn. 45 oder 46 für nicht statthaft. Der Kommentar von Lang, Schäfer, Stiel und Vogt führt aus, was nach Meinung dieser Autoren mit einer Visite verbunden ist...

- Weg zum Krankenbett
- Beratung
- Ggf. Untersuchung
- Prüfung aktueller Befunde
- Feststellung und Überwachung des Krankheitszustandes
- Beratung mit ärztlichem und nichtärztlichem Assistenzpersonal
- Anordnungen zu weiteren diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen..."

Tipp:

- Neben den Visiten nach Nrn. 45 oder 46 sind zwar keine Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3 – 8 abrechenbar, dafür aber z.B. Leistungen der Praevention, der Diagnostik, neurologische und psychiatrische Untersuchungen, psychiatrische oder psychosomatische Therapie, Laboruntersuchungen, Röntgen.
- Erbringt allerdings ein **Belegarzt** die Visite entsprechend der Leistungslegende der Nr. E, d.h. die Visite ist dringend angefordert und erfolgt unverzüglich, dann ist die Abrechnung des Zuschlages nach Nr. E möglich.
- Die Zuschläge nach den Buchstaben F bis H sind nicht einsetzbar. Allerdings ist bei Kindern bis zum vollendetem 4. Lebensjahr ein Zuschlag nach K2 möglich.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Wird ein vom Belegarzt bezahlter Bereitschaftsdienst vorgehalten, so kann der Zuschlag nach dem Buchstaben **J einmal am Tag** zusätzlich abgerechnet werden.
- Wird eine zweite Visite am Tag durchgeführt, so ist diese nach der Nr. 46 zu berechnen; dies gilt auch für weitere am selben Tag erforderliche Zweitvisiten. Mehr als zwei Visiten pro Tag dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles erforderlich waren oder verlangt wurden. Wurde eine Visite verlangt, so ist dies auf der Liquidation anzugeben. Begründungen könnten z.B. sein: Starke Schmerzen, Fieber, akute Verschlechterung, Verdacht Nachblutung. Medikamenten – Unverträglichkeit etc.

46 Zweitvisite im Krankenhaus

50 6,70
2,91 10,20

Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.
Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.
Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden.
Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.

Ausschluss: Neben Nr. 46 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3 – 8, 15, 45, 48, 50, 51, 435, A, B, C, D, E (für Belegarzt u.U. erlaubt, siehe Kommentar), F, G, H. Für Visiten gibt es kein Wegegeld!

Kommentar: Siehe auch Kommentar zu GOÄ Nr. 45.
Die Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G und H sind für Krankenhausärzte nicht ansetzbar. Der Zuschlag E ist allerdings ansetzbar bei der Visite durch einen **Belegarzt,** wenn sie entsprechend der Leistungslegende der Nr. E erfolgt, nämlich dringend angefordert wird und unverzüglich erfolgt.
Werden an einem Tag mehrere Visiten durchgeführt und damit für die 2. und die weiteren Visiten jeweils die Nr. **46** angesetzt, so sollten ab der 3. Visite kurze Begründungen in der Rechnung angegeben werden, um Probleme bei der Zahlung durch den Krankenversicherungsträger auszuschließen.

Tipp:
- Wird die Leistung bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, ist K2 zusätzlich abrechenbar.
- Erbringt allerdings ein Belegarzt die Visite entsprechend der Leistungslegende der Nr. E, d.h. die Visite ist dringend angefordert und erfolgt unverzüglich, dann ist die Abrechnung des Zuschlages nach Nr. E möglich.
- Neben den Visiten nach Nrn. 45 und 46 sind zwar keine Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3 – 8 möglich, dafür aber z.B. Leistungen der Prävention, der Diagnostik, neurologische und psychiatrische Untersuchungen, Laborleistungen, Röntgen etc. und auch die Nr. 849.

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

120 16,09
6,99 24,48

Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 48 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 45, 46, 50, 51, 52, 61, 435, F, H.

Kommentar: Zur Abrechnung der Nr. 48 muss in dem Alten- oder Pflegeheim eine entsprechende Pflegestation vorhanden sein, die sich räumlich abgetrennt vom übrigen Heimbereich befindet.
Die Leistung nach Nr. 48 ist im Vergleich zur Leistung nach Nr. 50 geringer bewertet, weil der Gesetzgeber davon ausgegangen ist, dass der Arzt in der Regel bei einem Be-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

such mehrere Patienten auf der Pflegestation besucht und entsprechendes Pflegepersonal vorhanden ist.
Wird nach dem Besuch auf der Pflegestation z.B. ein Besuch bei einem Patienten durchgeführt, der in einer abgeschlossenen Wohnung im Altersheim wohnt, so ist die Nr. 50 für diesen Besuch abrechnungsfähig.
Wenn mehrere Patienten im Altersheim besucht werden, die in einer häuslichen Gemeinschaft wohnen, ist ggf. auch die Nr. 51 anzusetzen. Dies nur, wenn es als Anzeichen einer „häuslichen Gemeinschaft" zentrale Bereiche – z.B. den Küchenbereich oder den Essbereich – gibt, in denen sich Mitbewohner treffen. Zur häuslichen Gemeinschaft siehe weitere Kommentierung bei Nr. 51

50 Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung

320 42,90
18,65 65,28

Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.
Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 50 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5, 45, 46, 48, 51, 52, 61, 435, A, B, C, D, E K1.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Besuchsgebühr für Anästhesisten**
Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 46 (16.11.2007), Seite A-3212 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4213.5784
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sieht für den (Haus-) Besuch unter anderem die Nr. 50 GOÄ „Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung" vor. Besucht der (Haus-)Arzt den Patienten zu Hause, ist der Sachverhalt eindeutig. Das Aufsuchen einer regelmäßigen Arbeitsstelle hingegen stellt keinen Besuch im Sinn der Nr. 50 GOÄ dar. Regelmäßige Arbeitsstelle(n) ist (sind) für den niedergelassenen Arzt eine Praxis (oder mehrere Praxen) sowie das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) etc. Beim Belegarzt gehört auch das Krankenhaus (seltener die Krankenhäuser) zur Arbeitsstätte. Anästhesisten, die zu vereinbarten Zeiten regelmäßig zu ambulanten Operationen in verschiedenen Praxen oder Operationszentren hinzugezogen werden, können dem Patienten weder Besuchsgebühr noch Wegegeld (nach § 8 GOÄ) oder Reiseentschädigung (nach § 9 GOÄ) in Rechnung stellen, weil es sich bei diesen Orten um ihre regelmäßige Arbeitsstelle handelt (vergleiche auch Oberverwaltungsgericht Münster vom 18. Dezember 1990, Az.: 12 A 78/89 4K 733/87).
Davon abzugrenzen ist die sporadische Hinzuziehung des Arztes für einen bestimmten Patienten im konkreten Einzelfall (Notfall), bei dem es sich nicht um den üblichen Ort seiner Tätigkeit oder seine regelmäßige Arbeitsstätte handelt, mit der Folge, dass in einem solchen Einzelfall Besuchsgebühren und Wegegeld (auch vom Anästhesisten) berechnet werden können.
Der Fall, wo ein niedergelassener Anästhesist seine Tätigkeit überwiegend (mehr als zwei Drittel) in eigener Praxis ausübt und zusätzlich in unregelmäßigen Intervallen nach individueller Absprache zur ambulanten ästhesiologischen Tätigkeit bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen in mehreren umliegenden Orten hinzugezogen wird, ist auf den ersten Blick etwas anders gelagert als die Fälle, in denen ein Anästhesist in überwiegendem Umfang seine Tätigkeit „im Umherziehen" bei anderen Fachärzten oder bei verschiedenen ambulanten Operationszentren ausübt. Nach Ansicht der Bundesärztekammer sei der prozentuale Anteil dieser Form des Tätigwerdens in Praxen anderer Fachrichtungen nicht maßgeblich, sondern vielmehr die Regelmäßigkeit, mit der ein Anästhesist für die Durchführung von Leistungen von Ärzten verschiedener Fachrichtungen hinzugezogen werde. Der Kreis derjenigen Ärzte, die den Anästhesisten in unregelmäßigen Abständen hinzuziehen, läge in der Regel fest. Die Hinzuziehung erfolge daher zwar im „Bedarfsfall", die Eingriffe seien jedoch geplant und würden für den Einsatz des Anästhesisten entsprechend gebündelt. Es sei demnach eine (gewisse) Regelmäßigkeit zu erkennen, die für die Beurteilung maßgeblich sei. Der Ansatz von Besuchsgebühr, Wegegeld oder Reiseentschädigung wird aus diesem Grund für diese Fallkonstellation von der Bundesärztekammer abgelehnt. Ausnahme sei die ungeplante Hinzuziehung in einem Notfall (vergleiche oben).

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 7.10.2003** (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Notarzt-/Blaulichteinsätze – Überschreitung des Regelsatzes**
Nach eingehender Überlegung kommt die Bayerische Landesärztekammer in Bezug auf die Rechnungslegung bei Notarzt-/Blaulichteinsätzen zu folgendem Schluss:
Die Überschreitung des Regelsatzes bei der Besuchsgebühr ist bei Notarzt-/ Blaulichteinsätzen u.E. gerechtfertigt und begründet. „Als Besuch gilt der Weggang des Arztes zum Zwecke des Aufsuchens des Kranken in dessen Wohnung bzw. an dessen Aufenthaltsort (Unfallort)."
Unstrittig werden Besuche bei Notarzt-/ Blaulichteinsätzen unter erschwerten Bedingungen durchgeführt, so dass nach Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer hier das Bemessungskriterium „besondere Umstände bei der Leistungserbringung" ein Überschreiten des Regelsatzes bei der Besuchsgebühr rechtfertigt.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Diese besonderen Umstände enden gewöhnlich mit dem Eintreffen des Arztes beim Patienten. Natürlich können wiederum **neue** Kriterien vorliegen, die **aus anderen Gründen** ebenfalls ein Anheben der Gebührenspanne rechtfertigen würden. Diese neuen Gründe sind dann bei der entsprechenden „Sonderleistung" anzugeben.
In keinem Fall ist es u.E. vertretbar, bei Notarzt-/ Blaulichteinsätzen bei allen Leistungen – unter Hinweis auf den Notarzt-/ Blaulichteinsatz – den jeweiligen Regelsatz zu überschreiten.

Tipp:
- Wird die Leistung (Besuch) sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.
- Wird die Leistung bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, ist K2 zusätzlich abrechenbar.
- Neben Nr. 50 z.B. möglich: 6, 7, 8, 4 oder 34 oder 15, Wegegeld, Zuschläge nach E-H, K2, 800, 801, 849 und alle Sonderleistungen.

IGeL:
- Bei Wohnraumbegehung im Rahmen umweltmedizinischer Untersuchungen: Wegegeld nicht vergessen.
- Präventive Hausbesuche auf Patientenwunsch

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

250 14,57 33,52 51,00

Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.
Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 51 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 5, 45, 46, 48, 50, 52, 61, 435, A, B, C, D], E, K1.

Kommentar:
- Gemeinsamer Eingang, gemeinsame Post, gemeinsames Essen, gemeinsames Zimmer, kein eigener Haushalt bedeutet: **dieselbe soziale Gemeinschaft.**
- Dieselbe ‚häusliche Gemeinschaft' liegt nicht vor, wenn ein Patient beispielsweise in seiner abgeschlossenen, eigenen Wohnung im Seniorenheim besucht wird. Also: Eigener Schlüssel, eigener Briefkasten, eigene Klingel, eigener Eingang – **nicht dieselbe soziale Gemeinschaft!** Das gilt auch, wenn dieser Patient sein Essen über eine Zentralküche erhält.

Tipp: Wird die Leistung (Besuch/Visite) sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H zum 1/2 Satz abrechenbar.Wird die Leistung bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, ist K2 zusätzlich abrechenbar.

Auf einen Blick: **Wegegelder**

Radius	tagsüber EURO	nachts EURO
bis 2,0 km	3,58	7,16
2-5 km	6,64	10,23
5-10 km	10,23	15,34
10-25 km	15,34	25,56
Bei mehr als 25 km erhält der Arzt eine Reiserentschädigung entsprechend § 9 GOÄ		

52 Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nicht ärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z.B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)

100 5,83 –

Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nicht ärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 52 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 48, 50, 51, 435, A, B, C, D, E, F, G, H, K1, K2

Kommentar: Sucht ein nichtärztlicher Mitarbeiter im Auftrage des Arztes auf einer Hausbesuchsfahrt mehrere Patienten auf, so kann für jeden dieser Patientenbesuche die Nr. 52 angesetzt werden.
Der mehrfache Ansatz der Nr. 52 ist auch möglich, wenn in derselben häuslichen Gemeinschaft mehrere Patienten aufgesucht werden müssen.
Wezel/Liebold ergänzt seinen Kommentar „...Neben der Nummer 52 können keine Leistungen berechnet werden, die durch den Arzt selbst auszuführen sind oder dessen Anwesenheit voraussetzt ...".
Dazu muss gesagt werden, dass in der GOÄ dem Arzt ein breites Spektrum von Möglichkeiten der Delegation an nicht ärzliches Personal gegeben ist.

Tipp: Neben dem Besuch der Helferin sind z.B. abrechenbar:
- Blutabnahmen
- Spritzen
- Verbandswechsel, z.B. Kompressionsverband
- Wundverbände
- EKG

55 Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme

500 67,03
29,14 102,00

Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 55 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 56, 60, 61, 435, 833

Kommentar: Wird bei einem Besuch in der Wohnung des Patienten festgelegt, dass eine Krankenhauseinweisung unter ärztlicher Transportbegleitung erforderlich ist, und sind ggf. zu dem Hausbesuch schon die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H oder K2 abgerechnet, dann können diese Zuschläge nicht ein zweites Mal für die Transportbegleitung berechnet werden.
Geht der Transport allerdings von der ärztlichen Praxis zum Krankenhaus, so können diese Zuschläge nach E – H und /oder K2 ebenfalls einmal neben Nr. 55 berechnet werden.
Der Gebührenordnungstext legt fest, dass neben Nummer 55 die Leistungen des Verweils nach Nr. 56 und der konsularischen Erörterung nach Nr. 60 nicht abrechnungsfähig sind.
Wird aber ein Konzil nach Nr. 60 eindeutig von der Begleitung des Patienten in eine Klinik zeitlich getrennt durchgeführt, so kann die Nr. 60 entsprechend abgerechnet werden. Es erscheint dabei hilfreich, wenn der abrechnende Arzt hinter der Nr. 60 die entsprechende Uhrzeit angibt, um damit deutlich zu machen, dass das Konzil zu einem anderen Zeitpunkt als die Transportbegleitung des Patienten durchgeführt wurde.

Tipp:
- Wird die Leistung (Besuch/Visite) sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H, abrechenbar.
- Wird die Leistung bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, ist K2 zusätzlich abrechenbar.
- Zusätzlich sind die weiteren erbrachten Leistungen, z.B. Untersuchungen, Injektionen, Verbände, EKT etc., abrechenbar.

56* Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde

180 18,89
10,49 26,23

Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 56 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 55, 61, 435, 448, 449

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase (13. Sitzung vom 3. Februar 1998)**
Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leistungstätigkeit beispielsweise eines Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung der Leistungsgeschehens. Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ abrechenbar ist.
In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (z.B. Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten" nicht gegeben.
Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ). Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

Kommentar: Nach den Ausführungen im Kapitel **A. Gebühren im besonderen Fällen** kann diese Leistung nur bis zum 2,5fachen Satz bemessen werden.
Nr. 56 kann nur für eine Verweildauer berechnet werden, die nicht durch andere abrechenbare Leistungen unterbrochen wird.
Ist eine Transportbegleitung des Patienten erforderlich, so kann eine Verweilgebühr dann abgerechnet werden, wenn keine ärztlichen Leistungen in dieser Zeit erbracht werden.
Nach einem Verweilen von 30,5 Min. kann die Nr. 56 gleich 2x abgerechnet werden.
Einige Kommentare halten die Verweilgebühr auch für die Rückfahrt zu Einsatzort oder zur Praxis ansetzbar.
Nach **Brück** ist die Leistung der Nr. 56 ist **nicht abrechenbar**

- „... für die **Dauer der Ausführung** einer berechnungsfähigen, aber im Einzelfall länger dauernden Leistung (z.B. Infusion, Operation)
- für **Ausbleiben des bestellten Kranken** (Hess. LSG 28.2.73 – L7 Ka 375 u. 308/71; BSG 18.2.1970 – 6 RKa 29/68)
- für die Betreuung während der postnarkotischen Aufwachphase (Nrn. 448 und 449)
- für die Überwachung einer Regionalanästhesie
- für die Zeit der Vorbereitung für einen Eingriff
- für die Zeit des Wartens auf eine beauftragte Leistung, z.B. Labor, Röntgen, Assistenz, Schnellschnitt-Untersuchung
- im Zusammenhang mit Beistand bei einer Geburt vor Ablauf von 2 Stunden (vgl. Nr. 1021)
- für die „Dienstbereitschaft" (z.B. Geburtshilfe)
- für das immanente Verweilen, das – durch Beratung, Untersuchung etc – mit dem Besuch verbunden ist
- für die Beobachtung eines Kranken lediglich zwischen den Behandlungen anderer Kranker (kurzfristiges Hinsehen)
- neben Nr. 790 – 793
- im Rahmen intensivmedizinischer Behandlung durch den die Nr. 435 abrechnenden Arzt..."

Tipp:

- Wird die Leistung sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.
- Wird die Leistung bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht, ist K2 zusätzlich abrechenbar.
- Neben Nr. 56 sind Zuschläge nach E-H, K2 abrechenbar. Ferner sind neben Nr. 56 die Nrn. 833 und 1022 abrechenbar.

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

120 16,09
6,99 24,48

Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidirende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.

Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.
Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z.B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechnungen (z.B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).

Ausschluss: Neben Nr. 60 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3, 55, 61

Beschluss BÄK: **Beschlüsse des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Berechnung für den ausgefüllten Konsilschein (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)**
Durch die Fassung der Legende zu Nr. 60 GOÄ „konsiliarische Erörterung ..." ist dem Wesen des Konsils entsprechend der Befund- und Meinungsaustausch zwischen den Ärzten in der Konsiliarleistung enthalten.
Nicht festgelegt ist in der GOÄ, in welcher Form dies erfolgt, zum Beispiel mündlich oder schriftlich. In jedem Fall ist aber auch die schriftliche Befunddarstellung und Erörterung Bestandteil der Leistung nach Nr. 60 GOÄ und kann deshalb nicht eigenständig – zum Beispiel mit Nr. 75 GOÄ – neben dem Konsil nach Nr. 60 GOÄ berechnet werden.
Allerdings steht dem Arzt eine Wahlfreiheit zu, ob er in Fällen, in denen der ausgefüllte Konsilschein die Voraussetzungen der Nr. 75 GOÄ in allen Inhalten erfüllt, diese oder Nr. 60 GOÄ berechnet.
Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase (13. Sitzung vom 3. Februar 1998)
Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leistungstätigkeit beispielsweise des Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung des Leistungsgeschehens.
Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÖ abrechenbar ist.
In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (zum Beispiel Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten" nicht gegeben.
Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ).
Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 4.12.2003** (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – **Konsil**
Unter einem Konsil ist die Beratung zweier oder mehrerer Ärzte zu verstehen, die der Abklärung einer Diagnose und/oder Behandlung dient.
Nicht unter den Begriff des Konsils fällt jedoch eine Besprechung des Anästhesisten mit dem Operateur über die Planung und Durchführung eines operativen Eingriffes.
Davon zu unterscheiden ist jedoch die konsiliarische Abklärung aufgrund vorliegender Grunderkrankungen und dazu evtl. erforderlicher Vorbehandlungen, um überhaupt die Narkosefähigkeit herzustellen. Entsprechendes sollte bereits mit Rechnungslegung deutlich gemacht werden.

Kommentar: Für die konsiliarische Erörterung ist keine Mindestzeit vorgeschrieben. Das Konsilium kann auch telefonisch durchgeführt werden. Die Bestimmungen legen keinen Ort für das Konsil fest.
Jeder der am Konsil beteiligten Ärzte muss den Patienten entweder vor dem Konsil oder „...in unmittelbarem in zeitlichem Zusammenhang" mit dem Konsil untersucht haben. Ein Konsil allein nach Krankenaktenlage ist nicht statthaft.
Die am Konsil teilnehmenden Ärzte müssen liquidationsberechtigt sein oder es muss sich um den ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter handeln.
Es sind in der Legende nicht nur Krankenhausärzte, sondern auch niedergelassene Ärzte mit Liquidationsberechtigung gemeint.
Ausgeschlossen vom Konsil sind aber z.B. Amtsärzte, Ärzte des medizinischen Dienstes der Krankenkassen und Betriebsärzte.
Nicht berechnet werden kann ein Konsil, wenn es stattfindet zwischen Ärzten derselben Krankenhausabteilung, derselben Gemeinschaftspraxis – dabei ist es gleich, ob es sich um Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen handelt .

Tipp:
- Wird die Leistung sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Die Nr. 60 kann telefonisch erbracht werden
- Zum Konsil erforderliche Hausbesuche, Wegegeld, Untersuchungen und Sonderleistungen kann jeder am Konsil beteiligte Arzt für sich abrechnen.
- Muss ein Arzt zum Konsil in die Praxis eines anderen Arztes fahren, so kann er den Besuch und Wegegeld abrechnen.
- Zusätzlich abrechenbar sind z.B. Zuschläge nach E, F, G, H.

61 Beistand bei ärztlicher Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde

130 17,43
7,58 26,52

Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.
Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.
Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

Ausschluss: Neben Nr. 61 dürfen keine weiteren Leistungen berechnet werden.

Kommentar: Mit der Nr. 61 ist die gesamte ärztliche Tätigkeit eines zum Beistand hinzugezogenen Arztes abgegolten, dies gilt auch für Visiten und Besuchsgebühren, die nicht berechnet werden können. Ein Wegegeld ist für den Arzt allerdings berechnungsfähig.
Welcher Art die Assistenzleistung nach Nr. 61 ist, ist nicht genannt – ob operativ oder auch nicht operativ (z.B. sonographische, gastroenterologische oder kardiologische Spezialuntersuchungen)
Muss der zum Beistand geholte Arzt allerdings diagnostische und therapeutische Maßnahmen ausführen, so kann er unter Verzicht auf die Abrechnung Nr. 61 die einzelnen Leistungen natürlich berechnen. Die Leistungen nach Nrn. 61 und 62 sind auch abrechenbar, wenn eine Assistenz weniger als eine halbe Stunde gedauert hat.
Wird der Beistand länger als eine halbe Stunde geleistet, so kann für jede weitere angefangene halbe Stunde die Nr. 61 abgerechnet werden. Es empfiehlt sich allerdings, in der Liquidation die entsprechenden Zeiten anzugeben. **Wezel/Liebold** formuliert in seinem Kommentar „...Zeiten für die Vorbereitungen auf diese Operation (unmittelbare Rüstzeit) können mitberechnet werden, nicht jedoch Zeiten für die An- und Abfahrt und für einleitende Beratungen mit dem behandelnden/operierenden Arzt ...“.

Tipp:
- Wird die Leistung sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.
- Neben Nrn. 61 sind Zuschläge nach E-H abrechenbar.

62 Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde

150 20,11
8,74 30,60

Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.

Ausschluss: Neben Nr. 62 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 61, 435

Kommentar: Im Gegensatz zur Nr. 61 ist hier in der Leistungslegende nicht formuliert, dass der Assistent selbständige, diagnostische und therapeutische Leistungen nicht abrechnen kann. Diese Leistungen sind also neben der Nr. 62 berechnungsfähig.
Wird eine Assistenz über längere Zeiten erforderlich, so kann der Assistent für jede angefangene halbe Stunde die Nr. 62 abrechnen. Es erscheint sinnvoll, dass die Uhrzeiten der Assistenz in der Liquidation mit aufgeführt werden.

Tipp:
- Wird die Leistung sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschläge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.
- Neben Nr. 62 sind Zuschläge nach E, F, G, H abrechenbar.
- Anders als bei Nr. 61 kann der Assistent selbständig erbrachte Leistungen neben Nr. 62 berechnen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

62 analog

Anästhesiologisches Stand-By (analog Nr. 62 GOÄ) – n. Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" d. BÄK Stand: 04.11.1999 **150** 8,74 20,11 30,60

Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.

Ausschluss: Neben Nr. 62 analog sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 61, 435

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BK (4. Nov. 1999)
Anästhesiologisches Stand-by
Das anästhesiologische Stand-by definiert als „Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, ohne Narkose, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen", kann je angefangene 30 Minuten analog der **Nr. 62** GO berechnet werden.
Wird im Verlauf der Überwachung eine Narkose/Ansthesie nach den Nrn. **450 – 474 oder 476 – 479** GOÄ erforderlich, so kann dies im Anschluss an die Überwachung berechnet werden.
Die Notwendigkeit beider Verfahren ist zu begründen, und die jeweiligen Zeiten sind in der Rechnung anzugeben. Beide Verfahren sind nach anästhesiologischen Standards zu dokumentieren.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Zur „Stand-by"-Leistung des Anästhesisten**
Dr. med. Beate Heck in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 21 (22.05.2009), S. A-1074 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4257.7246
Während viele kleinere chirurgische Eingriffe ohne die Anwesenheit eines Anästhesisten in Lokalanästhesie vom Operateur allein durchgeführt werden können, erfordern andere Operationen zwingend das Tätigwerden eines Anästhesisten. Daneben gibt es Eingriffe, die grundsätzlich in Lokalanästhesie vom Operateur allein durchgeführt werden können, bei denen jedoch wegen der Schwere der Begleiterkrankungen und/oder bei möglicherweise längerem Operationsverlauf und/oder abnehmender Kooperationsfähigkeit des Patienten die Anwesenheit eines Anästhesisten erforderlich ist, um zum Beispiel eine Analgosedierung des Patienten durchzuführen. Der Anästhesist übernimmt die Überwachung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des Patienten. Durch dieses Vorgehen wird es ermöglicht, dass das Operationsziel mit dem meistens geringeren Risiko der Lokalanästhesie erreicht werden kann.
Gebührenrechtlich stellt sich zunächst folgendes grundsätzliches Problem: Die sogenannte Stand-by-Leistung des Anästhesisten ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht abgebildet, sodass eine Berechnung nur mit einer den Kriterien des § 6 Absatz 2 GOÄ entsprechenden Analogposition erfolgen kann. Der Berufsverband deutscher Anästhesisten hatte für diese Leistung eine analoge Bewertung mit der Gebührenposition 62 GOÄ – Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde – vorgeschlagen. Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat in der ersten Sitzung vom 4. November 1999 dieser analogen Bewertung zugestimmt.
Die Gebührenposition A62 bildet die reine Überwachung der Vitalfunktionen durch einen Anästhesisten bei diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffen, je angefangene 30 Minuten, ab. Das auch für das Tätigwerden des Anästhesisten beim Stand-by erforderliche Vorgespräch sowie die Voruntersuchung sind gesondert mit den jeweils zutreffenden Gebührenpositionen des Kapitels B – Grundleistungen und allgemeine Leistungen (GOÄ) – berechnungsfähig. Auch weitere Maßnahmen während des Stand-by, wie beispielsweise Injektionen zur Analgosedierung und/oder Maßnahmen zur Behandlung von Komplikationen, sind zusätzlich berechenbar. Wird während des Stand-by die Einleitung einer Kurznarkose oder Intubationsnarkose erforderlich, da zum Beispiel der Eingriff sich nicht in Lokalanästhesie beenden lässt und/ oder bei einer unvorhergesehen länger andauernden Operation die Kooperationsfähigkeit des Patienten durch lagerungsbedingte Schmerzen sinkt, so sind diese Leistungen im Anschluss an die Leistung nach A62 GOÄ gesondert zu berechnen. Werden zwei Anästhesieverfahren in der Liquidation aufgeführt, ist es erforderlich, die Zeiten der jeweils eingesetzten Verfahren sowie eine kurze Begründung für die Notwendigkeit beider Anästhesieverfahren anzugeben.

Kommentar: Im Gegensatz zur Nr. 61 ist hier in der Leistungslegende nicht formuliert, dass der Assistent selbständige, diagnostische und therapeutische Leistungen nicht abrechnen kann. Diese Leistungen sind also neben der Nr. 62 berechnungsfähig.
Wird eine Assistenz ber Ingere Zeiten erforderlich, so kann der Assistent für jede angefangene halbe Stunde die Nr. 62 abrechnen. Es erscheint sinnvoll, dass die Uhrzeiten der Assistenz in der Liquidation mit aufgeführt werden.

Tipp:

- Wird die Leistung sofort oder zu besonderen Zeiten erbracht, sind Zuschlge nach den Buchstaben E, F, G, H abrechenbar.
- Neben Nr. 62 analog sind Zuschlge nach E, F, G, H abrechenbar.
- Anders als bei Nr. 61 kann der Assistent selbständig erbrachte Leistungen neben Nr. 62 berechnen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

V Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Artes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie [K 2] dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie [K 1] nicht berechnet werden.
Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

E

Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung **160** 9,33 –

Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt.
Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben dem Zuschlag nach den Buchstaben E sind die Nrn. 45, 46 (Ausnahme: Visite durch den Belegarzt) sowie die Zuschläge nach den Buchstaben A-D, K1, F, G und H nicht abrechnungsfähig.

Tipp: Neben dem Buchstaben E sind die Nrn. 48 – 60, Zuschlag K2, 45, 46 (bei Visite durch Belegarzt) abrechenbar.

F

Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen **260** 15,15 –

Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben dem Zuschlag nach dem Buchstaben F sind die Nrn. 45, 46, 48, 52 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D, F, G, und K1 nicht berechnungsfähig.

Beschluss BÄK: Zuschlag F bei späterem Besuchsantritt (5. Sitzung vom 13. März 1996) In Fällen, in denen ein Besuch vor 20.00 Uhr bestellt, aber erst nach 20.00 Uhr ausgeführt wird, ist der Zuschlag F berechtigt. Die Verzögerung muss jedoch sachlich begründet sein und darf nicht im Ermessen des Arztes liegen.

Tipp: Neben dem Buchstaben F sind die Nrn. 50 – 60 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben H und K2 abrechenbar.

G

Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen **450** 26,23 –

Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben dem Zuschlag nach dem Buchstaben G sind die Nrn. 45, 46, 48, 52 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D, E, F und K1 nicht berechnungsfähig

Tipp: Neben dem Buchstaben G sind die Nrn. 50, 55 – 60 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben H und K2 abrechenbar.

H

Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen **340** 19,82 –

Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.
Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben dem Zuschlag nach dem Buchstaben H sind die Nrn. 45, 46, 48, 52 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D, E und K1 nicht berechnungsfähig

Kommentar: Im Gegensatz zum EBM sind in der GOÄ der 24. und der 31. Dezember nicht mit als Feiertage aufgenommen. Daraus folgert, dass ein Zuschlag nach dem Buchstaben H nicht abrechnungsfähig ist, wenn der 24. und 31. auf einen ganz normalen Wochentag und nicht auf einen Samstag oder Sonntag fallen.

Tipp: Neben dem Buchstaben H sind die Nrn. 50, 55, 56, 60 – 62 sowie die Zuschläge nach den Buchstaben F, G und K2 abrechenbar.

J **Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag** **80** 4,66 –

Ausschluss: Neben dem Zuschlag nach dem Buchstaben J sind die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D, E und K1 nicht berechnungsfähig

Tipp: Neben dem Buchstaben J ist die Nr. 45 (bei Durchführung der Visite durch einen Belegarzt) abrechenbar.

K2 **Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 und 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr** **120** 6,99 –

Ausschluss: Der Zuschlag nach dem Buchstaben K2 ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A, B, C, D und K1 sowie den Nrn. 790 – 793 nicht berechnungsfähig.

VI Berichte, Briefe

Kommentar:
Berichte und Arztbriefe sind oft mit intensiven Patienten-Beratungen verbunden. Leider kann dafür nicht die Nr. 3 abgerechnet werden. Es stehen aber die Nrn. 1, 4, 15 und 34 zur Verfügung.

Auf einen Blick:
Atteste und Gutachten

GOÄ-Nr.	Leistungslegende	€ 1-facher Satz	€ 2,3facher Satz
70	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	2,33	5,36
70	Kurze ärztliche Bescheinigung	2,33	5,36
76	Schriftlicher, individueller Diätplan	4,08	9,38
78	Behandlungsplan für Chemotherapie und/oder Nachsorge bei tumorkranken Patienten	10,49	24,13
75	Schriftlicher Krankheits- und Befundbereicht	7,58	17,43
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung	17,49	40,22
85	Schriftliche gutachterliche Äußerung bei höherem Aufwand mit wissenschaftlicher Begründung! Je angefangene Stunde Arbeitszeit	29,14	67,03
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen und Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	7,00	16,09
95	Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite . Nur berechnungsfähig neben den Nummern 80, 85 und 90	3,50	–
96	Kopiergebühr, je Kopie. Nur berechnungsfähig neben den Nummern 80, 85 und 90	0,18	–
100	Untersuchung eines Toten, einschl. Leichenschauschein	14,57	33,52

Abrechnungsbeispiele:
- Anfrage einer privaten Krankenversicherung. Eine Untersuchung des Patienten wird nicht gewünscht. Äußerung auf zwei Seiten Vordruck mit Kopie. In diesem Falle sollte zuerst eine Hono-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

rarabsprache mit schriftlicher Zusage der Versicherung geführt werden, dann wäre abzurechnen: 80 + 2 x 95 + 2x 96 + Porto. Porto- und Versandkosten sind gemäß §10 berechnungsfähig.

- Gutachterliche Äußerung nach Studium der Krankenakte für eine Unfallversicherung. Auch hier sollte zuerst eine Honorarabsprache mit der Versicherung geführt werden und dann nach schriftlicher Zusage abgerechnet werden: 85 + 4 x 95 + 4 x 96 + Porto. Porto- und Versandkosten sind gemäß §10 berechnungsfähig.
- Gefordert ist ein Gutachten für eine Lebensversicherung mit körperlicher Untersuchung. Eventuelle Laboruntersuchungen, HIV-Test und EKG sind zusätzlich zu berechnen: 8 + 85 + 4 x 95 + 4 x 96 + Porto. Porto- und Versandkosten sind gemäß § 10 berechnungsfähig.

70 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

40 5,36
2,33 8,16

Ausschluss: Neben Nr. 70 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 95, 96, 435

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Beratung und Untersuchung bei Kindergartenattesten**
Dr. med. Anja Pieritz in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 27 (03.07.2009), S. A-1432 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4222.7625& amp;all=true
Soll der Arzt eine Bescheinigung für den Kindergarten oder die Schule ausstellen, die die „Freiheit von ansteckenden Krankheiten" attestiert, so hängt die Rechnungslegung nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Art und Umfang der dazu vom Arzt notwendigerweise zu erbringenden Leistungen ab. Dies gilt für privat als auch für gesetzlich versicherte Patienten.
Bei gesetzlich versicherten Patienten beziehungsweise deren Erziehungsberechtigten gilt, dass diese vor Erbringung der Wunschleistung schriftlich zustimmen müssen. Sie müssen darauf hingewiesen werden, dass sie die Kosten selbst tragen müssen, weil diese nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Die privaten Krankenversicherungen sind ebenfalls nicht verpflichtet, die Kosten für Wunschleistungen (die gemäß § 12 Absatz 3 GOÄ als solche auf der Rechnung zu kennzeichnen sind) zu übernehmen. Nach Erbringen der Leistung wird eine Rechnung nach GOÄ erstellt und fällig. Vorkasse oder Pauschalen sind nicht zulässig.
Wird der Arzt ausschließlich aufgesucht, damit er das Kind per Attest für „kindergarten- oder schulfähig" erklärt, so können neben dem Attest (nach Nr. 70 GOÄ) auch die Beratung und Untersuchung privat in Rechnung gestellt werden. Je nach Dauer können für die Beratung die Nrn. 1 oder 3 GOÄ, für die Untersuchung die Nrn. 5, 6, 7 (oder im Ausnahmefall Nr. 8) GOÄ und gegebenenfalls der Kinderzuschlag gemäß K1 angesetzt werden.
Ist das Attest hingegen „Nebenprodukt" eines – etwa zur Behandlung oder Vorsorgeuntersuchung – geplanten oder medizinisch notwendigen Besuchs, gehen Beratung und Untersuchung zulasten der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung. Das Attest ist von den Eltern zu bezahlen.
Eine Mutter, die nach der kurativen Behandlung einer Konjunktivitis ihres Kindes den Arzt nur zu dem Zweck aufsuchte, damit er per Attest für den Kindergarten bestätigte, dass das Kind „frei von ansteckenden Krankheiten" sei, meinte, dass der Arzt sich auf die Untersuchung des Auges habe beschränken müssen. Dieser Protest schlug fehl, weil der Arzt das gewünschte Attest ohne eine entsprechende Untersuchung nicht hätte ausstellen können.
Aus diesem Grund ist es wichtig, die Eltern entsprechend zu informieren und sich vor Erbringung der Wunschleistung eine Zustimmung mit Kostenaufstellung (detailliert nach GOÄ) unterschreiben zu lassen. Sollten trotzdem Probleme oder Streitigkeiten auftreten, kann die zuständige Ärztekammer aufklärend, gegebenenfalls auch schlichtend, tätig werden.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.9.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**
Die Nr. 70 ist für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung berechnungsfähig. Die private Krankenversicherung bzw. Beihilfe erstatten dem Versicherten diese Leistung nicht (ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag), so dass eine Zahlungsverpflichtung seitens des Patienten besteht, unabhängig von der Erstattung des Kostenträgers.
Leistungskürzungen von Patienten unter dem Hinweis, die Krankenversicherung habe die Nr. 70 nicht erstattet, müssen deshalb nicht hingenommen werden. Die Berechnung der Nr. 70 für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist gebührenrechtlich nicht zu beanstanden!

Kommentar: Nach Kommentar von **Brück** kann die Nr. 70 neben der Nr. 3 berechnet werden. **Hach** formuliert in seinem Kommentar zur Frage der Abrechnung der Nr. 70 neben der Nr. 3 „...Der Ausschluss neben Leistung nach Nr. 3 (einzige Leistung) kann nicht die notwendige Bescheinigung und Attestierung erfassen. Wird dies zukünftig doch so gesehen, so muss die zusätzliche Leistung in ihrem besonderen Umfang und Schwierigkeitsgrad in die Faktorerhöhung bei der Steigerung (z.B. x 3,35) der Grundleistung (z.B. 3 + 8) einfließen, dies wird den Ausfall mehr als nur kompensieren ...".
Die Befundmitteilung, die Übermittlungen von erhobenen Befunden z.B. EKG, Lungenfunktion, Laborparametern entspricht, kann nicht abgerechnet werden. Sie ist Bestand-

teil der durchgeführten diagnostischen Leistungen. Wird allerdings ein Befundbericht erwartet, der sich zur Anamnese und zum Verlauf der Krankheit äußert und sozialdiagnostische Erwägungen diskutiert und Therapieansätze, so handelt es sich nicht mehr um einen einfachen Befundbericht, sondern um einen ausführlichen Befundbericht, der nach der Nr. 75 berechnungsfähig ist. Zusätzlich können Porto- und Versandkosten gemäß §10 in Rechnung gestellt werden.

Tipp:

- Mit Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus siehe Nr. A 72.
- Mit Nr. 70 können auch berechnet werden:
  - Eintragungen in Allergiepass – Ausstellung Allergiepass – Bescheinigungen zur Sportbefreiung für die Schule – Leichenschauschein für Feuerbestattung – sonstige Schulbescheinigungen – Ausstellung eines neuen Impfausweises (die Eintragung von Impfungen allerdings ist mit der Impfgebühr nach Nrn. 375 – 378 abgegolten)

Auf einen Blick: **Bescheinigungen – Atteste – Gutachten**

Kurzlegende	GOÄ-Nr.	1fach€	2,3fach €
Adoptionsgutachten bei Kindern *(ggf. + Untersuchung)*	75	7,58	**17,43**
Aufnahmeanträge – Altersheim, Kindergarten *(ggf. + Untersuchung*	75	7,58	**17,43**
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	70	2,33	**5,36**
Attest für Einreisebehörden z. B. USA über erforderliche im Gepäck mit geführte med. techn. Geräte und/oder Medikamente (z. B. Spritzen, Pen, Insuline) – je nach Aufwand	70 75	2,33 7,58	**5,36** **17,43**
Bescheinigung, kurze ärztliche *z. B. für Schule, Kindergarten, Sportverein*	70	2,33	**5,36**
Behandlungsplan bei tumorkranken Patienten – Chemotherapie und/oder Nachsorge,	78	10,49	**24,13**
Diätplan, individueller schriftlich – *bei langfristigen detaillierten Plänen erscheint ein höherer Steigerungssatz angemessen. Begründung: Erheblicher, das normale Maß übersteigender Aufwand*	76	4,08	**9,38**
Entlassungsbericht im Krankenhaus, vorläufiger	A 72	2,33	**5,36**
Flugtauglichkeitsbescheinigung je nach Aufwand *(ggf. + Untersuchung)*	70 75	2,33 7,58	**5,36** **17,43**
Gesundheitszeugnis z. B. für Visum	75	7,58	**17,43**
Gutachterliche Äußerung, schriftlich + Schreibgebühren	80	17,49	**40,22**
Gutachterliche Äußerung, schriftlich – *bei höherem Aufwand mit wissenschaftlicher Begründung! Je angef. Stunde Arbeitszeit + Schreibgebühren*	85	29,14	**67,03**
Impfbefreiungszeugnis z. B. bei Gelbfieberimpfung	75	7,58	**17,43**
Kindergartenbescheinigung – *Kindergartenunfähigkeit, Wiedergenesung*	70	2,33	**5,36**
Krankheits- und Befundbereicht, schriftlicher – *die vom Patienten oft gewünschte Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse wird von den PKV-Kassen nicht gezahlt.*	75	7,58	**17,43**
Patientenbuch – *Ergänzung von Daten*	70	2,33	**5,36**
Reisefähigkeitsbescheinigung *(ggf. + Untersuchung)*	70	2,33	**5,36**
Reiserücktrittsversicherung, Bescheinigung *(ggf. + Untersuchung)*	75	7,58	**17,43**
Schulbescheinigung z. B. über Schulunfähigkeit, Sportunfähigkeit	70	2,33	**5,36**
Schwangerschaftsabbruch – Indikation für einen Seh., schriftliche Feststellung über das Vorliegen und Nichtvorliegen + Schreibgebühren	90	6,99	**16,09**
Segel- oder Motorführerschein-Tauglichkeit – *Bescheinigung nach Krankenakte ohne neue Untersuchungen*	70	2,33	**5,36**
Sporttauglichkeitsbescheinigung für die Schule *(ggf. + Untersuchung)*	70	2,33	**5,36**
Sportverein-Bescheinigung *(ggf. + Untersuchung)*	70	2,33	**5,36**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kurzlegende	GOÄ-Nr.	1fach€	2,3fach €
Wehrtauglichkeit-Bescheinigung *(ggf. + Untersuchungen)* je nach Umfang	80 85	17,49 29,14	**40,22** **67,03**
Schreibgebühr je angefangene DIN A Seite – nur bei Nrn. 80,85,90	95	**3,50**	
Kopiergebühr, je Kopie	96	**0,18**	

IGeL: Bescheinigung außerhalb der GKV-Erstattungspflicht z.B. für
- Flug- und Tauchtauglichkeit
- Reiseimpfungen
- Reiserücktritt aus Krankheitsgründen
- Schulunfähigkeit
- Sportvereine

A 72 Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus (analog Nr. 70 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer

40 5,36
2,33 8,16

Kommentar: Bisher gab es keine berechnungsfähige Befundmitteilung, sondern nur den ausführlichen Befundbericht nach Nr. 75.
Der vorläufige Entlassungsbericht wird kurz Diagnose, wichtige Diagnostik, durchgeführte Therapie und weitere Therapie auflisten.

75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie

130 17,43
7,58 26,52

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.

Ausschluss: Neben Nr. 75 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 60, 95, 96, 435

Beschluss BÄK: Siehe unter Beschluss zu Kapitel O III Magnetresonanztomographie:
Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer:
Berechnung für den ausgefüllten Konsilschein (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)
Durch die Fassung der Legende zu Nr. 60 GOÄ „konsiliarische Erörterung ...“ ist dem Wesen des Konsils entsprechend der Befund- und Meinungsaustausch zwischen den Ärzten in der Konsiliarleistung enthalten. Nicht festgelegt ist in der GOÄ, in welcher Form dies erfolgt, zum Beispiel mündlich oder schriftlich.
In jedem Fall ist aber auch die schriftliche Befunddarstellung und Erörterung Bestandteil der Leistung nach Nr. 60 GOÄ und kann deshalb nicht eigenständig – zum Beispiel mit Nr. 75 GOÄ – neben dem Konsil nach Nr. 60 GOÄ berechnet werden. Allerdings steht dem Arzt eine Wahlfreiheit zu, ob er in Fällen, in denen der ausgefüllte Konsilschein die Voraussetzungen der Nr. 75 GOÄ in allen Inhalten erfüllt, diese oder Nr. 60 GOÄ berechnet.

Kommentar: Die Nr. 75 kann nur abgerechnet werden, wenn ein Arzt-Patientenkontakt stattgefunden hat.

Tipp: Statt der Nr. 60 könnte der Arzt auch die höher bewertete Nr. 75 berechnen, wenn der Inhalt der Legende erfüllt ist. Ein Abrechnen der Nr. 60 neben der Nr. 75 ist nicht möglich!

IGeL: Siehe auch unter Nr. 70. Auf Patientenwunsch Leistungen nach Nr. 75 z.B. für
- Kindergarten
- Schule
- Sportvereine
- Reiserücktrittsversicherung

76 Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt

70 9,38
4,08 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 76 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 95, 96, 435

Kommentar: Mit Hilfe der Praxis EDV/Textverarbeitung erstellte Diätpläne aus vorgefertigten Textkomponenten dürfen abgerechnet werden, wenn eine individuelle Vervollständigung erfolgt.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Tipp:
- Neben der Nr. 76 können auch weitere Beratungsgespräche z.B. nach Nr. 20 oder eine strukturierte Schulung nach Nr. 33 abgerechnet werden.
- Nr. 76 ist auch neben Nr. 77 ansatzfähig.
- Porto- und Versandkosten können gemäß §10 berechnet werden.

IGeL: Diätplan auf Patientenwunsch. Ggf. zusätzliche Beratungsleistungen nach Nrn. 1, 3, 20 und 33.

77 Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte

150 20,11
8,74 30,60

Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 77 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 95, 96, 435

Kommentar: Nur der die Kur eines Patienten leitende Arzt kann Nr. 77 abrechnen.
Nicht abrechnungsfähig ist die Leistung für den Arzt, der für den Patienten/Patientin die Kur beantragt hat und Ort und entsprechende Kurmaßnahmen empfohlen hat.

Tipp: Porto- und Versandgebühren können gemäß §10 berechnet werden.

IGeL: Analoger Ansatz bei Maßnahmen/Behandlungen im Rahmen der Umweltmedizin, bei antiallergischen Therapien, Anti-Stresstherapie etc.

78 Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt

180 24,13
10,49 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 78 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 95, 96, 435

Kommentar: Ist im Rahmen einer Chemotherapie oder eines Nachsorgeplanes eine Änderung erforderlich, so kann die Nr. 78 entsprechend mehrmals abgerechnet werden. Wird der Plan für die Chemotherapie von einem liquidationsberechtigten Arzt und der schriftliche Nachsorgeplan von einem anderen liquidationsberechtigten Arzt ausgeführt, so kann nach **Brück** jeder dieser Ärzte die Leistung nach Nr. 78 berechnen.
Stellt ein behandelnder Arzt sowohl den Plan für die Chemotherapie als auch den Nachsorgeplan auf, so kann für dieselbe Tumorerkrankung die Nr. 78 nur einmal berechnet werden, auch wenn die Pläne zu unterschiedlichen Zeiten erstellt werden.

Analog: Nach **Brück** kommt ein analoger Ansatz der Nr. 78 z.B. bei der Behandlungsplanung einer schweren rheumatischen systemischen Erkrankung in Betracht.

80 Schriftliche gutachtliche Äußerung

300 40,22
17,49 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 80 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 435

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Beurteilung von Fremdaufnahmen – analoge Bewertung
Ein Ansatz der Nr. 80 GOÄ ist nicht möglich – auch nicht in Analogie (dies betrifft auch jede andere hierfür analog herangezogene Gebührenordnungsposition).
Zu Abschnitt O der Amtlichen Gebührenordnung heißt es ausdrücklich: „Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen oder von Szintigrammen, auch Fremdaufnahmen, als selbständige Leistung ist nicht gesondert berechnungsfähig." Für die Auswertung der übermittelten Befunde, die mit Bezug auf den Patienten bzw. seinen Zustand durch den behandelnden Arzt erfolgt, kann kein Honorar erhoben werden. Die Beurteilung von mitgebrachten Kernspintomogrammen oder Computertomogrammen kann deshalb nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden – auch nicht über eine Analogiebewertung.

Kommentar: Neben den Leistungen nach den Nrn. 80 oder 85 können die medizinisch erforderlichen Leistungen – wie z. B. klinische Untersuchung, apparative Diagnostik, Sonographie, EKG etc. und Laboratoriumsleistungen – zusätzlich berechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Tipp: Erforderliche Schreibgebühren können nach den Nrn. 95 und 96 berechnet werden, leider nur mit dem einfachen Satz.
Porto- und Versandkosten sind gemäß §10 berechnungsfähig.

IGeL: Für eine vom Patienten gewünschte schriftliche gutachterliche Äußerung. Bei kurzen Bescheinigungen siehe auch Nr. 70, Nrn. 80 oder 85 sind für die ärztliche Begutachtung der Wehrtauglichkeit – je nach Aufwand – ansetzbar. Erforderliche Beratungs- oder Untersuchungsleistungen, Labor- und/oder apparative Diagnostik sind zusätzlich berechenbar

85 Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung, je angefangene Stunde Arbeitszeit

500 67,03
29,14 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 85 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 435

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 07.10.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Gutachten gegenüber Versicherungsgesellschaften**
Der Arzt ist aus seinem Behandlungsvertrag mit seinem Patienten verpflichtet, durch Ausstellen ärztlicher Bescheinigungen dem Patienten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen behilflich zu sein. Diese Nebenverpflichtung besteht insbesondere dann, wenn die Haftpflichtversicherung des Schädigers ihrerseits die Erfüllung von Schadensersatzansprüchen von einer ärztlichen Bescheinigung abhängig macht. Hier besteht eine Verpflichtung unabhängig davon, ob es sich bei dem Patienten um einen Kassenpatienten oder um einen Privatpatienten handelt. In beiden Fällen ist die Abrechnungsgrundlage die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ), da auch bei Kassenpatienten das Ausstellen solcher Bescheinigungen nicht Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung ist.
Gemäß § 1 der Amtlichen Gebührenordnung bestimmt die GOÄ die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Die Bindung an das Leistungsverzeichnis der GOÄ geht damit über die Voraussetzung der Leistungserbringung gegenüber eine Patienten hinaus. Zwar ist die unmittelbare Arzt-Patienten-Begegnung der Normalfall, der die Abrechnung nach GOÄ auslöst – soweit die Vergütungen nicht durch ein anderes Bundesgesetz bestimmt sind – , es kann nach dieser Formulierung jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Leistungen gegenüber Versicherungen nicht unter den Anwendungsbereich der GOÄ fallen; diese hat mit der Reform aus dem Jahre 1982 ihren subsidiären Charakter verloren und ist seitdem verbindliches Leistungsverzeichnis für die beruflichen Leistungen des Arztes. Dass es sich bei gutachtlichen Stellungnahmen von Ärzten gegenüber Versicherungsgesellschaften um berufliche Leistungen des Arztes handelt, steht u.E. außer Frage. Insofern löst das Tätigwerden gegenüber einer Versicherungsgesellschaft die Anwendung der GOÄ aus.
Voraussetzung für die Ausstellung ärztllicher Bescheinigungen und ärztlicher Gutachten gegenüber einer privaten Versicherungsgesellschaft ist selbstverständlich eine wirksame Entbindung des Arztes von seiner ärztlichen Schweigepflicht und ein ausdrückliches oder zumindest konkludent erklärtes Verlangen des Patienten auf Auskunftserteilung gegenüber der Versicherungsgesellschaft (und nicht gegenüber dem Patienten selbst).
Das Ausfüllen von Formulargutachten mit Hilfe von Musterformularen rechtfertigt normalerweise den Ansatz der Nr. 80 GOÄ – schriftliche gutachterliche Äußerung. Fordert das Ausfüllen des Musterformulars durch offene Rubriken eine eingehende Begründung des Gutachters, so kann auch der Ansatz der Nr. 85 GOÄ gerechtfertigt sein.
Der Ansatz der Gebührendordnungspositionen Nrn. 80 und 85 GOÄ ist selbstverständlich mit einem Steigerungsfaktor im Rahmen des § 5 GOÄ möglich. Eine entsprechende Begründung muss dann allerdings auch hier angegeben werden. Ein besonderer Zeitaufwand kann bei Ansatz der Nr. 85 nicht als Begründung angegeben werden, da diese Leistung „je angefangene Stunde Arbeitszeit“ berechnet wird und der Zeitaufwand folglich über den Mehrfachansatz dieser Leistung berücksichtigt wird.
Die Bayerische Landesärztekammer ist ferner der Auffassung, dass von Seiten einer privaten Versicherungsgesellschaft nicht von vorne herein festgelegt werden kann, nach welcher Gebührenposition die Vergütung für entsprechende Gutachten zu erfolgen hat.

Kommentar: Zur Arbeitszeit – die häufig nicht in einem Stück, sondern zu getrennten Zeiten erbracht und damit addiert werden muss – zählt neben der Zeit zur Abfassung des Gutachtens auch die Zeit für entsprechende Recherchen des Aktenmaterials, die Prüfung relevanter medizinischer Sachverhalte und das ggf. erforderliche Literaturstudium.
Siehe auch Kommentierung zur Nr. 80.

Tipp: Erforderliche Schreibgebühren sind neben Nr. 85 nach den Nrn. 95 und 96 berechnungsfähig, leider aber nur nach dem einfachen Satz.

IGeL: Siehe auch Hinweise bei Nrn. 70 und 80.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
90	**Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 90 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3, 435

Kommentar: Der schriftlichen Feststellung nach Nr. 90 sollte eine eingehende Beratung nach Nr. 22 sicher voraus gehen.
Die für den Abbruch einer Schwangerschaft erforderlichen Leistungen dürfen entsprechend dem Hinweis im § 5a nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes berechnet werden.
Zu den aufgezählten Leistungen im § 24b SGB V mit reduziertem Gebührensatz zählt Feststellung nach Nr. 90 nicht (siehe § 5a). Diese Leistung kann also entsprechend mit dem 2,3fachen Satz und mit Begründung bis zum 3,5fachen Satz berechnet werden.

Tipp:
- Neben Nr. 90 sind die Nrn. 22, 95 und 96 abrechenbar.
- Porto- und Versandkosten sind gemäß § 10 berechnungsfähig.

95	**Schreibgebühr, je angefangene DIN A 4-Seite**	**60** 3,50	 –

Tipp: Neben Nr. 95 sind die Nrn. 80, 85 und 90 abrechenbar.

96	**Schreibgebühr, je Kopie**	**3** 0,17	 –

Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Tipp: Porto- und Versandkosten sind gemäß §10 berechnungsfähig.

VII Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmungen

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.

100	**Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 100 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1 – 8. Siehe aber zusätzlich Ausnahme unter Kommentar.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Leichenschau**
Die Kosten für eine Leichenschau werden weder durch die gesetzliche Krankenversicherung, noch durch eine private Krankenversicherung oder Beihilfestelle erstattet. Die Rechnungslegung erfolgt nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
Die Leichenschau wird über die Nr. 100 GOÄ abgerechnet. Zusätzlich kann gemäß § 8 GOÄ ein Wegegeld berechnet werden. Ein Besuch (Nr. 50) kann neben der Leichenschau nicht berechnet werden, wenn zum Zeitpunkt des Anrufes schon mit Sicherheit feststand, dass der Patient bereits verstorben war. Ein Besuch ist also nur in den Fällen abrechenbar, in denen bei Anforderung der Patient noch als 'lebend' eingestuft werden kann; bei gesetzlich krankenversicherten Patienten geht der Besuch dabei zu Laten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Kommentar: Die BÄK erklärt im Deutschen Ärzteblatt 06 / 01. „Im Rahmen des öffentlichen Rettungsdienstes wird wegen der im Regelfall unvollständigen Leichenschau der Ansatz der Nr. 100 GOÄ nicht für sachgerecht gehalten. Die ärztlichen Teilleistungen sind in diesem Fall gesondert berechnungsfähig, z.B. mit den Nrn. 7 für die Untersuchung und 70 analog für die ‚Ausstellung eines vorläufigen Leichenscheins'. Die Schaffung einer angemessenen Bewertung der Leichenschau wird bei einer Weiterentwicklung der GOÄ als notwendig vermerkt..."

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Im Deutschen Ärzteblatt 12/01 erklärt Dr.med. Klakow-Franck: „....Wer sich – wie in ‚Medical Tribune' empfohlen – dazu verleiten lässt, weiterhin regelhaft die Nr. 50 neben der Nr. 100 anzusetzen, weil ‚der kleine Betrag des Arztes im großen Grundrauschen der Bestattungskosten untergeht', läuft Gefahr, sich mit dem Vorwurf des Abrechnungsbetruges auseinander setzen zu müssen. Nach Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes wird die Ausstellung eines Leichenscheins im Rahmen der stationären Behandlung nicht als ärztliches Gutachten, sondern nur als Bescheinigung gewertet. Der angestellte Krankenhausarzt ist nach seinem Arbeitsvertrag zur Ausstellung des Leichenscheins verpflichtet. Eine Liquidation der Nr. 100 gegenüber den Angehörigen des Verstorbenen kann ein angestellter Krankenhausarzt dann durchführen, wenn ihm die Zustimmung des Krankenhausträgers dazu vorliegt."

Tipp:
- Wird ein 2. Leichenschauschein z.B. für eine Feuerbestattung ausgestellt, kann Nr. 70 berechnet werden.
- Ein Besuch nach GOÄ Nr. 50 ist nur abrechenbar, wenn ein Patient zum Zeitpunkt der Anforderung des Hausbesuches noch lebte.
- Wegegeld berechnen.

102 Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten

150 20,11
8,74 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 102 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 250, 251, Leistungen des Abschnitts C.III. (Punktionen).

Tipp:
- Neben Nr. 102 ist die Nr. 100 abrechenbar.
- Die Nr. 102 kann für jede entnommene Flüssigkeit einzeln berechnet werden, z.B. 102 (2x) – Blut und Urin

104 Bulbusentnahme bei einem Toten

250 33,52
14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 104 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 105, 1339, 1346 oder Kapitel L

Tipp: Neben Nr. 104 ist die Nr. 100 abrechenbar.

105 Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten

230 30,83
13,41 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 105 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 104, 1339, 1346.

Tipp: Neben Nr. 105 ist die Nr. 100 abrechenbar.

107 Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten

220 29,49
12,82 44,88

Ausschluss: Neben Nr. 107 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3096, 3097

Tipp: Neben Nr. 107 ist die Nr. 100 abrechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmungen

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.

Kommentar:
Wundverbände nach Nr. 200 können im Zusammenhang mit den in den Allgemeinen Bestimmungen genannten operativen Leistungen, Ätzungen, Punktionen, Infusionen, Transfusionen und Injektionen nicht berechnet werden, denn sie sind nach Brück nur „Teilleistungen" der oben beschriebenen Leistungen.
Erforderliche Kompressionsverbände nach Nr. 204 sind neben operativen Leistungen berechnungsfähig.
Nach Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer sind neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 Wundverbände nach Nr. 200 nicht abrechnungsfähig. Siehe hierzu den Beschluss der BÄK unter Nr. 200.

200 **Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher** **45** 2,62 6,03 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 200 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, alle operativen Leistungen (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktionen, Infusionen, Transfusionen oder Injektionen)

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Verband nach Nr. 200 – was ist wichtig?**
Dr. med. Anja Pieritz in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 10 (11.03.2011), S. A-548 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.9143
Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C I „Anlegen von Verbänden" der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthalten den Hinweis: „Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung." Diese Bestimmung wird teilweise unterschiedlich ausgelegt. Eindeutig ist der Zusammenhang bei den wörtlich genannten Eingriffen wie Ätzung, Fremdkörperentfernung, Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion. Einigkeit besteht auch bei den größeren operativen Eingriffen. Bei den typischen Wundversorgungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 GOÄ wird oft argumentiert, dass dies keine operativen Leistungen seien und auch nicht unter die sonst aufgezählten Begrifflichkeiten fielen. Diese Argumentation ist nicht haltbar, da hier zum einen vom Sinnzusammenhang ausgegangen werden muss und zum anderen die Eingriffe vergleichbar sind mit Punktionen oder anderen „einfachen" Eingriffen (auch) aus anderen Abschnitten der GOÄ.
Die aufwendigeren Verbände, wie beispielsweise der Kompressionsverband nach Nr. 204 GOÄ oder der redressierende Klebeverband nach Nr. 201 GOÄ, sind von diesem Ausschluss (neben operativen Leistungen) nicht betroffen. Bereits aus der Leistungslegende ergibt sich, dass bestimmte Formen der Wundabdeckung nicht nach Nr. 200 GOÄ in Rechnung gestellt werden können. Eindeutig sind die Begriffe Sprühverbände, Augen- und Ohrenklappen. Zu den nicht berechnungsfähigen Schnellverbänden nach Nr. 200 GOÄ zählen die „normalen" vorgefertigten Pflaster. Nach gängiger Rechtsmeinung ist das lokal wirkende Salicylpflaster beispielsweise zur Behandlung einer Hornschwiele nach Nr. 200 GOÄ in Ansatz zu bringen, während die Applikation von Pflastern, die Substanzen enthalten (wie Hormone und Analgetika), die über die Haut resorbiert werden, jedoch systemisch wirken (transdermale therapeutische Systeme), nicht berechnungsfähig ist. Die Größe des betroffenen Gebiets, das einen Verband erhält, spielt für die Berechnungsfähigkeit keine Rolle. Dies bedeutet, dass sowohl ein Verband vom Finger bis einschließlich zum Oberarm die einmalige Berechnungsfähigkeit auslöst als auch ein Verband des kleinen Fingers. Müssen wegen multipler Verletzungen oder Wunden jedoch mehrere Bereiche des Körpers mittels Verband abgedeckt werden, so ist die Nr. 200 GOÄ, immer unter Beachtung der Bestimmungen zu Abschnitt C I der GOÄ, auch mehrfach berechnungsfähig. Wenn sich dieser Umstand nicht aus den Diagnosen ergibt, hilft eine Angabe der verschiedenen Lokalisationen auf der Rechnung, Missverständnisse zu vermeiden.
Wenn im Einzelfall an einem Körperteil, etwa einer Extremität, zwei verschiedene Verbandsysteme angewendet werden müssen, um den Patienten erfolgreich behandeln zu können, so können diese auch beide berechnet werden. In einem Fall wurde die Berechnung des Verbands nach Nr. 200 GOÄ für den Verband des Ulcus cruris neben dem Kompressionsverband nach Nr. 204 GOÄ zur primären Behandlung der Ursache als sachgerecht anerkannt (LSG Nordrhein-Westfalen, Az.: L1 Ka 34/68).

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_5,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Keine Berechnung neben Nrn. 2000 bis 2005 (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Die Leistungen nach den Nrn. 2001, 2002, 2004 und 2005 stellen operative Leistungen dar, da in den Legenden auf „Naht" und/oder „Umschneidung" abgestellt ist. Die Leistungen nach den Nrn. 2000 und 2003 beinhalten im Leistungsumfang („Erstversorgung") im wesentlichen den Verband. Eine Berechnung der Nr. 200 neben den Nrn. 2001 oder 2003 würde deshalb den Leistungsinhalt doppelt berücksichtigen.
(1. Sitzung vom 30. August 1991) Anders dagegen bei der Nr. 2006, daneben ist Nr. 200 berechenbar
Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen
Bei topischer Applikation des Photosensibilisators berechnungsfähig: Nr. 209 GOÄ für das Auftragen des Photosensibilisators sowie **Nr. 200 GOÄ** (Okklusionsverband) und Nr. 530 GOÄ (Kaltpackung) – siehe auch unter Nrn. 5800 bis 5803.

Kommentar: Der Wundverband ist eine delegierbare ärztliche Leistung und ist somit auch vom Praxispersonal erbringbar.
Es können mehrere Verbände nebeneinander berechnet werden. Jede medizinisch notwendige Bedeckung einer Körperstelle zu therapeutischen Zwecken (z.B. auch Salicylpflasterverbände) ist dann ein abrechnungsfähiger Verband, wenn er einzeln angelegt wird. Die Körperstelle kann relativ klein sein (Zehe, Finger).

Tipp:

- Die Leistung nach Nr. 200 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen nach den Nrn. 201, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213ff.
- Die Nr. 200 kann mehrmals abgerechnet werden bei einem Patientenkontakt, wenn an mehreren Körperstellen ein Verband erforderlich ist.
- Auch für Salbenverband abrechenbar.

Beispiele:
Wird bei einer Verletzung von vier Fingern am 2. Tag jeder Finger einzeln verbunden, so wäre 4 x die Nr. 200 (bei Sekundärheilung 4x die Nr. 2006) anzusetzen.

- Wird bei einer Sprunggelenksdistorsion wegen des Hämatoms ein Salbenverband angelegt und zusätzlich wegen der Instabilität des Bandapparates ein Stützverband, so sind beide Verbände nebeneinander abrechnungsfähig. Das gleiche gilt bei Salben- und Gipsverband und bei Salben- und Schienenverband.
- Verschiedenartige Verbände können bei unterschiedlichen therapeutischen Zielen nebeneinander erforderlich sein und somit abgerechnet werden. Wundverbände als Bestandteil einer operativen Leistung sind nicht abrechenbar.
- Müssen postoperativ am gleichen Tag mehrere Verbandswechsel durchgeführt werden, so sind diese mit Angabe von Begründung und Uhrzeit abrechnungsfähig. Dies gilt auch in der Praxis für den Zustand nach einer Wundversorgung, wenn z.B. durchblutende Verbände Stunden später einer Erneuerung bedürfen. Auch hier ist die mehrfache Abrechnung mit Uhrzeit und Begründungsangaben nötig.

201 Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband

65 8,71
3,79 13,26

Ausschluss: Neben Nr. 201 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Ein Dachziegelverband bei Zehenfraktur ist nach Nr. 201 abrechnungsfähig.
Werden Tape-Verbände über Gelenken angelegt, so sind sie nach den Nrn. 206 (kleines Gelenk) oder 207 (großes Gelenk) zu berechnen.
Umfasst ein Tape-Verband allerdings **kein** Gelenk, so kann die Nr. 201 berechnet werden.

Tipp: Neben der Nr. 201 ist die Nr. 208 abrechenbar.

204 Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (aus als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband

95 12,74
5,54 19,38

Ausschluss: Neben Nr. 204 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Die genannten Verbände können entweder im Rahmen der Wundversorgung als Wundverbände oder zur Ruhigstellung angelegt werden. Nach **Wezel/Liebold** fallen unter die Kompressionsverbände z. B. Schaumgummikompressionsverband, Bisgaard, Braun-Falco, Fischer, Gibney, Pütter, Sigg.
Wezel/Liebold hält die Leistungsbeschreibung auch für erfüllt, wenn bei Kompressionsverbänden keine Gelenke einbezogen sind.
Rucksack-, Désault- oder Gilchristverbände sind ebenfalls nach Nr. 204 berechnungsfähig.
Der Gebührenausschuss der Bundesärztekammer hat 1998 entschieden, dass es sich beim Anmessen von Kompressionsstrümpfen um keine selbstständig abrechnungsfähige Leistung handelt.

Tipp:
- Ein Kompressionsverband kann zusätzlich zu einem Salbenverband und zusätzlich zu Punktionen und Operationen abgerechnet werden: z.B. 301 + 204 oder 2000 – 2006 + 204.
- Ferner ist Nr. 204 neben den Nrn. 208, 209 abrechenbar.
- Auch für entstauende Kompressionsverbände bei Thromboseprophylaxe sowie Gilchrist- und Desault-Verband an der Schulter; ggf. höherer Steigerungsfaktor beim Desault Verband. Begründung: Schwierige Bindenführung.

206 Tape-Verband eines kleinen Gelenks

70 9,38
4,08 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 206 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 201, 435

Kommentar:
- Als kleine Gelenke werden alle Gelenke bezeichnet, die nicht in den nachfolgenden Nrn. 212 oder 213 als große Gelenke genannt werden, z.B. Zehen und Finger.
- Auch für entstauende Kompressionsverbände bei Thromboseprophylaxe sowie Gilchrist- und Desault-Verband an der Schulter; ggf. höherer Steigerungsfaktor beim Desault-Verband. Begründung: schwierige Bindenführung.

207 Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband

100 13,41
5,83 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 207 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 201, 204, 435.

Kommentar: Zu großen Gelenken zählen Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie- und Fußgelenk.
Siehe dazu Leistungslegende Nr. 212.

Tipp: Bei Zinkleimverbänden ggf. zusätzlich Nrn. 200 bzw 204 abrechenbar.

208 Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband

30 4,02
1,75 6,12

Ausschluss: Neben Nr. 208 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 210 – 240, 435.

Kommentar: Die Leistungslegende schreibt nur Verstärkung eines bestehenden Verbandes mit Stärke- oder Gipsbinden vor. Es wird keine Herstellung eines Gipsverbandes gefordert. Ein Gipsverband wäre nach den Nrn. 225ff abzurechnen.

Tipp:
- Neben Nr. 208 sind die Nrn. 200, 201, 204 abrechenbar.
- Auch die Verstärkung eines Gipsverbandes durch weitere Gipsbinden oder die Reparatur kann nach Nr. 208 berechnet werden.

209 Großflächiges Auftragen von Externa (z.B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung

150 20,11
8,74 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 209 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK - Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen**
Bei topischer Applikation des Photosensibilisators berechnungsfähig: **Nr. 209 GOÄ** für das Auftragen des Photosensibilisators sowie Nr. 200 GOÄ (Okklusionsverband) und Nr. 530 GOÄ (Kaltpackung) – siehe auch unter Nrn. 5800 bis 5803

Kommentar: Auch wenn in einer Sitzung, d. h. in einem Arzt-Patienten-Kontakt, mehrere großflächige Körperregionen therapiert werden, so ist Nr. 209 nur einmal abrechnungsfähig. Nach der Leistungslegende muss es sich um die Behandlung von Hautkrankheiten handeln, und daraus folgert, dass Entzündungen oder Wundheilungsstörungen nicht nach Nr. 209 abgerechnet werden können.
Allerdings gehen die Autoren im Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (Deutscher Ärzteverlag Köln) davon aus, dass bei großflächigen Brandverletzungen die Nr. 209 zumindest analog angesetzt werden kann. Daraus ist ihrer Meinung nach auch zu folgern, dass die Nr. 209 nicht nur für Hautärzte, Allgemeinärzte, Kinderärzte und praktische Ärzte abrechnungsfähig ist, sondern – auf Ausnahmefälle begrenzt – auch für andere Fachgruppen.

Tipp:
- Neben Nr. 209 sind die Nrn. 200, 204 abrechenbar.
- Abrechenbar ist Nr. 209 z.B. bei
  - Dekubitus
  - Ulcus cruris
  - Thrombophlebitis
  - Lymphangitis

210 Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen

75 10,05
4,37 15,30

Ausschluss: Neben Nr. 210 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 228, 229, 237, 238, 435

Kommentar: Schienenverbände und auch Kompressionsverbände dürfen natürlich neben jeder am selben Tage durchgeführten chirurgischen Leistung berechnet werden. Sie sind auch zusätzlich zu jedem anderen Verband berechnungsfähig. Nr. 210 ist abrechenbar für:
- Cramer-Schiene (modellierbares Material),
- Stacksche Schiene
- Pneumatische Unfallschiene
- ‚Kleiner Schienenverband' = Schienenverband über ein Gelenk (oder mehrere kleiner Gelenke, z. B. Finger, Zehe).

211 Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –

60 8,04
3,50 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 211 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 228, 229, 237, 238, 435

Kommentar: Wird der Schienenverband z. B. zu einer erforderlichen Wundversorgung entfernt und nach der Versorgung erneut angelegt, ohne dass Veränderungen am Schienenmaterial durchgeführt werden sollen, so ist nur die Nr. 211 berechnungsfähig.
Wird allerdings die Schiene nicht wieder verwendet und eine neue Schiene erforderlich, so ist die Nr. 210 abrechenbar.
Kleinere Auspolsterungen wie z. B. wegen Druckstellen oder geringe Korrekturen an der Schienenform sind nicht nach Nr. 211 berechnungsfähig, sondern fallen unter die Nr. 210.

212 Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen –

160 21,45
9,33 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 212 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 228, 229, 237, 238

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 212 ist nicht für den Wundverband berechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

213 **Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –** **100** 5,83 13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 213 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 228, 229, 237, 238

Kommentar: Stellt sich beim Wiederanlegen des Schienenverbandes nach Nr. 213 heraus, dass die Modellierung einer neuen Schiene medizinisch erforderlich ist, so kann statt der Nr. 213 die Nr. 212 angesetzt werden.

214 **Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation –** **240** 13,99 32,17 48,96

Ausschluss: Neben Nr. 214 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 228, 229, 237, 238

Kommentar: Nr. 214 beinhaltet Schienenverbände in Abduktionsstellung zur Ruhigstellung, z.B.
- des Schultergelenks
- des Oberarms
- Spreizvorrichtung im Bereich der Hüftgelenke (nach Hoffmann-Daimler), jedoch nicht sog. Aktivspreizhöschen

Die Leistung nach Nr. 214 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden.

217 **Streckverband** **230** 13,41 30,83 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 217 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208

Kommentar: Streckverbände sind als selbständige, eine Frakturbehandlung begleitende Leistung zu betrachten und daneben abrechenbar. (Oberschenkelfraktur bei Kindern, Heftpflasterstreckverbände).
Die Leistung nach Nr. 217 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden

218 **Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension** **660** 38,47 88,48 134,64

Ausschluss: Neben Nr. 218 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 217, 2356

Kommentar: Die perkutane Einbringung von Nagel oder Draht ist Teil der Leistung nach Nr. 218. Für deren Entfernung ist die Nr. 2063 analog abrechenbar.

Analog: Nr. 2063 analog für Entfernung eines Nagels oder Drahtes bei Beendigung der Extensionsbehandlung. – Empfehlung nach Kommentar **Brück**

225 **Gipsfingerling** **70** 4,08 9,38 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 225 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 247

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 225 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden

Tipp: Für alle Gipsverbände gilt – wie auch für Verbandsmaterialien und Schienen – , dass das Material entweder über Privatrezept rezeptiert werden kann oder nach GOÄ § 10 Abs. 1 als Auslagen in Rechnung gestellt werden darf.

227 **Gipshülse mit Gelenkschienen** **300** 17,49 40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 227 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 226, 230 – 236, 247

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 227 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 227 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig.
Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.

228 Gipsschienenverband oder Gipspantoffel

190 25,47
11,07 38,76

Ausschluss: Neben Nr. 228 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 210 – 214, 237, 238

Kommentar: Nach der Nr. 228 werden Gipsschienen des Unterarmes, des Unterschenkels oder einzelner Finger abgerechnet. Eine Vorschrift, wieviele Gelenke ein Schienenverband einbeziehen muss, ist in der Legende nicht formuliert. Die Leistung nach Nr. 228 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden.
An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 228 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig.
Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.

229 Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene

130 17,43
7,58 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 229 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 210 – 214, 237, 238

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 229 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden.
Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.
Siehe Kommentierung zur Nr. 211, die gleichwertig für Nr. 229 anzusetzen ist.

230 Zirkulärer Gipsverband – gegebenenfalls als Gipstutor –

300 40,22
17,49 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 230 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 231 – 236, 247

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 230 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden.
An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 230 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig.
Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.

231 Zirkulärer Gipsverband des Unterschenkels

360 48,26
20,98 73,44

Ausschluss: Neben Nr. 231 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 212, 213, 230, 247

Kommentar: Siehe Kommentar GOÄ Nr. 230

232 Zirkulärer Gipsverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)

430 57,65
25,06 87,72

Ausschluss: Neben Nr. 232 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 212, 213, 230, 231, 239, 247

Kommentar: Siehe Kommentar GOÄ Nr. 230

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
235	**Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel –**	**750** 43,72	100,55 153,00
Ausschluss:	Neben Nr. 235 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 230, 247		
Kommentar:	Siehe Kommentar GOÄ Nr. 230		
236	**Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes**	**940** 54,79	126,02 191,77
Ausschluss:	Neben Nr. 236 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 230, 240, 247, 3316		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 236 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 236 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig. Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden. Ist ein Gipsbett oder eine Nachtschale für den Rumpf anzufertigen, so ist dies nach Nr. 240 abzurechnen. Der ggf. erforderliche Gipsabdruck für den Rumpf kann nach Nr. 3316 berechnet werden.		
237	**Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 237 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 210 – 214, 228, 229		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 237 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 237 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig. Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.		
238	**Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –**	**200** 11,66	26,81 40,80
Ausschluss:	Neben Nr. 238 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 210 – 214, 228, 229		
239	**Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel**	**750** 43,72	100,55 153,00
Ausschluss:	Neben Nr. 239 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 213, 230, 231, 232, 247, 3314, 3315		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 239 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 239 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig. Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.		
240	**Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf**	**940** 54,79	126,02 191,77
Ausschluss:	Neben Nr. 240 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 208, 230, 236, 247, 3316, 3317		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 240 kann nicht als Wundverband abgerechnet werden. Eine ggf. vor dem Gipsverband erforderliche Abdeckung der Haut (Mullbinden, Trikotschlauch) oder Polsterung kann nicht gesondert berechnet werden.		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

An demselben Tag sind neben der Leistung nach Nr. 240 erforderliche Veränderungen des Gipsverbandes, wie Fensterung, Spaltung, Gehbügel, Abrollsohle nicht berechnungsfähig.

245 **Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband** **110** 14,75
6,41 22,44

Tipp: Neben Nr. 245 sind die Nrn. 225 – 236, 239, 240 abrechenbar.

246 **Abnahme des zirkulären Gipsverbandes** **150** 20,11
8,74 30,60

Kommentar: Es handelt sich bei Nr. 246 ausschließlich um zirkuläre Gipsverbände. Die Abnahme von Abduktionsverbänden, Gipsschienenverbänden u. ä. ist nicht berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 246 sind die Nrn. 225 – 236, 239, 240 abrechenbar.

247 **Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband** **110** 14,75
6,41 22,44

Ausschluss: Neben Nr. 274 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 224- 240, 435.

Kommentar: Mit dem Kommentar nach **Hach** sind wir der Meinung, daß z.B. die Nr. 247 bei Änderungen am Gips und zusätzlichem Anbringen einer Abrollsohle 2 x berechnet werden kann.
Dieser Meinung hat sich inzwischen auch der Kommentar zur GOÄ von **Brück** et alii angeschlossen und schreibt, dass bei mehreren verschiedenen Änderungen, z. B. Fensterung und Anlegen eines Gehbügels oder Fensterung an zwei verschiedenen Stellen bei derselben Inanspruchnahme, die Nr. 247 entsprechend mehrfach abrechenbar ist.

II Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

Allgemeine Bestimmungen:

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden.

Die Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig.

Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Kommentar:
Zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 252 bis 261 ist es gleichgültig, ob die Injektionen manuell oder z. B. durch Injektionspumpen durchgeführt werden. Wird allerdings bei mittels mechanischem Druck erfolgten Injektionen eine Spritzdauer von 5 Minuten überschritten oder eine mehr als 30 ml umfassende Injektionsmenge injiziert, so handelt es sich nicht mehr um eine Injektion, sondern um eine Infusion, und diese wird nach den Leistungen nach den Nrn. 270 bis 284 abgerechnet.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Laboruntersuchungen sind an dem Tag abzurechnen, an dem auch die Blutentnahme durchgeführt wurde, und nicht an dem Tag, an dem der Laborbefund der Laborgemeinschaft in der Praxis eingeht.

Tipp:
- Bei schlechten Venenverhältnissen ist mit entsprechender Begründung der Ansatz eines höheren Multiplikators gerechtfertigt.
- Ist nach einer Blutentnahme wegen starker Nachblutung ein Kompressionsverband erforderlich, so kann dieser mit der Nr. 204 zusätzlich abgerechnet werden.

250* Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene

40 4,20
2,33 5,83

Ausschluss: Neben Nr. 250 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 250a, 262, 284, 285, 288, 289, 435, 451, 452, 478, 479, 1012 – 1014, 2029

Kommentar: Die Nr. 250 ist auch nur dann einmal abrechenbar, wenn bei derselben Entnahmesitzung eine weitere, erneute Punktion zur Blutgewinnung erforderlich ist. Sind allerdings am selben Tag zu unterschiedlichen Zeiten Blutentnahmen erforderlich, so können diese auch einzeln abgerechnet werden. Es erscheint sinnvoll bei Ansetzung der Leistungsziffer, die Uhrzeit und den Grund z. B. Funktionsprüfung, mit anzugeben.
Werden Blutentnahmen aus forensischen Gründen für Gerichtsgutachten oder Polizei durchgeführt, kann die Blutentnahme nicht nach GOÄ abgerechnet werden, sondern nach den Vergütungen, die das Gesetz für die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen festlegt.

Tipp: Neben Nr. 250 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

IGeL: Bei z.B. Sauerstoff- und Eigenbluttherapien etc.

250* analog Legen einer Verweilkanüle (analog Nr. 250 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog-Ziffern der PVS

40 4,20
2,33 5,83

Ausschluss: Neben Nr. 250*analog sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 250, 262, 285, 288, 289, 435, 1012 – 1014, 2029

250a* Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr

40 4,20
2,33 5,83

Ausschluss: Neben Nr. 250a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 250, 262, 285, 288, 289, 435, 1012 – 1014, 2029

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Kapillarblutentnahme beim Erwachsenen – nicht berechnungsfähig**
Für die Kapillarblutentnahme bei einem Erwachsenen kann die Nr. 250 nicht berechnet werden – auch nicht in Analogie.

251 Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie

60 8,04
3,50 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 251 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 284, 285, 288, 289, 435, 1012 – 1014, 2029

Kommentar: Im Gegensatz zum EBM, in dem eine Mindestmenge von 250 ml vorgeschrieben ist, gibt es in der GOÄ keine festgelegte Mindestmenge.
Werden vor einem operativen Eingriff Eigenblutkonserven hergestellt, so ist die Abrechnung der Nr. 251 zur Zeit noch zweifelhaft. Nach dem Text der Gebührenordnung § 1 Abs. 2 würde es sich um eine medizinisch nicht notwendige ärztliche Versorgung handeln. Es kann daher evtl. bei der Erstattung zu Schwierigkeiten mit der privaten Krankenversicherung oder den Beihilfestellen kommen.
Der Aderlass von mindestens 200 ml wird nach Nr. 285 abgerechnet.

Tipp:
- Ist nach einer arteriellen Blutentnahme ein Kompressions- oder Druckverband erforderlich, so kann dieser entsprechend nach Nr. 204 zusätzlich berechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Ein normaler Pflaster- oder Bindenverband nach Nr. 200 kann bei den Nrn. 250, 250a und 251 nicht zusätzlich abgerechnet werden, da er fakultativer Bestandteil der Blutentnahme ist.
- Müssen bei demselben Arzt-Patienten-Kontakt venöse und kapilläre und/oder arterielle Blutentnahmen durchgeführt werden, so sind die entsprechenden Nummern dieser Leistungen zusätzlich abrechenbar.

252 Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär

40 5,36
2,33 8,16

Ausschluss: Neben Nr. 252 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 270, 303, 375 – 378, 383 – 391, 435, 490 – 495

Kommentar: Nach **Lang, Schäfer, Stiel** und **Vogt** sind die Nrn. 263, 266 neben Nr. 252 ausgeschlossen. **Brück** und wir sind der Meinung, dass bei erbrachter Leistung kein Ausschluss in der GOÄ ersichtlich ist.
Mit der neuen GOÄ 1996 müssen Impfungen endlich nicht mehr mit der Nr. 252 abgerechnet werden, sondern können mit den Impf-Nrn. 375, 377 oder 378 abgerechnet werden.

Tipp:
- Werden mehr i.m./i.c./s.c. Injektionen durchgeführt mit verschiedenen Medikamenten, so ist die Nr. 252 mehrmals abrechenbar.
- Die intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) ist nach der höher bewerteten Nr. 262 abzurechnen, die Hyposensibilisierungsbehandlung nach der höher bewerteten Nr. 263.

IGeL: Injektionen auf Patientenwunsch (z.B. Vitamin-, Mineralientherapie) zuzüglich Medikamentenkosten.

253 Injektion, intravenös

70 9,38
4,08 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 253 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 271 – 274, 345 – 247, 435, 451, 452, 478, 479, 2029

Kommentar: Die Nr. 253 kann nur einmal berechnet werden, wenn über eine gelegte Kanüle mehrere Medikamente injiziert werden.

Tipp:
- Ist aus medizinischen Gründen – z.B. Notfallbehandlung, starke Schmerzzustände, Bewegungseinschränkung – die Rezeptierung des Medikamentes zu Lasten des Patienten nicht möglich und muss das Medikament aus dem Bestand der Praxis genommen werden, so sind die Kosten für das Arzneimittel entsprechend § 10 Abs.1.(1.) den Patienten gesondert in Rechnung zu stellen.
- Neben Nr. 253 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

IGeL: Injektionen auf Patientenwunsch (z.B. Vitamin-, Mineralientherapie) zuzüglich Medikamentenkosten.

254 Injektion, intraarteriell

80 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 254 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 258, 277, 278, 350 – 361, 435, 2029

Tipp: Ist nach der intraarteriellen Injektion ein Kompressionsverband nötig, so kann dieser nach Nr. 204 zusätzlich berechnet werden.

255 Injektion, intraartikulär oder perineural

95 12,74
5,54 19,38

Ausschluss: Neben Nr. 255 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 267 – 268, 300 – 303, 305, 305a, 372, 373, 435, 493

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Wird nur eine Injektion in das Gelenk durchgeführt, so ist auch nur die Abrechnung der Nr. 255 möglich. Handelt es sich allerdings um eine Injektion, die im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Punktion, z. B. eines Ergusses, erfolgt, so kann die höher bewertete Nummer nach den Nrn. 300 – 302 berechnet werden. Eine Abrechnung der Nr. 255 ist dann nicht neben der Punktionsnummer möglich.

Tipp:
- Vergessen Sie nicht die Infiltrationsanästhesie nach Nr. 490 oder 491.
- Neben Nr. 255 sind die Nrn. 204, 490 abrechenbar.
- Ist ein Kompressionsverband erforderlich, so kann dieser zusätzlich nach Nr. 204 abgerechnet werden.

256 Injektion in den Periduralraum

185 24,80
10,78 37,74

Ausschluss: Neben Nr. 256 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 305, 305a, 435, 469 – 475

Kommentar: Wird bei der Injektion in den Periduralraum ein Lokalanästhetikum injiziert, so ist statt der Nr. 256 die Nrn. 470ff abzurechnen, da es sich um eine Periduralanästhesie handelt.

Tipp: Neben Nr. 256 sind die Nrn. 204, 490 abrechenbar.

257 Injektion in den Subarachnoidalraum

400 53,62
23,31 81,60

Ausschluss: Neben Nr. 257 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 305, 305a, 340, 370, 435, 470 – 475

Kommentar: Wird in den Subarachnoidalraum ein Lokalanästhetikum injiziert, so sind die Nr. 472 ff abzurechnen, da es sich um eine subarachnoidale Spinalanästhesie handelt.

Tipp: Neben Nr. 257 sind die Nrn. 204, 490 abrechenbar

258 Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –

180 24,13
10,49 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 258 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 254, 350, 355 – 361, 435, 2029

Tipp: Neben Nr. 258 ist die Nr. 204 abrechenbar.

259 Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –

600 80,44
34,97 122,40

Ausschluss: Neben Nr. 259 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 435, 470 – 475.

260 Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –

200 26,81
11,66 40,80

Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 260 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 355 -358, 360, 361, 435, 626 – 632, 648

Kommentar: Nach der Leistungslegende ist nur das Legen des Katheters beschrieben. Wird über diesen zentralen Venenkatheter infundiert, so sind neben der Nr. 260 die Nrn. der Infusion nach 271 oder 272 je nach Dauer abrechnungsfähig.

Tipp: Die Kosten für den zentralen Venenkatheter (Einmalkatheter) sind als Auslagen nach §10 GOÄ gesondert abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

261 Einbringung von Arzneimitteln in einem parenteralen Katheter

30 4,02
1,75 6,12

Die Leistung nach den Nummern 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.
Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 261 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 250 – 254, 256, 258, 345 – 361, 435, 473 – 475

Kommentar: Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück et alii** zählen hierzu sowohl die nur wenige Zentimeter in das Blutgefäß eingebrachten flexiblen Venen-Verweilkanülen (z. B. vom Typ Braunüle) als auch die deutlich längeren Zentral-Venenkatheter.
Werden im zeitlichen Zusammenhang mehrere unterschiedliche Medikamente in den Katheter eingebracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach abrechenbar. Nur wenn über einen längeren Zeitraum verteilt und daher nicht zum selben Zeitpunkt Arzneimitteleinbringungen erforderlich sind, so können diese entsprechend auch mehrfach abgerechnet werden. Werden Arzneimittel in einen Infusionsschlauch injiziert und nicht in die Infusionslösung gegeben, so ist diese Einbringung nach Nr. 261 abrechenbar. Während der Zeit der Einbringung ist es erforderlich, dass der Infusionsfluss unterbrochen wird.
Arzneimittel, die direkt in eine Infusionslösung gegeben werden, können nicht nach Nr. 261 berechnet werden.

262 Transfemorale venöse Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)

450 60,33
26,23 91,80

Ausschluss: Neben Nr. 262 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 260, 345 – 347, 355 – 361, 435, 626 – 630

263 Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung

90 12,07
5,25 18,36

Ausschluss: Neben Nr. 263 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 200, 435

Kommentar: Nach **Lang, Schäfer, Stiel** und **Vogt** ist die Nr. 263 neben der Nr. 252 ausgeschlossen. **Brück** und wir sind der Meinung, dass bei erbrachter Leistung kein Ausschluss in der GOÄ ersichtlich ist.
Für die in der Regel nach einer Hyposensibilisierungsbehandlung angesetzte Wartezeit des Patienten in der Praxis kann keine Verweilgebühr berechnet werden. Verweilgebühr kann nur dann berechnet werden, wenn sich eine allergische Reaktion beim Patienten einstellt und somit der Arzt in einem Zeitraum von mehr als 30 Minuten beim Patienten verweilt, um ihn vor evtl. erforderlichen therapeutischen Eingriffen zu beobachten.
Werden therapeutische Eingriffe, z.B. Injektionen oder Infusionen, erforderlich, so ist eine Verweildauer nicht anzusetzen.

Tipp: Bei jeder Hyposensibilisierung nach Nr. 263 könnte eine Beratung sowie eine Kurzuntersuchung zum Ausschluss eines relevanten Infektes sinnvoll sein. Damit wäre also die Kombination der Nrn. 1 + 5 bei Neubeginn eines Behandlungsfalles möglich.

264 Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung

120 16,09
6,99 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 264 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 267, 319, 435

265 Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung

60 8,04
3,50 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 265 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 252, 253, 303, 435

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Tipp: Abrechenbar sind
- Implantation eines Medikamentenreservoirs nach Nr. 2421
- Implantation eines Ports nach Nr. 2801

265a Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung

90 12,07
5,25 18,36

Ausschluss: Neben Nr. 265a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 252, 253, 303, 435

266 Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung

60 8,04
3,50 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 266 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 390, 391, 435, 490, 491

Kommentar: Nach **Lang, Schäfer, Stiel** und **Vogt** ist die Nr. 266 neben den Nrn. 252, 267 und 268 ausgeschlossen. **Brück** und wir sind der Meinung, dass bei erbrachter Leistung kein Ausschluss in der GOÄ ersichtlich ist.
Die **Quaddelbehandlung** kann mit Lokalanästhesie auch im Rahmen einer Schmerztherapie angewendet werden. Ist die Quaddelung eher an zahlreichen verschiedenen Stellen nötig, so kann der besondere Aufwand durch einen entsprechend höher gewählten Multiplikator bei der Abrechnung ausgeglichen werden.

IGeL: Neuraltherapie

267 Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion – auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung

80 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 267 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 268, 390, 391, 435, 490, 491, 493 – 495

Analog: Analoger Ansatz der Nr. 267 für die Injektion in den Glaskörper.

Kommentar: Nach **Lang, Schäfer, Stiel** und **Vogt** ist die Nr. 267 neben den Nrn. 252 und 266 ausgeschlossen. **Brück** und wir sind der Meinung, dass bei erbrachter Leistung kein Ausschluss in der GOÄ ersichtlich ist.

Auf einen Blick: **Medikamentöse Infiltrationsbehandlung**

<table>
<tr><th>Kurzlegende</th><th>GOÄ-Nr.</th><th>mehrfache Infiltration GOÄ-Nr.</th></tr>
<tr><td>Prostata Infiltration</td><td>267</td><td>268</td></tr>
<tr><td>Quaddelbehandlung</td><td colspan="2">266</td></tr>
<tr><td>Infiltration einer Körperregion</td><td rowspan="8">267</td><td rowspan="8">268</td></tr>
<tr><td>Paravertebrale Infiltration</td></tr>
<tr><td>Perineurale Infiltration</td></tr>
<tr><td>Perikapsuläre Infiltration</td></tr>
<tr><td>Retrobulbäre Infiltration</td></tr>
<tr><td>Epidurale Infiltration</td></tr>
<tr><td>Peridurale Infiltration</td></tr>
<tr><td>Gewebeerhärtende Infiltration</td><td colspan="2">290[1]</td></tr>
</table>

[1] Nr. 290 mehrfach ansetzbar!

268 Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung

130 17,43
7,58 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 268 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 267, 390, 391, 435, 491, 493 – 495

Kommentar: Ein Ausschluss der Nrn. 267 / 268 zur Nr. 490 ist in der GOÄ nicht formuliert. Zu berücksichtigen ist lediglich, dass es sich nicht um die gleiche Leistung handeln darf. Dies wä-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

re der Fall, wenn in beiden Fällen mit einem Lokalanästhetikum behandelt wurde. In diesem Fall könnte aber, wenn mehrere kleine Bezirke behandelt wurden, die Nr. 490 mehrfach berechnet werden. Wird kein Lokalanästhetikum, sondern ein anderes Medikament infiltriert, ist bei mehrfacher Applikation an verschiedenen Stellen die Nr. 267 nicht mehrfach, sondern einmalig Nr. 268 berechnungsfähig.

IGeL: Neuraltherapie auf Patientenwunsch zuzüglich Medikamentenkosten.

269 Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung

200 26,81
11,66 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 269 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 269a

Kommentar: Nach der Leistungslegende der Nr. 269 und Nr. 269a ist nur die Nadelstich-Technik abrechnungsfähig. Andere Formen der Akupunktur wie z. B. Moxibustion (Moxa) und Laserakupunktur sind analog gemäß § 6 Abs. 2 nach den Nrn. 269 oder 269a abrechenbar. Die Kosten für die Akupunkturnadeln sind zusätzlich gesondert abrechnungsfähig. Immer häufiger werden von den Kassen entsprechende Qualifikationsnachweise des Arztes gefordert.
Im Kommentar zur GOÄ gibt **Brück** an „...die deutschsprachigen Akupunkturgesellschaften fordern eine stufenweise Ausbildung über mehrere Kurse mit einer Gesamtdauer von mindestens 150 Stunden ..."
Die Elektroakupunktur nach Voll fällt nicht unter die Leistungen nach den Nrn. 269 und 269a, sondern ist analog nach der Nr. 832 berechnungsfähig. Interessanterweise führen die Autoren Brück et alii in ihrem Kommentar zur GOÄ aus: „...Der Analogabgriff in der GOÄ muss unabhängig davon möglich sein, dass die Elektroakupunktur nach Voll keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Leistung darstellt. ..."
Eine durchgehende Anwesenheit des Arztes während der Akupunktur ist nicht erforderlich. Das Setzen der Nadeln allerdings ist eine ärztliche Leistung, die betrifft auch evtl. durchgeführte Stimulationen. Auch die kurze Beobachtung des Patienten während einer Akupunktur gilt als ärztliche Leistung. Nach der festgelegten Akupunkturdauer allerdings kann die Entfernung von ausgebildeten und angeleiteten Helferinnen gemacht werden.
Da eine dauernde Anwesenheit des Arztes nicht erforderlich ist, ist es nur natürlich, dass eine Verweildauer keineswegs angesetzt werden kann.

Tipp: Die Kosten für die Akupunkturnadeln können gemäß § 10 Abs. 1 berechnet werden.

IGeL: Einsatz auf Patientenwunsch z.B. zur Schmerz- bzw. Allergiebehandlung. Analoger Ansatz der Nummern 269, 269a bei Moxibustion und Laserakupunktur. Nr. 269 für die Elektroakupunktur nach Voll analog abrechenbar. Auch für „Raucherakupunktur", „Suchtakupunktur".

269 analog Allergie Akupunktur (analog Nr.269 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog-Ziffern der PVS

200 26,81
11,66 40,80

269a Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung

350 46,92
20,40 71,40

Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 269a ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 269

Kommentar: Nach der Leistungslegende der Nr. 269 und Nr. 269a ist nur die Nadelstich-Technik abrechnungsfähig. Andere Formen der Akupunktur wie z. B. Moxibustion (Moxa) und Laserakupunktur sind analog gemäß § 6 Abs. 2 nach den Nrn. 269 oder 269a abrechenbar. Die Kosten für die Akupunkturnadeln sind zusätzlich gesondert abrechnungsfähig. Immer häufiger werden von den Kassen entsprechende Qualifikationsnachweise des Arztes gefordert.
Im Kommentar zur GOÄ gibt **Brück** an „...die deutschsprachigen Akupunkturgesellschaften fordern eine stufenweise Ausbildung über mehrere Kurse mit einer Gesamtdauer von mindestens 150 Stunden ..."

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Elektroakupunktur nach Voll fällt nicht unter die Leistungen nach den Nrn. 269 und 269a, sondern ist analog nach der Nr. 832 berechnungsfähig. Interessanterweise führen die Autoren Brück et alii in ihrem Kommentar zur GOÄ aus: „...Der Analogabgriff in der GOÄ muss unabhängig davon möglich sein, dass die Elektroakupunktur nach Voll keine wissenschaftlich allgemein anerkannte Leistung darstellt. ..."
Eine durchgehende Anwesenheit des Arztes während der Akupunktur ist nicht erforderlich. Das Setzen der Nadeln allerdings ist eine ärztliche Leistung, die betrifft auch evtl. durchgeführte Stimulationen. Auch die kurze Beobachtung des Patienten während einer Akupunktur gilt als ärztliche Leistung. Nach der festgelegten Akupunkturdauer allerdings kann die Entfernung von ausgebildeten und angeleiteten Helferinnen gemacht werden.
Da eine dauernde Anwesenheit des Arztes nicht erforderlich ist, ist es nur natürlich, dass eine Verweildauer keineswegs angesetzt werden kann.

IGeL: Siehe Hinweise unter Nr. 269.

269a analog — Allergie Akupunktur, mind. 20 Min. (analog Nr. 269a GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK

350 46,92
20,40 71,40

270 — Infusion, subkutan

80 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 270 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 252, 263, 303, 435, 435, 2009

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden.

IGeL: Infusionen auf Wunsch des Patienten, sogen. „Aufbaukuren" mit Vitaminen und Spurenelemente und anderen z.B. nicht zu Lasten der GKV oder PKV verordnungsfähigen Medikamenten.

271 — Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer

120 16,09
6,99 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 271 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 272, 273, 274, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2009, 2029

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 07.10.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Infusion – Mehrfachberechnung**
Aufgrund der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen der GOÄ kann die Leistung nach Nummer 272 je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnet werden (die Bestimmung gilt ebenso für Nr. 271).
Bei nur einem Gefäßzugang kann die Nr. 272 also insgesamt nur einmal am selben Behandlungstag abgerechnet werden, unabhängig davon wie viele Infusionen nach Nr. 272 tatsächlich erfolgt sind – der besondere Aufwand könnte nur über den Gebührenrahmen geltend gemacht werden.

Kommentar: Wird in den parenteralen Katheter ein Arzneimittel eingebracht und während dieser Zeit der Fluss der Infusion unterbrochen, so kann zusätzlich die Nr. 261 abgerechnet werden. Wichtig ist, dass das Arzneimittel unmittelbar in die Vene gegeben wird und nicht durch Verdünnung in der Infusionslösung langsam in die Vene fließt.
Neu wurde mit der zum Januar 1996 veröffentlichten GOÄ der Begriff des Behandlungstages eingeführt. Bei der bisher bekannten Begrenzung der Abrechnung auf einen Tag wurde jeweils von „je Tag" gesprochen. Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück** et alii sollte aus Gründen der Vereinfachung auch beim Behandlungstag „vom Zeitraum zwischen 0 bis 24 Uhr ausgegangen werden".
Die Regelungen zur Nr. 271 und Nr. 272 sehen vor, dass am selben Behandlungstag Infusionen zu unterschiedlichen Zeiten die Nrn. 271 und 272 jeweils zweimal berechnet

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

werden. Voraussetzung dieser Abrechnungsweise ist aber, dass gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße durchgeführt werden. Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp:
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden oder durch Verordnung zu Lasten des Patienten.
- Neben Nr. 271 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

IGeL: Siehe Hinweise unter Nr. 270.

272 Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer

180 24,13
10,49 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 272 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 271, 273, 274, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2009, 2029

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Infusion – Mehrfachberechnung**
Aufgrund der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen, der GOÄ kann die Leistung nach Nummer 272 je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnet werden (die Bestimmung gilt ebenso für Nr.271).
Bei nur einem Gefäßzugang kann die Nr. 272 also insgesamt nur einmal am selben Behandlungstag abgerechnet werden, unabhängig davon wie viele Infusionen nach Nr. 272 tatsächlich erfolgt sind – der besondere Aufwand könnte nur über den Gebührenrahmen geltend gemacht werden.

Kommentar: Neu wurde mit der zum Januar 1996 veröffentlichten GOÄ der Begriff des Behandlungstages eingeführt. Bei der bisher bekannten Begrenzung der Abrechnung auf einen Tag wurde jeweils von „je Tag" gesprochen. Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück** et alii sollte aus Gründen der Vereinfachung auch beim Behandlungstag „vom Zeitraum zwischen 0 bis 24 Uhr ausgegangen werden".
Die Regelungen zur Nr. 271 und Nr. 272 sehen vor, dass am selben Behandlungstag Infusionen zu unterschiedlichen Zeiten die Nrn. 271 und 272 jeweils zweimal berechnet werden. Voraussetzung dieser Abrechnungsweise ist aber, dass gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße durchgeführt werden.
Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp:
- Neben Nr. 272 ist die Nr. 2800 abrechenbar.
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden oder durch Verordnung zu Lasten des Patienten.

IGeL: Siehe Hinweise unter Nr. 270.

273 Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene-, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

180 24,13
10,49 36,72

Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.
Werden die Leistungen nach Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 273 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 271, 272, 274, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 2009

Kommentar:
- Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
- Die Leistung nach Nr. 273 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig

Tipp:
- Neben Nr. 273 ist die Nr. 2800 abrechenbar.
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

274 **Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung –** **320** 42,90 18,65 65,28

Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 274 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 271, 272, 273, 275, 276, 345 – 347, 435, 451, 452, 478, 479, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 274 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig

Tipp:
- Neben Nr. 274 ist die Nr. 2800 abrechenbar.
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden oder durch Verordnung zu Lasten des Patienten..

275 **Dauertropfinfusion von Zystostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer** **360** 48,26 20,98 73,44

Ausschluss: Neben Nr. 275 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 271, 272, 273, 274, 276, 435, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 275 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig

Tipp:
- Neben Nr. 275 ist die Nr. 2800 abrechenbar.
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden.

276 **Dauertropfinfusion von Zystostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer** **540** 72,39 31,48 110,16

Ausschluss: Neben Nr. 276 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 261, 271, 272, 273, 274, 275, 435, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 276 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig

Tipp:
- Neben Nr. 276 ist die Nr. 2800 abrechenbar.
- Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden.

277 **Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer** **180** 24,13 10,49 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 277 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 254, 258, 261, 278, 350 – 361, 435, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 277 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

Tipp: Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden.

278 **Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer** **240** 32,17 13,99 48,96

Ausschluss: Neben Nr. 278 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 254, 258, 261, 277, 350 – 361, 435, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Leistung nach Nr. 278 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Infusionen über unterschiedliche Gefäßzugänge zugeführt werden.

Tipp: Die Kosten für die Infusionslösung mit Infusionsbesteck können nach GOÄ § 10 als Auslagen berechnet werden.

279 Infusion in das Knochenmark — 180 — 24,13 / 10,49 / 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 279 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 311, 312, 435, 2009

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

280 Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer – — 330 — 44,24 / 19,23 / 67,32

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 280 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 271 – 273, 281, 286 – 287, 435, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Neben Nr. 280 ist die Nr. 282 abrechenbar.

281 Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer — 450 — 60,33 / 26,23 / 91,80

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 281 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 271 – 273, 280, 286 – 287, 435, 2009, 2029

Kommentar:
- Ein Kind bis zum 7. Lebenstag gilt als Neugeborenes.
- Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Neben Nr. 281 ist die Nr. 282 abrechenbar.

282 Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 280 und 281 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System(bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer – — 150 — 20,11 / 8,74 / 30,60

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 282 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 271 – 273, 286 – 287, 435, 2009, 2029

Kommentar: Nach der Allgemeinen Bestimmung zur Nr. 282 kann auch eine zweite oder dritte Transfusion im großen zeitlichen Abstand zur ersten am selben Behandlungstag leider nur nach der Nr. 282 abgerechnet werden.
Ist allerdings eine neue Venenpunktion oder das Legen eines zentralen Venenkatheters nach der ersten Transfusion erforderlich für eine zweite Transfusion, so kann dies

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

unserer Meinung nach neu nach Nr. 282 abgerechnet werden. Alle weiteren jetzt über den Zugang gelegten Transfusionen sind allerdings nach der Nr. 282 abzurechnen.
Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Neben Nr. 282 sind die Nrn. 280, 281 abrechenbar.

283 Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter – einschließlich der Anlage des Katheters –

500 67,03
29,14 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 283 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 254, 261, 273, 277, 278, 350 – 361, 435

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 283 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

284 Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme –

90 12,07
5,25 18,36

Ausschluss: Neben Nr. 284 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 250, 251, 252, 253, 285 – 289, 435

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Mit der Gebühr nach der Leistung Nr. 284 sind sowohl die Blutentnahme als auch Manipulationen am Blut vor der Rückinjektion wie z. B. Medikamentengaben, homöopathische Potenzierung und die Leistung der Einspritzung abgegolten. **Brück** bemerkt in seinem Kommentar, dass „...mögliche Erschwernisse bei der Leistungserbringung über den Gebührenrahmen abgegolten werden können...“, d. h. durch einen höheren Multiplikator.

IGeL: Eigenblutbehandlung auf Patientenwunsch , z.B. bei
- Immunsystemstimulation
- Allergien

285 Aderlass aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –

110 14,75
6,41 22,44

Ausschluss: Neben Nr. 285 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 250, 251, 262, 284, 288, 289, 435, 2009, 2029

Kommentar: Wird bei einem Aderlass ein geringeres Volumen als 200 ml Blut entnommen, ist die Abrechnung nach 285 nicht möglich, es bleibt nur die Abrechnung nach Nr. 250.
Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Neben Nr. 285 ist die Nr. 2800 (Venae sectio) abrechenbar.

IGeL: Bei
- Hämatogener Oxidationstherapie (HOT)
- Ozon-Therapie
- Sauerstoff-Therapien

mit entsprechenden weiteren Leistungen .

286 Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test)

220 29,49
12,82 44,88

Ausschluss: Neben Nr. 286 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 271 – 273, 280, 282, 435, 2009, 2029

Kommentar: Die Nrn. 286, 286a und 288 sind analog berechnungsfähig für die Ozon-Therapie (nach Brück auch als ‚große Blutwäsche‘ bezeichnet) entsprechend der ’alten’ GOÄ Nr. 290 und für die HOT, z.B. Nr. 288 analog für Blutentnahme für HOT.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.

Tipp: Neben Nr. 286 sind die Nrn. 286a, 288, 289 abrechenbar.

IGeL: Nr. 286 analog für HOT abrechenbar.

286a **Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluss an die Leistung nach der Nummer 286 – einschießlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –** **100** 13,41 5,83 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 286a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 253, 271, 273, 280, 282, 435, 2009, 2029

Kommentar: Siehe Kommentar Nr. 286

287 **Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwerster Intoxikation)** **800** 107,25 46,63 163,20

Ausschluss: Neben Nr. 287 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 250, 251, 285, 286, 286a, 288, 289, 2009, 2029

Kommentar: Erforderliche Gefäßpunktionen können nicht zusätzlich abgerechnet werden, da sie Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 sind.
Die Leistung nach Nr. 287 ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 287 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

288 **Präoperation Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbeung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung –** **230** 30,83 13,41 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 288 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 250, 251, 289, 435, 2009, 2029

Kommentar: Die Nrn. 286, 286a und 288 sind analog berechnungsfähig für die Ozon-Therapie (nach Brück auch als ‚große Blutwäsche' bezeichnet) entsprechend der 'alten' GOÄ Nr. 290 und für die HOT, z.B. Nr. 288 analog für Blutentnahme für HOT.

Tipp: Neben Nr. 288 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

289 **Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbeung bei + 2 °C bis + 6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbeung bei – 30 °C oder darunter –** **350** 46,92 20,40 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 289 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 204, 250, 251, 288, 435, 2009, 2029

Tipp: Neben Nr. 289 ist die Nr. 2800 abrechenbar.

290 **Infiltration gewebehärtender Mittel** **120** 16,09 6,99 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 290 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 252, 264, 266, 390, 391, 435, 764

Kommentar: Werden Infiltrationen gewebehärtender Mittel an mehreren Stellen durchgeführt, so ist die Nr. 290 auch mehrfach berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
291	**Implantation von Hormonpresslingen**	**70** 4,08	9,38 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 291 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 252, 265, 435, 2421

Analog: Nr. 291 analog für die Implantation von Antibiotikaketten abrechnen.

297	**Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung** Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	**45** 2,62	6,03 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 297 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 27, 298, 435, 4850, 4870 – 4873

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Nrn 297 und 298 nebeneinander bzw. Mehrfachberechnung (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)

Die Nrn. 297 und 298 GOÄ stellen auf die jeweilige Abstrichentnahme eines Materials aus derselben Körperregion ab. Die Einschränkung, dass es sich um Abstriche „eines Materials" handelt, ergibt sich aus dem Leistungsziel und der Art der Durchführung (die jeweils getrennte Entnahme, Aufbereitung und weitere Untersuchung). Bei unterschiedlichen Materialien (Abstrichentnahme aus verschiedenen Körperregionen) können die Nrn. 297 und 298 auch jeweils mehrfach zur Abrechnung kommen.

Die in GOÄ-Kommentaren vertretene Auffassung, dass dann, wenn aus derselben Körperregion Abstriche sowohl zur zytologischen als auch zur mikrobiologischen Untersuchung entnommen werden, die mikrobiologische Abstrichentnahme eine „unselbständige Teilleistung" der Nr. 297 im Sinne des § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ wäre, wird vom Ausschuss abgelehnt.

Die Abstriche werden getrennt entnommen und aufbereitet. Geringfügige Leistungsüberschneidungen (hinsichtlich Lagerung des Patienten und Einstellung des Abstrichsgebietes) sind durch die unterschiedlichen Bewertungen der Nrn. 297 und 298 GOÄ berücksichtigt.

Tipp: Neben Nr. 297 sind die Nrn. 7, 4851, 4852 abrechenbar.

298	**Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –** Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	**40** 2,33	5,36 8,16

Ausschluss: Neben Nr. 298 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 297, 435

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Nrn. 297 und 298 nebeneinander bzw. Mehrfachberechnung (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)

Die Nrn. 297 und 298 GOÄ stellen auf die jeweilige Abstrichentnahme eines Materials aus derselben Körperregion ab. Die Einschränkung, dass es sich um Abstriche „eines Materials" handelt, ergibt sich aus dem Leistungsziel und der Art der Durchführung (die jeweils getrennte Entnahme, Aufbereitung und weitere Untersuchung). Bei unterschiedlichen Materialien (Abstrichentnahme aus verschiedenen Körperregionen) können die Nrn. 297 und 298 auch jeweils mehrfach zur Abrechnung kommen.

Die in GOÄ-Kommentaren vertretene Auffassung, dass dann, wenn aus derselben Körperregion Abstriche sowohl zur zytologischen als auch zur mikrobiologischen Untersuchung entnommen werden, die mikrobiologische Abstrichentnahme eine „unselbständige Teilleistung" der Nr. 297 im Sinne des § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ wäre, wird vom Ausschuss abgelehnt.

Die Abstriche werden getrennt entnommen und aufbereitet. Geringfügige Leistungsüberschneidungen (hinsichtlich Lagerung des Patienten und Einstellung des Abstrichsgebietes) sind durch die unterschiedlichen Bewertungen der Nrn. 297 und 298 GOÄ berücksichtigt.

III Punktionen

Allgemeine Bestimmungen:

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahme z.B. von Blut, Liquor, Gewebe.

Auf einen Blick:

Alle Punktionen

Punktion	GOÄ-Nr.
Abszess	**303**
Adnextumor (einschl. Douglaspunktion)	**317**
Augenhöhle	**304**
Bauchhöhle	**307**
Douglasraum	**316**
Drüse	**303**
Ellenbogengelenk	**301**
Fingergelenk	**300**
Ganglion	**303**
Gehirn bei vorhandener Trepanationsöffnung	**306**
Hämatom	**303**
Handgelenk	**300**
Harnblase	**318**
Herzbeutel	**310**
Hoden	**315**
Hüftgelenk	**302**
Hygrom	**303**
Kniegelenk	**301**
Knochenmark	**311**
Knochenstanze	**312**
Körperteile, -oberflächliche	**303**
Leber	**315**
Liquorräume	**305**
Liquorräume durch die Fontanelle	**305A**
Lunge	**306**
Lymphknoten	**314**
Mamma	**314**
Milz	**315**
Niere	**315**
Organ, z.B. Leber, Milz, Nieren, Hoden	**315**
Pleura	**308**
Pleuraraum	**307**
Prostata	**319**
Schilddrüse	**319**
Schleimbeutel	**303**
Schultergelenk	**302**
Serom	**303**
Sprunggelenk	**300**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Punktion	GOÄ-Nr.
Sternalpunktion	**311**
Wasserbruch	**318**
Wirbelgelenk	**301**
Zehengelenk	**300**

300 Punktion eines Gelenks

120 16,09
6,99 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 300 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 301 – 303, 373, 2189 – 2196, 5050, 5060, 5070

Kommentar: Die Punktion nach Nr. 300 betrifft Finger-, Zehengelenke, Handgelenk und Sprunggelenk. Andere Gelenkpunktionen sind in den folgenden Nrn. 301 und 302 beschrieben.
Nach der Kommentierung von **Brück** zur Punktion eines Schultergelenkes nach Nr. 302 sind Punktionen im Bereich des inneren Schlüsselbeingelenkes (Sterno-Claido-Claviculargelenk) und des äußeren Schlüsselbeingelenkes (Arcromyoclavikulargelenk) ebenfalls nach den Nrn. 300 zu berechnen und nicht nach Nr. 302.

301 Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks

160 21,45
9,33 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 301 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 373, 2189 – 2196, 5050, 5070

Tipp:
- Vergessen Sie nicht die Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Wenn erforderlich, zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

302 Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks

250 33,52
14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 302 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 373, 2189 – 2196, 5050, 5060, 5070

Kommentar: Siehe Kommentierung zu den Schlüsselbeingelenken unter Nr. 300.

IGeL: Anwendung für die Stoßwellentherapie bei orthopädischen Erkrankungen, z.B. Pseudarthrosen, Tendinosis calcarea, Epicondylitis (therapieresistent), Fersensporn (therapieresistent).

302 analog Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen (analog Nr. 302 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK

250 33,52
14,57 51,00

Bei Behandlung verschiedener Körperareale in einer Sitzung ist die Nr. 302A pro Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Der Ausschuss „Gebührenordnung" geht von einer durchschnittlichen Anzahl von zwei bis drei, maximal vier Sitzungen pro Behandlungsfall aus.

Ausschluss: Neben Nr. 302analog sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 373, 2189 – 2196, 5050, 5060, 5070

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK – veröffentlicht in DÄ, Heft 7, 15.2.02**
Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen Indikationen
Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Indikationen analog Nr 302 GOÄ (250 Punkte).

303 Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abzesses oder oberflächiger Körperteile

80 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 303 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 321, 370

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer: Berechnung der Blutgasanalyse (5. Sitzung vom 13. März 1996)**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Berechnung auf Grundlage der Nr. 3710 GOÄ (Speziallabor) ist zwingend. Die Berechnung daneben der Nr. **303** GOÄ (Punktion oberflächiger Körperteile) sowie der Nr. 3715 (Bikarbonatbestimmung) ist nicht zulässig, da die Leistung nach Nr. **303** nicht vorliegt und die Bikarbonatbestimmung einzig rechnerisch erfolgt, demnach gemäß der Allgemeinen Bestimmung Nr. 5 vor Abschnitt M nicht berechenbar ist.
Die Messung und Berechnung nach Nr. 602 GOÄ (Oxymetrie) ist möglich, da diese zwar grundsätzlich aus der Blutgasanalyse unter Einbezug des Hb-Wertes berechenbar ist, dieser aber aktuell nicht vorliegt. Die Messung ist sachlich allerdings nur bei bestimmten Indikationen sinnvoll, zum Beispiel Anämie. In diesen Fällen ist Nr. 602 neben Nr. 3710 berechenbar. Die Leistung nach Nr. 614 (transcutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks) ist zeitgleich mit der Blutgasanalyse nicht berechenbar, da der Sauerstoffpartialdruck bereits mit der Blutgasanalyse gemessen wird. Möglich ist jedoch die Berechnung der Nrn. 614 und 3710 in den Fällen, in denen die Leistungen zeitgleich getrennt erbracht werden müssen.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

304 Punktion der Augenhöhle

160 21,45
9,33 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 304 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 267, 495

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

305 Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)

350 46,92
20,40 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 305 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 256, 257, 259, 268, 305a, 340

Kommentar: Für die Punktion von endokrinen Drüsen sind die Leistungen nach den Nrn. 315 und 319 zu berechnen. Die verschiedenen Speicheldrüsen fallen unter den Begriff „Drüse“ in der Leistungslegende der Nr. 303.
Werden nebeneinander Subokzipital- und Lumbalpunktionen erbracht, ist die Leistung nach Nr. 305 entsprechend zweimal abrechenbar.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

305a Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle

250 33,52
14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 305a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 256, 257, 259, 268, 305, 340

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

306 Punktion der Lunge – auch Abszess- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktiom des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung

500 67,03
29,14 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 306 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 303, 370, 2972, 2992, 2993

Kommentar: Punktionen des Pleuraraumes sind nach Nr. 307 abzurechnen und Gewebeentnahmen aus der Pleura, ggf. einschl. Punktion, nach Nr. 308.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

307 Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle

250 33,52
14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 307 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 306, 308, 370

Kommentar: Die spezielle Punktion des Douglasraumes kann sowohl nach Nr. 307 als auch nach Nr. 316 abgerechnet werden. Beide Leistungen sind gleich bewertet.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
308	**Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion –**	**350** 20,40	46,92 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 308 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 307, 370, 2992, 2993

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

310	**Punktion des Herzbeutels**	**350** 20,40	46,92 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 310 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 258

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

311	**Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion –**	**200** 11,66	26,81 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 311 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 279, 312

Kommentar: Werden mehrere Punktionen an unterschiedlichen Körperstellen durchgeführt, so sind diese einzeln berechnungsfähig.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

312	**Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark –**	**300** 17,49	40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 312 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 279, 311

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

314	**Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 314 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 200

Kommentar: Die Leistungslegende beschreibt hinsichtlich der Mamma keine besondere Struktur, so dass nicht nur die Punktion von Mammagewebe, sondern auch die Punktion einer Mammazyste nach Nr. 314 zu berechnen ist.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

315	**Punktion eines Organs (z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden)**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 315 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1767, 1830

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) -

Follikelentnahme (In-vitro-Fertilisation)

Die Nr. 315 ist je Ovar einmal für die Follikelentnahme berechnungsfähig, auch wenn je Ovar mehr als en Follikel entnommen wird. Die Berechnung der Nr. 297 für die Entnahme des einzelnen Follikels neben Nr. 315 für die Punktion des Ovars ist nicht zulässig (§ 4 Abs.2a GOÄ).

Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
316	**Punktion des Douglasraums**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 316 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 307, 317

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.03.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Punktion des Douglasraums zwecks Asservation ggf.weiterer Follikel (In-vitro-Fertilisation)
Die Punktion des Douglasraums zwecks Asservation ggf. weiterer Follikel ist nach Nr. 316 ansatzfähig. Die Nr. 316 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Kommentar: Die spezielle Punktion des Douglasraumes kann sowohl nach Nr. 307 als auch nach Nr. 316 abgerechnet werden. Beide Leistungen sind gleich bewertet.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

317	**Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunktion –**	**350** 20,40	46,92 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 317 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 307, 316

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

318	**Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 318 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1795

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

319	**Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse**	**200** 11,66	26,81 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 319 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 264

Hinweis BÄK: **Abrechnungsempfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung der Bundesärztekammer“** Veröffentlicht: Dt. Ärzteblatt, Heft 39, 30.09.2005
Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohlnadel/n zur Seed Ablage.
Die Nr. 319 kann im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) einmal je Hohlnadel angesetzt werden. Eine parallel durchgeführte Sonographie nach den Nrn. 410 und ggf. 420 GOÄ ist unter Beachtung der Allgemeinen Bestimmungen zu C VI. neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig. Sowohl die durchgeführte Zystographie nach Nr. 5230 GOÄ als auch die Zystourethroskopie nach Nr. 1787 GOÄ sind neben der Nr. 319 für die PSI ansatzfähig. Die Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Blase nach Nr. 488 GOÄ und das Einlegen eines Harnblasenverweilkatheters oder Spülen der Harnblase über einen (liegenden) Harnblasenkatheter nach den Nrn. 1732, 1729 und 1733 GOÄ sind neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI nicht ansatzfähig.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ▶ **Stanzbiopsien der Prostata**
Dr. med. Hermann Wetzel M. Sc. – (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 22 (04.06.2010), S. A 1132) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.8613
Für die Gewebsentnahme bei Verdacht auf Prostatakarzinom kann die Nr. 319 Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), „Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse“, angesetzt werden. Weder die Leistungslegende der Gebührenposition noch die Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts C III „Punktionen“ der GOÄ enthalten einen Hinweis auf eine der Anzahl nach begrenzte Berechnungsfähigkeit.
Mit Verweis auf einen inzwischen obsoleten Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2003 wird jedoch nicht selten von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen eine mehr als sechsmalige Erstattung der Nr. 319 GOÄ bei Prostatabiopsien abgelehnt. Nicht berücksichtigt wird dabei, dass der Ausschuss „Gebührenordnung“ aufgrund einer Auswertung der wissenschaftlichen Literatur bereits im Jahr 2005 seine Einschätzung revidiert und festgestellt hat, dass die Gebührenposition Nr. 319 mehrfach ansatzfähig ist, wenn im Rahmen der Prostatakarzinomabklärung mehrere Gewebsproben aus der Prostata entnommen werden. Maßgeblich ist dabei die medizinische Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 GOÄ. Hinsichtlich der Anzahl der zu entnehmenden Biopsien verweist der Ausschuss „Gebührenordnung“ auf Fachpublikationen und Leitlinien der (inter)nationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften; aus den vorliegenden Studien wird zur Gewährleistung einer hinreichenden diagnostischen Sicherheit eine Mindestanzahl von in der Regel zehn Biopsien abgeleitet.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

In einer systematischen Übersichtsarbeit zur Frage der für eine suffiziente Prostatakarzinomdiagnostik notwendigen Anzahl von Biopsien wurde als Ergebnis einer Metaanalyse die Entnahme von zwölf Gewebezylindern emp-fohlen (Eichler et al., J. Urol. 2006; 175: 1605–12). Die aktuell gültige Leitlinie der European Association of Urology aus dem Jahr 2008 spricht sich für eine Mindestanzahl von zehn Prostatabiopsien aus, wobei diese je nach Prostatavolumen oder PSA-Serumwert angepasst werden könne (EAU Guidelines on Prostate Cancer, Eur. Urol. 2008; 53: 68–80). Gemäß der neuesten Version V.2.2010 der „Practice Guideline" des US-amerikanischen National Comprehensive Cancer Networks zur Prostatakarzinomfrüherkennung werden ebenfalls zumindest zwölf Biopsien empfohlen (www.nccn.org).
Als maßgeblich für den deutschen Versorgungskontext kann die „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms", Version 1.0 vom September 2009, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Urologie, angesehen werden. In dieser Leitlinie findet man auch zur Stanzbiopsie der Prostata eine Reihe evidenzbasierter Empfehlungen. Hinsichtlich der zur Diagnostik notwendigen Anzahl der Gewebeproben wird konstatiert, dass bei der Stanzbiopsie der Prostata in der Regel zehn bis zwölf Gewebezylinder entnommen werden sollten (www.urologenportal.de).
Zusammenfassend erscheint eine fixe zahlenmäßige Beschränkung der Berechnung von Prostatabiopsien durch private Krankenversicherungen und Beihilfestellen nach der GOÄ nicht gerechtfertigt. Vor dem Hintergrund eines nachgewiesenen diagnostischen Zusatznutzens einer auf die lateralen peripheren Zonen erweiterten Prostatabiopsie sollte die tatsächliche Anzahl der durchgeführten Prostatagewebeproben erstattet werden.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 27.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/)
Abrechnung von Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung
Werden im Rahmen einer Prostatakarzinom-Früherkennung mehrere Stanzbiopsien aus der Prostata entnommen, so ist die Gebührenordnungsposition Nr. 319 (Punktion der Prostata) je Behandlungsfall maximal bis zu sechsmal ansatzfähig.
(Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer, Mai 2003)
Werden über die Sextantenbiopsie hinaus weitere Proben entnommen, so ist der gesteigerte Aufwand über die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abzubilden.

Tipp:
- Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491.
- Ggf. zusätzlich Kompressionsverband nach Nr. 204.

321 Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters – einschließlich anschließender Injektion oder Instillation

50 6,70
2,91 10,20

Ausschluss: Neben Nr. 321 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 370

Kommentar: Für die Sondierung einer Fistel mittels Sonde und die spätere Einführung eines Fistelkatheters kann die Leistung nach der Nr. 321 zweimal berechnet werden.
Wird Kontrastmittel eingebracht, so ist nur die Nr. 370 berechnungsfähig.
Die Einbringung eines Fistelkatheters kann nicht gesondert berechnet werden. Wird allerdings zuerst eine Sondierung einer Fistel mittels Sonde durchgeführt und dann erst Kontrastmittel gespritzt, so handelt es sich um zwei selbstständige Leistungen und die Abrechnung der Nrn. 321 und 370 nebeneinander ist nach **Brück** möglich.

IV Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

Tipp:
Wenn erforderlich, sind neben den Leistungen der Kontrastmitteleinbringung (Nrn. 340 – 374) Anästhesieleistungen nach den Nrn. 469 bis 479 und 483 bis 495 berechnungsfähig.

Die Kosten für das Kontrastmittel sind nach § 10 GOÄ als Auslagen berechnungsfähig.

Auf einen Blick:

Kontrastmitteleinbringung (KM) und entsprechende radiologischen Leistung (ohne CT und NMR)

Ort der KM-Einbringung/Art der Untersuchung	GOÄ Nr. der KM-Einbringung	GOÄ Nr. und Kurzlegende der Röntgenleistung
Arterien	**350A 353351**	**5300*f.** Serienangiographie: Schädel, Brust und Bauchraum 5306* f. Serienangiographie: Becken u. beide Beine
Arthrographie	**373**	**5050*** KM Untersuchung: Hüftgelenk, Kniegelenk, Schultergelenk **5060*** KM Untersuchung: Kiefergelenk, **5070** KM Untersuchung der übrigen Gelenke
Bauchraum, Venographie	**344-347**	**5329 f.** Venographie: Brust- und Bauchraum
Bronchographie	**368**	**5285*** Bronchographie
Brustraum, Venographie	**344-347**	**5329 f.** Venographie: Brust- und Bauchraum
Diskographie	**372**	**5260*** RÖ-Untersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln
Dünndarm	**374**	**5163*** Dünndarm-Kontrast-Untersuchung
Galaktographie	**370**	**5260*** RÖ-Untersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhafter entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln
Gallenblase, Gallenwege	**344-347**	**5170*** KM-Untersuchung: Gallenblase, Gallenwege, Pankreasgänge
Gehirnarterien	**351**	**5300* f.** Serienangeiographie: Schädel, Brust und Bauchraum
Gehirn u. Rückenmark	**340**	**5280*** Myelographie
Harntrakt	**344-347**	**5200* f.** Harntrakt-Kontrastuntersuchung
Herz und Aorta, Herzkatheter	**355-357 360, 361**	**5303* f.** Serienangeiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang Leistungen nach Nrn. 5315* bis 5327*5315* f. Angiographie beider Herzhälften
Kavernographie	**370**	**5303*** RÖ-Untersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln
Koronararterien	**360, 361**	**5324* f.** Selektive Koronarangiographie
Lymphographie	**365**	**5338* f.** Lymphographie, Extremität
Myelographie	**340**	**5280*** Myelographie
Pankreasgänge	**344-347**	**5170*** KM-Untersuchung: Gallenblase, Gallenwege, Pankreasgänge
Refluxzystographie	**370**	**5235*** Refluxzystographie, einschl. retrograder KM-Verabreichung
Sialographie	**370**	**5260*** RÖ-Untersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstendener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln
Urethrozystographie	**370**	**5230*** Harnröhren-, Harnblasen-KM-Untersuchung (Urethrozystographie), einschl. retrograder KM-Verabreichung
Uterus-, Tuben-KM-Untersuchung	**370**	**5250*** Gebärmutter-, Eileiter-KM-Untersuchung
Venographie Brust- und Bauchraum	**344-347**	**5329 f.** Venographie: Brust- und Bauchraum

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kontrastmitteleinbringungen

Ort der KM-Einbringung/Art der Untersuchung	GOÄ Nr. der KM-Einbringung	GOÄ Nr. und Kurzlegende der Röntgenleistung
Venographie	**344-347**	**5330* f.** Venographie einer Extremität
Vesikulographie	**370**	**5260*** RÖ-Untersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln
Zystokopie m. Harnleitersondierung	**1790**	**5220*** Harntrakt-Kontrastuntersuchung, einschl. retrograder KM-Verabreichung

340 Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume

400 53,62
23,31 81,60

Ausschluss: siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp: Neben Nr. 340 ggf. Nrn. 5090, 5370, 5410, 5411, 5430 abrechnen.
siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

344 Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer

100 13,41
5,83 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 344 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5353 – 5355, 5359, 5360
Siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp: Neben Nr. 344 ggf. Nrn. 5300 – 5313, 5329, 5330,. 5370 bis 5375 abrechnen.
siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

345 Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer

130 17,43
7,58 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 345 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5353 – 5355, 5359, 5360
siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp:
- Neben Nr. 345 ggf. Nrn. 5300 – 5313, 5329, 5330,. 5370 bis 5375 abrechnen.
- siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

346 Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion

300 40,22
17,49 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 346 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5353 – 5355, 5359, 5360
siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp:
- Neben Nr. 346 ggf. Nrn. 347, 5300 – 5313, 5329, 5330,. 5370 bis 5375.
- siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

347 Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 –

150 20,11
8,74 30,60

Ausschluss:
- Neben Nr. 347 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5353 – 5355, 5359, 5360
- siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp: Neben Nr. 347 ggf. Nr. 346. Siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

350 Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels

150 20,11
8,74 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 350 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5358
siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp:
- Neben Nr. 350 ggf. Nrn. 5300 – 5313.
- siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
351	**Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader** Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.	**500** 29,14	67,03 102,00
A 353	**Einbringung eines Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z.B. Nierenarterie) einschl. Röntgenkontrolle und ggf. einschl. fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie (analog Nr. 351 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**500** 29,14	67,03 102,00
355	**Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung** Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig. Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	**600** 34,97	80,44 122,40
356	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung** Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig. Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	**400** 23,31	53,62 81,60
357	**Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle-, je Sitzung** Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	**500** 29,14	67,03 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 355 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 626, 627, 629, 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp:
- Neben Nr. 355 ggf. Nrn. 356, 357, 360, 628, 5315 – 5317, 5327, 5420, 5421
- Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Ausschluss: Neben Nr. 356 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

Tipp:
- Neben Nr. 356 ggf. Nrn. 355, 360
- Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

Ausschluss: Neben Nr. 357 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

Tipp:
- Neben Nr. 351 ggf. Nrn. 5300 – 5305, 5358, 5460.
- siehe Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Tipp: Neben Nr. 357 ggf. Nrn. 355, 360, 5300 – 5305. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

360	**Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplazierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG- Kontrolle –, je Sitzung**	**1000** 58,29	134,06 204,01

Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.
Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 360 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp:
- Neben Nr. 360 ggf. Nrn. 355, 361, 628, 5324 – 5326.
- Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

361	**Intraarterille Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 –**	**600** 34,97	80,44 122,40

Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 361 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 626, 627, 630, 632, 5345, 5346, 5348, 5349, 5355 – 5357
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp: Neben Nr. 361 ggf. Nrn. 355, 360, 5325, 5326. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

365	**Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität**	**400** 23,31	53,62 81,60

Tipp: Neben Nr. 365 ggf. Nrn. 5338, 5339. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

368	**Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie**	**400** 23,31	53,62 81,60

Tipp:
- Neben Nr. 368 ggf. Nr. 5285.
- Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

370	**Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ –**	**200** 11,66	26,81 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 370 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5361
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Tipp: Neben Nr. 370 ggf. Nrn. 5230, 5235, 5250, 5260. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

372	**Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum**	**280** 16,32	37,54 57,12

Ausschluss: Neben Nr. 372 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5050, 5060, 5070
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

Kommentar: Wird Kontrastmittel in mehrere Zwischenräume gespritzt, kann die Nr. 372 mehrmals berechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Neben Nr. 372 ggf. Nrn. 5100, 5105, 5374. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen

373 **Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk** **250** 33,52
14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 373 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5050, 5060, 5070
Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

Tipp: Neben Nr. 373 ggf. Nr. 5373. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

374 **Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde** **150** 20,11
8,74 30,60

Tipp: Neben Nr. 374 ggf. Nr. 5163. Siehe auch Allg. Bestimmungen zu IV. Kontrastmitteleinbringungen.

V Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.

2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.

3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpass nicht berechnungsfähig.

4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.

5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

Kommentar:
Die Bestimmung legt fest, dass die zur Testung erforderlichen Pflaster, Salben, Lösungen, aber auch Lanzetten und Pricknadeln sowie Mulltupfer, Pflaster und ggf. weitere im Rahmen der Testung verwendete Materialien nicht berechnungsfähig sind. Besonderheiten zur Berechnungsfähigkeit siehe aber unter Kommentar zu Nr. 384.

Tipp:
Die Neu-Ausstellung eines Impfpasses kann mit Nr. 70 berechnet werden.
Unter der Internet-Adresse des Robert-Koch-Institutes http://www.rki.de veröffentlicht die Ständige Impfkommission (Stiko) die jeweils aktuellen Impfempfehlungen. Diese Empfehlungen gelten auch für Reisen in außereuropäische Länder und bieten daher ein schnelles Nachschlagewerk im Praxisalltag.

375 **Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) – gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß** **80** 10,72
4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 375 ist folgenden Nr. nicht abrechnungsfähig: 2

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer zu Nrn. 375, 376, 377**
Subkutane neben oraler Impfung (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Dadurch, dass es in der Nr. 377 heißt „Zusatzinjektion", ist eine erste Injektion vorausgesetzt. Die Impfleistung Polio/D/T ist demnach mit der Kombination der Nrn. 375 und 376 berechenbar.

Tipp:
- Die Nr. 375 kann mit einer Beratung nach Nr. 1 kombiniert werden.
- Muss vor einer Impfung eine Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit durchgeführt werden, so ist diese abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Mit der Impfung beginnt ein neuer eigener Behandlungsfall.
- Die Kosten für die Impfstoffe können entweder gemäß § 10 entsprechend berechnet oder aber zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.

IGeL: Reise-Impf-Prophylaxe

376 Schutzimpfung (oral) – einschließlich beratendem Gespräch – **80** 10,72 / 4,66 / 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 376 ist folgenden Nr. nicht abrechnungsfähig: 1, 2.

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer zu Nrn. 375, 376, 377**
Subkutane neben oraler Impfung (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Dadurch, dass es in der Nr. 377 heißt „Zusatzinjektion", ist eine erste Injektion vorausgesetzt. Die Impfleistung Polio/D/T ist demnach mit der Kombination der Nrn. 375 und 376 berechenbar.

Analog: Die Nr. 376 kann nach Auffassung der BÄK analog im Rahmen der oralen Methadon-Substitution berechnet werden**.**

Tipp:
- Muss vor einer Impfung eine Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit durchgeführt werden, so ist diese abrechnungsfähig.
- Mit der Impfung beginnt ein neuer eigener Behandlungsfall.
- Auch die Rachitis-Prophylaxe kann nach Nr. 376 abgerechnet werden.
- Die Kosten für die Impfstoffe können entweder gemäß § 10 entsprechend berechnet oder aber zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.

IGeL: Reise-Impf-Prophylaxe

376 analog Methadongabe (analog Nr. 376 GOÄ) – n. Empfehlung von Ziffern der PVS Analog **80** 10,72 / 4,66 / 16,32

377 Zusatzinjektion bei Parallelimpfung **50** 6,70 / 2,91 / 10,20

Ausschluss: Neben Nr. 377 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 2.

Hinweis BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer zu Nrn. 375, 376, 377**
Subkutane neben oraler Impfung (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Dadurch, dass es in der Nr. 377 heißt „Zusatzinjektion", ist eine erste Injektion vorausgesetzt. Die Impfleistung Polio/D/T ist demnach mit der Kombination der Nrn. 375 und 376 berechenbar.

Tipp:
- Muss vor einer Impfung eine Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit durchgeführt werden, so ist diese abrechnungsfähig.
- Mit der Impfung beginnt ein neuer eigener Behandlungsfall.
- Die Kosten für die Impfstoffe können entweder gemäß § 10 entsprechend berechnet oder aber zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.

IGeL: Reise-Impf-Prophylaxe

378 Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) **120** 16,09 / 6,99 / 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 378 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 2, 375, 377

Tipp:
- Muss vor einer Impfung eine Untersuchung zur Feststellung der Impffähigkeit durchgeführt werden, so ist diese abrechnungsfähig.
- Mit der Impfung beginnt ein neuer eigener Behandlungsfall.
- Die Kosten für die Impfstoffe können entweder gemäß § 10 entsprechend berechnet oder aber zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.

380 Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) **30** 4,02 / 1,75 / 6,12

Kommentar: Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen zu **V. Impfungen und Testungen** sind Kosten für Testsubstanzen nur dann berechnungsfähig, wenn sie für den entsprechenden

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Patienten individuell hergestellt wurden. Die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel sind mit den Gebühren abgegolten.
Nach allen relevanten Kommentierungen sind die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Vaseline) berechnungsfähig.

Tipp: Weitere Tests (31 bis 50) nach Nr. 381, (51 bis 100) nach Nr. 382 zusätzlich neben Nr. 380 abrechenbar.

IGeL:
- Testung zur Verträglichkeit von Kosmetika, Testung zum Ausschluss von Metall-Allergien (z.B. Amalgam), ohne dass anamestische oder klinische Hinweise auf eine Krankheit vorliegen.
- Siehe ggf. auch Nrn. 381, 382, 383.

381 Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)

20 2,68
1,17 4,08

Kommentar: Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen zu **V. Impfungen und Testungen** sind Kosten für Testsubstanzen nur dann berechnungsfähig, wenn sie für den entsprechenden Patienten individuell hergestellt wurden. Die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel sind mit den Gebühren abgegolten.
Nach allen relevanten Kommentierungen sind die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Vaseline) berechnungsfähig.

Tipp: Weitere Tests (51 bis 100) nach Nr. 382 zusätzlich neben Nr. 381 abrechenbar.

382 Epikutantest, je Test (51.bis 100. Test je Behandlungsfall)

15 2,01
0,87 3,06

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Kommentar: Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen zu **V. Impfungen und Testungen** sind Kosten für Testsubstanzen nur dann berechnungsfähig, wenn sie für den entsprechenden Patienten individuell hergestellt wurden. Die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel sind mit den Gebühren abgegolten.
Nach allen relevanten Kommentierungen sind die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Vaseline) berechnungsfähig.

383 Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)

30 4,02
1,75 6,12

Kommentar: Da die Leistungslegende nur von einer kutanen Testung, aber nicht von einer späteren Beratung spricht, kann zu einem späteren Zeitpunkt die Beratungsleistung abgerechnet werden.

384 Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)

40 5,36
2,33 8,16

Kommentar: Die im Rahmen der Leistungserbringung nach Nr. 384 erforderlichen Testsubstanzen können gesondert berechnet oder auf Rezept zu Lasten des Patienten rezeptiert werden.

385 Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)

45 6,03
2,62 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 385 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Weitere Tests (21 bis 40) nach Nr. 386, (41 bis 80) nach Nr. 387 zusätzlich neben Nr. 385 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
386	**Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)**	**30** 1,75	4,02 6,12

Ausschluss: Neben Nr. 386 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 386 sind die Nrn. 385, 387 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

387	**Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)**	**20** 1,17	2,68 4,08

Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 387 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 387 sind die Nrn. 385, 386 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

388	**Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandungsfall)**	**35** 2,04	4,69 7,14

Ausschluss: Neben Nr. 388 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 388 sind die Nrn. 1, 389 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

389	**Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test**	**25** 1,46	3,35 5,10

Ausschluss: Neben Nr. 389 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 389 ist die Nr. 388 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

390	**Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)**	**60** 3,50	8,04 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 390 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 390 sind die Nrn. 1 und 391 abrechenbar.
- Die Nr. 390 ist analog abrechenbar für die Austestung von Medikamenten.

Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

391	**Intrakutantest, jeder weitere Test**	**40** 2,33	5,36 8,16

Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 391 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp:
- Neben Nr. 391 ist die Nr. 390 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

393	**Beidseitiger nasaler oder konjunkivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test**	**100** 5,83	13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 393 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 394, 1417

Tipp:
- Neben Nr. 393 ist die Nr. 1 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

- Die Testungen sogenannter „Kontrollen oder Leerwerte“ (z. B. Histamin, NaCl-Lösung) sind berechnungsfähig

394	**Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag**	**300** 17,49	40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 394 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 393, 1417

Tipp: Neben Nr. 394 ist die Nr. 1 abrechenbar.

395	**Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test**	**280** 16,32	37,54 57,12

Ausschluss: Neben Nr. 395 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 396, 1417

Tipp: Neben Nr. 395 ist die Nr. 1 abrechenbar.

IGeL: Bioresonanztherapie (BRT) – jetzt meist als Biophysikalische Informationstherapie (BIT) bezeichnet.

396	**Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag**	**560** 32,64	75,07 114,24

Ausschluss: Neben Nr. 396 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 395, 1417

Tipp: Neben Nr. 396 ist die Nr. 1 abrechenbar.

397	**Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test**	**380** 22,15	50,94 77,52

Ausschluss: Neben Nr. 397 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 398, 603 – 609

Tipp:
- Neben Nr. 397 ist die Nr. 1 abrechenbar.
- Die Testungen sogenannter „Kontrollwerte“, z. B. Histamin, Acetylcholin, Aludrin, NaCl-Lösun sind berechnungsfähig..

398	**Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag**	**760** 44,30	101,89 155,04

Ausschluss: Neben Nr. 398 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 397, 603 – 609

Tipp: Neben Nr. 398 ist die Nr. 1 abrechenbar.

399	**Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen**	**200** 11,66	26,81 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 399 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 56

Tipp: Neben Nr. 399 sind die Nrn. 1, 272, 5163 abrechenbar.

VI Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zuschläge nach den Nummern 401, sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Auf einen Blick:

Zuschläge zu sonographischen Untersuchungen

GOÄ-Nr.	Zuschlag zu	1fach €	*1,8fach €
401	Sonographien nach Nrn. 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – ggf. einschl. Farbkodierung	23,81	–
402*	Sonographien bei transösophagealer Untersuchung	14,57	26,23
403*	Sonographien bei transkavitärer Untersuchung	8,74	15,74
404	Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschl. graphischer oder Bilddokumentation	14,57	–
405	Leistung nach Nr. 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler	11,66	–
406	Leistung nach Nr. 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung	11,66	-

2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Kommentar:
Werden mehrere Organe untersucht, so können die höher bewerteten Leistungen nach den Nrn. 410 ? 418 mit der Leistung nach Nr. 420, die für die Untersuchung weiterer Organe vorgesehen ist, nebeneinander berechnet werden.
Dies bedeutet z. B. dass die Untersuchung **einer** Mamma nach Nr. 418 abzurechnen ist, die Untersuchung **der zweiten** Mamma aber nach Nr. 420.

3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

4. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.

6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.

Kommentar:
Nach Kommentierung von Lang, Schäfer, Stiel und Vogt kann auch eine Untersuchung von Organen, die aus anatomischen Gründen, z. B. durch Überlagerung von Fettgewebe schlecht darstellbar sind, abgerechnet werden. Ähnliches muss für die schlechte Darstellbarkeit bei erheblicher Luftüberlagerung gelten.

7. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbunde Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

Kommentar:
Nach Kommentar von Lang, Schäfer, Stiel und Voigt kann bei einer Restharnuntersuchung die Leistung nach Nr. 410 nur einmal angesetzt werden und die zusätzliche Leistung nach Nr. 420 nicht angesetzt werden, obwohl **eine Untersuchung** jeweils **vor** und **eine Untersuchung nach Blasenentleerung** durchgeführt wurde.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Ultraschall: Begriff der Sitzung

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 47 (25.11.2005), Seite A-3282) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.4246

„Im Zusammenhang mit den Artikeln zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum „Ultraschall" (DÄ, Heft 14/2005) und „Doppler-Duplex (1-5)" (DÄ, Hefte 16, 18, 20, 22, 24/2005) hat es teilweise Fehlinterpretationen gegeben. Deshalb wird die Berechnung dieser Leistungen insbesondere in Bezug auf „eine Sitzung" noch einmal erläutert. „Je Sitzung" bedeutet vom Eintreten des Patienten in die Praxis bis zum Verlassen der Praxis. Der Begriff „je Sitzung" wird in der GOÄ überwiegend als leistungsbegrenzend verwendet und kann als gleichbedeutend mit dem Begriff „Arzt-Patienten-Kontakt" und „Inanspruchnahme" gesehen werden (vergleiche Kommentar zur GOÄ von Brück, „Zum Verständnis von Leistungslegenden"; Kommentar „GOÄ für Ärzte" von Hoffmann, „Vorbemerkungen zum Gebührenverzeichnis").

Bei der Inanspruchnahme/Sitzung muss immer das Behandlungs- oder Untersuchungsziel berücksichtigt werden. So gilt auch als eine Sitzung/Inanspruchnahme, wenn der Patient aus praxisorganisatorischen oder medizinischen Gründen zwischen den einzelnen Untersuchungen oder Behandlungen den Raum verlässt, im Wartezimmer wartet (vergleiche auch Bundessozialgericht Az.: 6 RKa 40/92) oder sogar die Praxis verlässt. Diese Regel soll eine Stückelung der „Sitzung" oder Inanspruchnahme verhindern.

Das folgende Beispiel dient der Veranschaulichung der gebührenrechtlichen Tatbestände und nicht als fachliche Empfehlung. Bei einem Patienten wird im ersten Untersuchungsraum um zehn Uhr dreißig eine Ultraschalluntersuchung von vier Bauchorganen und der Schilddrüse durchgeführt. Nach einer Wartezeit, die der Patient zu einem Spaziergang nutzt, wird um zwölf Uhr ein Doppler der Extremitätenarterien und -venen durchgeführt. Um 14 Uhr werden die hirnversorgenden Gefäße gedopplert, und um 14 Uhr 15 wird getrennt davon ein Duplex der hirnversorgenden Gefäße durchgeführt. Im geschilderten Beispiel gelten alle durchgeführten Untersuchungen als „in einer Sitzung" und als „nebeneinander" erbracht, so dass die gültigen Ausschlüsse der GOÄ beachtet werden müssen.

Nach den Allgemeinen Bestimmungen CVI GOÄ Satz 2 und 3 sind „die Zuschläge beziehungsweise Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 je Sitzung nur einmal berechnungsfähig" und Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 nicht nebeneinander berechnungsfähig". In diesem Beispiel sind folgende Gebührenpositionen berechnungsfähig:

- Nummer 417 GOÄ Ultraschall „Schilddrüse"
- Nummer 33 420 GOÄ Ultraschall „Leber, Milz, Nieren beidseits"
- Nummer 23 644 GOÄ Doppler „Extremitätenarterien und -venen"
- Nummer 645 GOÄ Doppler und Duplex „Hirnversorgende Gefäße".

Die fachlichen Notwendigkeiten zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen sind für die Berechnungsfähigkeit nicht maßgeblich, sondern nur die Vorgaben der GOÄ. Die teilweise widersinnigen Ausschlüsse wurden 1996 vom Verordnungsgeber als Instrument zur Verhinderung von Leistungsmengenausweitung eingeführt."

► Ultraschalluntersuchung – Allgemeines

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 14 (08.04.2005), Seite A-1000) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.4246.4247

„Ultraschalluntersuchungen in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden durch viele gebührenrechtliche Ausschlüsse eingeschränkt. Dadurch kommt es zu Schwierigkeiten bei der Liquidation und zu ungerechtfertigt niedrigen Erlösen. Das erste Organ ist berechnungsfähig nach den Nummern 417 GOÄ (Schilddrüse) oder 418 GOÄ (Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten) oder 410 GOÄ (beispielsweise für Leber, Milz oder Niere). Die Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 GOÄ sind je Sitzung nur einmalberechnungsfähig. Wird nach dem Ultraschall der genannten Organe (und Ansatz einer dieser Gebührenpositionen) ein weiteres Organ geschallt, so kann nur die Nummer 420 GOÄ (Ultraschall von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an die Nummern 410 bis 418 GOÄ) berechnet werden. Die Nummer 420 GOÄ kann je Organ, aber maximal bis zu dreimal in einer Sitzung berechnet werden.

Werden beispielsweise die Mamma und Axilla links und zusätzlich die Mamma und Axilla rechts geschallt, so kann einmal die Nummer 418 GOÄ (Mamma und regionale Lymphknoten der Axilla links) und zweimal die Nummer 420 GOÄ (Mamma, Axilla rechts) berechnet werden. Sollten im Ausnahmefall zusätzlich extraregionale Lymphknoten der Mamma dargestellt werden, so kann hierfür die Nummer 420 GOÄ angesetzt werden.

Werden beispielsweise Leber, Milz, Niere rechts, Niere links, Harnblase, Pankreas und Gallenblase geschallt, so kann einmal die Nummer 410 GOÄ und dreimal die Nummer 420 GOÄ angesetzt werden. Die dargestellten Organe müssen in der Rechnung angegeben werden. In dem genannten Fall wurden sieben Organe dargestellt. Dies geht über den normalen Zeitaufwand hinaus. Der erhöhte Zeitbedarf kann über den Gebührenrahmen (§ 5 Absatz 2) mit der Wahl eines höheren Steigerungsfaktors berücksichtigt werden. Die Begründung sollte sich auf den Zeitbedarf für die drei zusätzlich mittels Ultraschall dargestellten Organe beziehen.

Als Organe gelten in der GOÄ anatomisch definierte Organe, Gelenke (als Funktionseinheit) sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und Gefäße einer (anatomischen) Körperregion. Verschiedene Regionen sind grundsätzlich durch unterschiedliche anatomische Namen erkennbar. Auch der Darm gilt als ein Organ, gebührenrechtlich aber unabhängig davon, ob beispielsweise nur das Ileum oder das komplette Colon dargestellt wurde. Der Darm kann nur einmal nach Nummer 410 GOÄ oder – wenn diese bereits verbraucht ist – nach Nummer 420 GOÄ berechnet werden. Wenn es beispielsweise bei einem Patienten mit Morbus Crohn und unklaren abdominellen Beschwerden notwendig sein sollte, den kompletten Darm per Ultraschall darzustellen, so ist der erhöhte Zeitaufwand über einen angemessenen Steigerungsfaktor zu berücksichtigen. Die Darstellung der Arteria carotis rechts und links sowie der Arteria vertebralis rechts und links führt einmal zum Ansatz der Nummer 410 GOÄ und dreimal zum Ansatz der Nummer 420 GOÄ. Den „Hals" als eine Region zu betrachten ist gebührenrechtlich genauso verfehlt wie das kleine Becken der Frau als „gynäkologischen Raum". Der Abschnitt Sonographie bedarf dringend einer Überarbeitung im Rahmen einer GOÄ-Reform."

► Unendliche Geschichte: „Gynäkologischer Raum“
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 101, Heft 36 (03.09.2004), Seite A-2410) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.4256
„Es häufen sich Anfragen von Ärzten und Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur Berechnung von Sonographien. Es geht um die Nummern 410 und 420 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für die Ultraschalluntersuchung von Organen im kleinen Becken der Frau. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung halten allein (und ausschließlich) den Ansatz der Nummer 410 GOÄ für den „gynäkologischen Raum“ für gerechtfertigt. Die Erstattung der Nummer(n) 420 GOÄ wird mit dem Hinweis auf den Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte von Lang, Schäfer, Stiel (Thieme Verlag) verweigert. Dort werden unter dem Begriff der „gynäkologische Raum“ folgende Organe rubriziert:
- Gebärmutter
- Eileiter
- Eierstöcke.

Dies ist weder medizinisch noch gebührenrechtlich haltbar. Bei der Durchführung der Sonographie im kleinen Becken der Frau werden je nach Indikation unterschiedliche Organe geschallt. Dazu wird der Schallkopf jeweils in die günstigste Position gebracht, und jedes Organ wird einzeln beurteilt. Die gebührenrechtliche Grundlage der Abrechnung von Sonographien ergibt sich aus den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C VI. Relevant ist Ziffer 6, die die Organdefinition beinhaltet: „Als Organe im Sinne der Leistung nach den Nummern 410 und 420 gelten neben anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheit sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.“ Anatomisch definierte Organe im kleinen Becken der Frau sind laut gängigem Anatomiebuch:
- Harnblase
- Eierstock rechts
- Eierstock links
- Eileiter rechts
- Eileiter links
- Gebärmutter
- Enddarm.

Werden beispielsweise folgende Organe des kleinen Beckens sonographiert:
- Uterus
- Blase
- Eierstock rechts
- Eierstock links ...,

so können die Nummer 410 GOÄ und dreimal die Nummer 420 GOÄ in Rechnung gestellt werden. Bei transvaginaler Sonographie kommt noch der Zuschlag nach Nummer 403 GOÄ (transkavitär) hinzu.
Fazit: Die Zusammenfassung der anatomisch eigenständigen Organe zum „gynäkologischen Raum“ von „Lang, Schäfer, Stiel“ für die Sonographie des kleinen Beckens der Frau ist gebührenrechtlich nicht haltbar. Eine Korrektur dieser Kommentierung durch die Autoren des Kommentars ist überfällig und würde Zeit und Geld sparen, die anders sinnvoller eingesetzt werden könnten. Diese unendliche Geschichte wäre damit endlich (erledigt).“

► Doppler-Duplex-Verfahren (1)
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 16 (22.04.2005), Seite A-1155)
Bei der Teilnovelle der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum 1. Januar 1996 sind im Abschnitt C IV „Sonographische Leistungen“ neue Leistungen eingeführt worden. Durch gleichzeitige Ergänzung der Allgemeinen Bestimmungen, die nicht konsequent auf vorhandene Gebührenpositionen angepasst wurden, resultieren zahlreiche logische Brüche und widersinnige Ausschlüsse. Die Doppler-Sonographie und das Duplex-Verfahren (Abschnitt F) sind ebenfalls von diesen widersinnigen Ausschlüssen betroffen. Die Bildung von Analogen Bewertungen ist unzulässig, weil die Gebührenpositionen in der GOÄ enthalten sind. Abhilfe lässt sich auch nicht durch Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer schaffen, da sich alle an die gebührenrechtlichen Vorgaben halten müssen. Empfehlungen, die zum Beispiel vorgegebene Ausschlussbestimmungen nicht beachten, sind rechtlich nicht haltbar.
Ultraschall-Doppler-Untersuchungen in der GOÄ:
- Nummer 643: Periphere Arterien- beziehungsweise Venendruck- und/oder Strömungsmessung [für die nicht oder undirektionale Doppler-Sonographie]
- Nummer 644: Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien beziehungsweise -venen mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –
- Nummer 645: Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –
- Nummer 649: Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung – einschließlich graphischer Registrierung –
- Nummer 1754: Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer Registrierung –

Bei Verwendung eines Continuous-wave-Dopplers gibt es einen Zuschlag:
- Nummer 405: Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler

Die Kombination von zweidimensionalem Ultraschallbild (B-Mode) und Doppler ergibt das Duplex-Verfahren. In der GOÄ ist nur eine eigene Gebührenposition zum Duplex-Verfahren enthalten:
- Nummer 424: Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)

Für alle anderen per Duplex-Verfahren durchgeführten Ultraschalluntersuchungen gibt es (theoretisch) einen Zuschlag:
- Nummer 401: Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung –

Zur Nummer 401 GOÄ sind direkt zahlreiche (medizinisch unsinnige) Ausschlüsse vermerkt. Eine Berechnung des Zuschlages ist für die Nummern 406 (Zuschlag Farbkodierung), 422 (eindimensionales Herzecho) bis 424 (zweidimensionales Herzecho mit Doppler), 644 (Doppler Extremitäten), 645 (Doppler extrakranialer Hirnarterien), 649 (transkranieller Doppler) und/oder 1754 GOÄ (Penisgefäße) ausgeschlossen...“

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

► Die Bundesärztekammer informiert: GOÄ-Abrechnung von Duplex-Sonographien

Die Duplex-Sonographie ist in der neuen GOÄ in Form eines Zuschlags nach Nr. 401 enthalten. Bei der Sonographie abdominneller Gefäße (Nrn. 410 und 420) ist der Zuschlag berechenbar, in der Anmerkung zum Zuschlag ist aber die Berechnung neben den doppler-sonographischen Leistungen nach den Nrn. 644 (Doppler-Sonographie der Extremitätengefäße), 645 (Doppler-Sonographie der Hirngefäße) und 649 (transkranielle Doppler-Sonographie mit Registrierung) ausgeschlossen. Diese Ausschlüsse des Zuschlages nach Nr. 401 – gleiches trifft für Nr. 404 (Zuschlag bei Frequenzspektrumanalyse) zu – sind n nicht sachgerecht. Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat deshalb in seiner 6. Sitzung am 21.5.1996 die GOÄ-Abrechung der Duplex-Sonographie von Gefäßen beraten und ist zu folgendem Ergebnis gekommen:
Ein analoger Abgriff einer anderen Position des Gebührenverzeichnisses (zum Beispiel nach der Nr. 424, Echokardiographie) ist nicht möglich, da die Duplex-Sonographie durch den Zuschlag nach Nr. 401 in der GOÄ enthalten ist. Die Voraussetzung für eine analoge Abrechnung nach § 6 Abs. 2 GOÄ – das Fehlen der Leistung in der GOÄ – ist damit nicht erfüllt.
Nach der Allgemeinen Bestimmung Nr. 6 zum Abschnitt C.VI. – Sonographische Leistungen gelten als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nrn. 410 und 420 GOÄ auch die Gefäße einer Körperregion. Unter Berücksichtigung dieser Definition läßt die GOÄ für die Duplex-Sonographie der Gefäße folgende Abrechung zu: Doppler-Sonographie nach den Nrn. 644 oder 645 oder 649 plus B-Bild-Untersuchungen nach Nr. 410 oder Nr. 420. Damit ergeben sich die in den Tabellen 1 bis 4 dargestellten Abrechnungsmöglichkeiten. Durch die Verwendung der Frequenzanalysetechnik in Duplex-Geräten entsteht dem Arzt aufgrund der hiermit verbundenen erschwerten Kurvenableitung und -auswertung ein gravierender zeitlicher Mehraufwand. Demzufolge ist bei Verwendung dieser Technik ein Überschreiten der Begründungsschwelle ebenso gerechtfertigt wie zum Beispiel bei einem erforderlichen erhöhten Zeitaufwand infolge multipler Stenosen.

Tabelle 1
1. Duplex-sonographische Untersuchungen abdomineller Venen oder Arterien

GOÄ-Nr.	Kurztext	Punkte	1-facher Satz
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	3 x 80	3 x 4,66
401	Zuschlag Duplex	400	23,32
404	Zuschlag Frequenzspektrumanalyse	250	14,57

Tabelle 2
2. Ultraschalluntersuchung von Extremitätenarterien bzw.- venen

GOÄ-Nr.	Kurztext	Punkte	1-facher Satz
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	3 x 80	3 x 4,66
644	Extremitätendoppler	180	10,49

Tabelle 3
3. Duplex-Sonographie hirnversorgender Gefäße

GOÄ- Nr.	Kurztext	Punkte	1-facher Satz
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	3 x 80	3 x 4,66
645	Doppler hirnversorgender Arterien	650	37,89

Tabelle 4
4. Transkranielle Duplex-Sonographie

GOÄ-Nr.	Kurztext	Punkte	1-facher Satz
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen	3 x 80	3 x 4,66
649	Transkranieller Doppler	650	37,89

401 Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung

400
23,31 –

Der Zuschlag nach Nummern 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 401 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 406, 420, 422, 423, 424, 435, 644, 645, 649, 1754

Kommentar: Siehe Hinweise VI. Sonographische Leistungen

402*

Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung **250** 14,57 26,23 36,43

Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 402 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 403, 435, 676 – 692

Kommentar: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen Nr. 679 oder 680 GOÄ neben Nr. 402 GOÄ**
Neben Nr. 402 GOÄ (Zuschlag zu sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung) kann für die Einführung einer transösophagealen Echokardiographie-Sonde nicht nochmals Nr. 679 (Mediastinoskopie) oder Nr. 680 (Ösophagoskopie) GOÄ analog neben Nr. 402 berechnet werden. Mit Nr. 402 ist nicht nur der erhöhte Schwierigkeitsgrad bei der Beschallung berücksichtigt, sondern auch die Einführung der Sonde.

Tipp:
- Der Zuschlag nach Nr. 402 kann mit dem 1,8–2,5fachen Satz berechnet werden. Neben Nr. 402 sind die Nrn. 410, 417, 422–424 abrechenbar.

403*

Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung **150** 8,74 15,74 21,86

Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 403 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 402, 435, 676–692

Kommentar: Der Zuschlag nach Nr. 403 kann mit dem 1,8–2,5fachen Satz berechnet werden. Neben Nr. 403 sind die Nrn. 410, 415, 417 abrechenbar.

Tipp: **Abrechnungsbeispiel** einer gynäkologischen Untersuchung:
410 (Ut) + 420 (Ov-r) + 420 (Ov-l) + 420 (Hbl) + 403* (Zuschlag transkavitäre Untersuchung) (Sonographie 2,3fach; Zuschlag nur 1,8fach)

404

Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation **250** 14,57 –

Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 404 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 422, 423, 435, 644, 645, 649, 1754

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Problematischer Zuschlag**
Dr. med. Beate Heck – (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 31–32, (09.08.2010), S. A 1544)
http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.8693
Problematisch ist im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 404 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse einschließlich grafischer oder Bilddokumentation – die gleichzeitige Erbringung einer Echokardiographie nach Nr. 424 GOÄ – Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation einschließlich der Leistung nach Nr. 423 (Duplex-Verfahren) – und einer Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße im Rahmen eines Arzt-Patienten-Kontakts.
Zur Beantwortung der Frage, ob der Zuschlag nach Nr. 404 GOÄ neben einer Echokardiographie nach Nr. 424 GOÄ berechnungsfähig ist, wenn in derselben Sitzung auch eine Duplex-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße durchgeführt wird, ist eine Beleuchtung der in den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels C VI „Sonographische Leistungen" der GOÄ sowie den Ausschlussbestimmungen der Leistungslegenden zu den Gebührenpositionen 401 und 404 GOÄ benannten Bezugsgrößen erforderlich.
Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2 des Kapitels C VI „Sonographische Leistungen" und die Leistungslegende der Gebührenposition 420 GOÄ beziehen sich auf den Begriff „je Sitzung".
In den Ausschlussbestimmungen der Nr. 404 GOÄ wird der Begriff „neben" verwendet. Die Bestimmung „in einer Sitzung" bezieht sich auf einen Arzt-Patienten-Kontakt. Anders ist jedoch das Wort „neben" auszulegen,

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

das sich nicht auf einen Arzt-Patienten-Kontakt bezieht, sondern auf bestimmte Leistungen. Ein Beispiel: Nach den Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt D „Anästhesieleistungen" der GOÄ kann bei Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren „nebeneinander" nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnet werden. Wird nun bei einem Patienten eine Unterschenkelfraktur in Spinalanästhesie und unmittelbar im Anschluss daran ein Hauttumor am Kopf in Lokalanästhesie nach Nr. 491 GOÄ operiert, werden beide Anästhesieverfahren in einer Sitzung angewendet. Die Verfahren werden nicht „nebeneinander" im Sinne der GOÄ erbracht, da unterschiedliche Körperregionen und damit unterschiedliche Zielgebiete betroffen sind. Der gleichzeitige Ansatz dieser Gebührenpositionen in einer Rechnung (und damit „nebeneinander") ist möglich, da der Sinn der Allgemeinen Bestimmungen der Ausschluss einer gleichzeitigen Berechnung mit Bezug auf eine Körperregion ist.
In diesem Sinne ist auch das Wort „neben" bei den Leistungen nach Nr. 401 ff. GOÄ zu verstehen. Werden, wie im genannten Fall, verschiedene sonographische Grundleistungen in unterschiedlicher Technik an unterschiedlichen anatomischen Zielregionen erbracht, zum Beispiel Echokardiographie nach Nr. 424 GOÄ mit zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse nach Nr. 404 GOÄ und Duplex-sonographische Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße, ist der Zuschlag nach Nr. 404 GOÄ mit Bezug auf Nr. 424 GOÄ berechnungsfähig, auch wenn daneben in der Liquidation für die Duplex-sonographischen Untersuchungen der hirnversorgenden Gefäße die Gebührenpositionen 410, 420 (dreimal) und die Nr. 645 GOÄ berechnet wurden.
Der Ansatz der Nr. 404 GOÄ erfolgte nicht „neben" der Gebührenposition 645 GOÄ (dies wäre nach den Ausschlussbestimmungen der Nr. 404 GOÄ nicht zulässig), sondern „neben" und mit Bezug auf die Leistung nach Nr. 424 GOÄ.

Kommentar: Siehe Hinweise VI. Sonographische Leistungen

Tipp: Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben Nr. 424 abrechenbar.

405 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler –

200 | 11,66 | –

Ausschluss: Neben Nr. 405 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 410, 422, 423, 435, 644, 645, 649, 1754

Tipp: Neben Nr. 405 sind die Nrn. 415, 424 abrechenbar.

406 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung

200 | 11,66 | –

Ausschluss: Neben Nr. 406 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 410, 422, 423, 435, 644, 645, 649, 1754

Analog: Neben Nr. 406 darf Ihr Arzt die Nr. 424 abrechnen.

Tipp: Neben Nr. 406 ist die Nr. 424 abrechenbar.

408 Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäße(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung

200 | 11,66 | 26,81 | 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 408 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 355 – 361, 435

A 409 A-Bild-Sonographie (analog Nr. 410 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer

200 | 11,66 | 26,81 | 40,80

410 Ultraschalluntersuchung eines Organs

200 | 11,66 | 26,81 | 40,80

Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 410 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 405, 406, 412, 413, 415, 417, 418, 435

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Ultraschall der Nasennebenhöhlen**
Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 30 (29.07.2011), S. A-1656 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.9701
Die Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen der Nasennebenhöhlen auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wirft immer wieder Fragen auf. Bei der Durchführung sonographischer Untersuchungen im A-Scan-(Amplitude Modulation Scan) oder B-Scan-Verfahren (Brightness-Scan) ist zum Beispiel immer wieder streitig, wie die an den einzelnen Nebenhöhlen erbrachten Ultraschalluntersuchungen im Einzelfall gebührenrechtlich zutreffend in der Rechnung abzubilden sind.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Leistung nach Nr. 410 GOÄ („Ultraschalluntersuchung eines Organs“) ist auf die Ultraschalluntersuchung eines Organs abgestellt, ebenso die Nr. 420 GOÄ („... bis zu drei weiteren Organen ..., je Organ“). Auf der Grundlage der GOÄ kann, neben einer Grundleistung nach den Nrn. 410 bis 418 GOÄ, die Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen nach der Nr. 420 GOÄ in Ansatz gebracht werden (siehe die ergänzende Bestimmung zu Nr. 420 GOÄ).
Die Nasennebenhöhlen sind im Wesentlichen paarig angelegt und teils durch knöcherne Wände, teils durch Zwischenräume getrennt. Paarige Organe (zum Beispiel Nieren etc.) gelten bei der Ultraschalluntersuchung als zwei jeweils eigenständige Organe. Daher ist es durchaus vertretbar, die linke und die rechte Kieferhöhle jeweils als ein Organ im Sinne der Nrn. 410 und 420 des Gebührenverzeichnisses aufzufassen. Wenn zum Beispiel sowohl die Kieferhöhlen beidseits und zusätzlich eine nicht paarig angelegte Stirnhöhle, auch wenn diese gegebenenfalls aufgrund ihrer Ausdehnung rechts und links untersucht werden muss, in einer Sitzung geschallt werden, so sind diese Leistungen mit dem Ansatz der Nrn. 410 und 420 GOÄ (2 ×) gebührenrechtlich zutreffend abzubilden. In dem (eher selteneren) Fall, dass, neben den Kieferhöhlen beidseits, auch eine „paarig“ angelegte Stirnhöhle beidseits untersucht wurde, wäre hierfür der Ansatz der Nrn. 410 und 420 GOÄ (3 ×) bei Durchführung der Sonographie im B-Scan-Verfahren heranzuziehen. Die genannte „paarige“ Anlage, also das Vorhandensein von zwei vollständig (knöchern) getrennten Stirnhöhlen, sollte im Zweifelsfalle, zum Beispiel anhand entsprechender bildgebender Diagnostik, nachvollzogen werden können. Bei Durchführung der Nasennebenhöhlen-Sonographie im A-Scan-Verfahren ist der Ansatz der Nr. A 409 (analog nach Nr. 410 GOÄ) gemäß der Empfehlung der Bundesärztekammer (DÄ, Heft 28–29/1997) für die Untersuchung des ersten Organs heranzuziehen. Falls weitere Ultraschalluntersuchungen, zum Beispiel der kontralateralen Kieferhöhle und der Stirnhöhle(n) im A-Bild-Verfahren notwendig werden, wäre hierfür wiederum der zusätzliche Ansatz der Nr. 420 GOÄ (im Regelfall 2 ×) analog zutreffend.
Gemäß der ergänzenden Bestimmung sowohl zu Nr. 410 GOÄ als auch Nr. 420 GOÄ ist/sind das/die untersuchten Organ(e) „... in der Rechnung anzugeben“. Dies sollte unbedingt beachtet werden, da gemäß § 12 Absatz 1 GOÄ die Vergütung erst dann fällig wird, wenn dem Zahlungspflichtigen eine den Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Wer also die geforderte Angabe der mittels Ultraschall untersuchten Organe in der Rechnungslegung unterlässt, läuft Gefahr, dass diese nicht anerkannt wird.
Dr. med. Tina Wiesener

Auf einen Blick: **Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen (Real-time), mögliche Zuschläge und ggf. weitere Abrechnungsmöglichkeiten**

Bereich	GOÄ-Nr. der Grundleistung und Bereich	Zuschläge zu den Grundleistungen und ggf. weitere Abrechnungsmöglichkeiten
Organ	**410** – ein Organ **413** – Hüftgelenk beim Kind **417** – Schilddrüse **418** – eine Brustdrüse	• bis zu 3 weitere Organe: Nr. 420 • transkavitär: Nrn. 402, 403 • Duplex-Verfahren: Nr. 401
Herz	**423** – Zweidimensionale Echokardiographie	• 1 Organ: Nr. 410 • Nr. 420 bis zu 3 weiteren Organen • transösophageal: Nr. 402 • cw-Doppler: Nr 405 • Duplex-Verfahren: Nr. 424 • Duplex farbcodiert: Nr. 406
Fetus	**415**	• Untersuchung bis zu 3 weiteren Organen der Mutter: Nr. 420 • transkavitär: Nr. 403 • cw-Doppler: Nr. 405 • Duplex-Verfahren: Nr. 401

Tipp:
- Die Leistung nach Nr. 410 ist z.B. kombinierbar mit Nr. 1011 und natürlich auch mit dem Check-up nach Nr. 29 etc.
- Ferner ist Nr. 410 neben Nrn. 400, 402, 403, 420 abrechenbar.

IGeL: Sono-Check von Organen auf Wunsch des Patienten – außerhalb der GKV- und PKV-Erstattungspflicht auch z.B. zusätzliche IUP-Lagekontrolle.

412 Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr

280 37,54
16,32 57,12

Ausschluss: Neben Nr. 412 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 405, 406, 410, 413, 415, 417, 418, 435, 669

Tipp: Neben Nr. 412 sind die Nrn. 401, 420 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

413 **Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr** **280** 16,32 37,54 57,12

Ausschluss: Neben Nr. 413 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 404 – 406, 410, 412, 415, 417, 418, 435

Kommentar: Bei Kindern nach dem vollendeten 2. Lebensjahr ist wie bei Erwachsenen für die Untersuchung beider Hüftgelenke die **Nr. 410 für das erste** und zusätzlich die **Nr. 420 für das zweite Hüftgelenk** abzurechen.

Tipp: Neben Nr. 413 sind die Nrn. 401, 420 abrechenbar.

415 **Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung –** **300** 17,49 40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 415 sind folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 406, 410, 412, 413, 417, 418, 435

Kommentar: Die vom Gebührenausschuss der BÄK beschlossenen weiterführenden Untersuchungen zur Fetaldiagnostik A 1006, A 1007 und A 1008 ergänzen das Leistungsspektrum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge. Sie finden unter den angegebenen Nrn weitere Informationen.

Tipp: Neben Nr. 415 sind die Nrn. 401, 403, 420 abrechenbar.

417 **Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse** **210** 12,24 28,15 42,84

Ausschluss: Neben Nr. 417 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 405, 406, 410, 412, 413, 415, 418, 435

Tipp: Neben Nr. 417 sind die Nrn. 401, 402, 403, 420 abrechenbar.

418 **Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten** **210** 12,24 28,15 42,84

Ausschluss: Neben Nr. 418 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 404 – 406, 410, 412, 413, 415, 417, 435

Tipp: Neben Nr. 418 sind die Nrn. 401, 420 abrechenbar.

420 **Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistung nach den Nummern 410 bis 418, je Organ** **80** 4,66 10,72 16,32

Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.
Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 420 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401 – 406, 435

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer**
Höchstens dreimalige Berechnung in einer Sitzung (7. Sitzung vom 12. September 1996):
Nr. 420 GOÄ ist maximal dreimal auf je ein Organ bezogen mit je 80 Punkten, höchstens also mit 240 Punkten berechenbar.

Kommentar: Siehe Hinweise VI. Sonographische Leistungen

Tipp: Es soll der gesamte Oberbauch untersucht werden:
13.5. 410 (l) + 420 (Gbl) + 420 (Aor) + 420 (Vec)
14.5. 410 (N-r) + 420 (Pan) + 420 (N-l) + 420 (Mll)
Da nur 4 Organe bei einer Untersuchung bezahlt werden, wurde der Oberbauch an 2 Tagen untersucht.
Dies ist aber im Rahmen der Patienten-Einbestellung sicher nur selten möglich.

- Neben Nr. 420 sind die Nrn. 410 – 418 abrechenbar

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
422	**Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Timo-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle –**	**200** 11,66	26,81 40,80

Ausschluss: Neben Nr. 422 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404 – 406, 423, 424, 435, 650 – 655

Kommentar: Neben Ultraschalluntersuchung des Herzens nach den Nrn. 422 – 424 sind Untersuchungen übriger Organe abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 422 sind die Nrn. 402, 410 abrechenbar.

423	**Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422**	**500** 29,14	67,03 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 423 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404, 422, 424, 435, 650 – 655

Kommentar: Neben Ultraschalluntersuchung des Herzens nach den Nrn. 422 – 424 sind Untersuchungen übriger Organe abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 423 sind die Nrn. 402, 410 abrechenbar.

424	**Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)**	**700** 40,80	93,84 142,80

Ausschluss: Neben Nr. 424 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 422, 423, 435, 650 – 655

Kommentar: Neben Ultraschalluntersuchung des Herzens nach den Nrn. 422 – 424 sind Untersuchungen übriger Organe abrechenbar.

Analog: Die Nr. 424 wird analog verwendet für die Untersuchung der Strömungsverhältnisse mit Ultraschall-Doppler-Technik (Duplex Verfahren).

Tipp: Neben Nr. 424 z.B. möglich: 5, 6, 7, 8, 402, 404, 406, 410, 420

VII Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

Tipp:
Der **Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)** gibt im Internet z. Zt. noch:
Hinweise zur Abrechnung von anästhesiologischen GOÄ-Nummern – Stand Oktober 2006 – Erstellt unter Mitwirkung von Dr. A. Schleppers – Referat für Gebührenfragen im Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. und der Versicherungskammer Bayern
www.bda.de/downloads/21_0Leitlinie-Anaesthesieabrechnungen-Okt-2006.pdf

ferner stellt der BDA im Internet zur Verfügung:
Anästhesiekommentar zur GOÄ
A. Schleppers – W. Weißauer
Hrsg. Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V
1. Auflage 2. Ergänzungslieferung, 2003
www.bda.de/21_1kommentar_goae.htm#anker1
Gerade in diesem Werk werden zahlreiche fachspezifische Abrechnungshinweise und analoge Bewertungen vorgestellt.

427	**Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer**	**150** 8,74	20,11 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 427 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 428, 429, 435, 462, 463, 501

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken (Schlafmedizinische Leistungen)
Die Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken kann über die Nr. 427 analog berechnet werden. Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.

Tipp: Neben Nr. 427 ist die Nr. 1529 abrechenbar.

427 analog **Kontrolle der Beatmung unter nCPAP oder BiPAP (s. Leistungskomplex Schlaflabor) (analog Nr. 427 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK** **150** 8,74 20,11 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 427analog sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 428, 429, 435, 462, 463, 501.

428 **Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag** **220** 12,82 29,49 44,88

Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 428 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 435, 462, 463, 501

Tipp: Neben Nr. 428 ist die Nr. 1529 abrechenbar.

429 **Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation –** **400** 23,31 53,62 81,60

Ausschluss: Neben Nr. 429 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 435, 1040, 1529

Tipp:
- Die Leistung nach Nr. 429 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen nach den Nrn. 7, 8, 50, 55, 56, Wegegeld, Visiten.
- Ferner ist Nr. 429 neben Nrn. 253, 254, 258, 271, 272, 430, 431, 433, 650 abrechenbar.

430 **Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder Stimulation des Herzens** **400** 23,31 53,62 81,60

Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 430 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Nr. 430 analog für das elektrisch induzierte Kammerflimmern neben Nr. 3089
Für die Kardioplegie ist Nr. 3052 GOÄ (Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zu Nr. 3050) eigenständig berechenbar, wird der Herzstillstand durch elektrische Induktion herbeigeführt, trifft Nr. 430 GOÄ zu.
Muss zusätzlich zur Kardioplegie ein Kammerflimmern induziert werden (nicht routinemäßig erforderlich), ist Nr. 430 GOÄ (extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder Stimulation des Herzens) nicht eigenständig berechenbar. Die Berücksichtigung des erweiterten Leistungsumfangs ist im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) möglich. Für die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus am Ende der Herzoperation ist Nr. 430 GOÄ berechenbar.
Nur in den Fällen, in denen die Induktion des Herzstillstandes (ohne Kardioplegie) und die Wiederherstellung des normalen Herzrythmus durch Defibrillation und/oder Stimulation erreicht wird, ist Nr. 430 insgesamt zweimal berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 430 sind die Nrn. 429, 431, 650 abrechenbar.

430 analog **Elektrisch induziertes Kammerflimmern (neben Nr. 3089) (analog Nr. 430 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK** **400** 23,31 53,62 81,60

Ausschluss: Neben Nr. 430analog ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435.

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

431 Elektrokardioskopie im Notfall

100 5,83 13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 431 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 650 – 655.
Siehe unter Nrn. 650 und 651: mögliche Ausnahmen in den Kommentaren.

Kommentar: Ist auch eine graphische Darstellung des Monitorbildes möglich, ohne dass neue Elektroden angelegt werden müssen, so kann die höher bewertete Leistung nach Nr. 650 statt der Nr. 431 abgerechnet werden.
Neben der Nr. 431 könnnen die Nrn. 650, 651 nicht berechnet werden.
Würde sich allerdings beim Schreiben eines EKGs nach den Nrn. 650 und 651 eine Situation einstellen, die eine Elektrokardioskopie erforderlich macht, ist eine Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 650 und 651 neben Nr. 431 mit entsprechender Begründung möglich. **Brück** formuliert für diesen Fall „...allerdings erfordert die Nebeneinanderberechnnung eine im Zeitablauf jeweils indizierte und eigenständig über unterschiedliche Elektroden erfolgte Untersuchung..."

Tipp:
- Die Leistung nach Nr. 431 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen nach den Nrn. 7, 8, 50, 55, 429, Wegegeld, Visiten
- Ferner ist Nr. 431 neben Nrn. 429, 430 abrechenbar.

433 Aussspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums

140 8,16 18,77 28,56

Ausschluss: Neben Nr. 433 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 670, 682 – 684, 691, 692

Kommentar: Werden mehrere Spülungen zu einem Zeitpunkt hintereinander durchgeführt, so kann die Leistung nach Nr. 433 nur einmal abgerechnet werden. Sind allerdings mehrere Magenspülungen zu unterschiedlichen Zeiten erforderlich, so können diese auch entsprechend einzeln ebgerechnet werden.
Die Nr. 433 ist nicht abrechenbar für Spülungen im Rahmen endoskopischer Untersuchungen des oberen Gastrointestinaltraktes und auch nicht für das routinemäßige Legen einer Magensonde, wie es im Rahmen von Anästhesievorbereitungen geschieht.

Tipp: Neben Nr. 433 ist die Nr. 429 abrechenbar.

435 Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer

900 52,46 120,65 183,60

Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M, sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286 a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig.
Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.
Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.
Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind die Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.

Ausschluss: Neben Nr. 435 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: CII-Abschnitt, M-Abschnitt, 1 – 8, 11, 15, 20 – 34, 45, 46, 48, 50 – 52, 55, 56, 61, 62, 70, 75 – 78, 80, 85, 90, 95, 96, 200, 201, 204, 206 – 211, 247, 250, 250a, 251, 252, 254 – 268, 270 -286a, 288 – 291, 297, 298, 401 – 408, 410, 412, 413, 415, 417, 418, 420, 422 – 424, 427 – 431, 433, 483 – 485, 488 – 501, 505, 600 –

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

609, 634 – 648, 650 – 657, 659 – 661, 665, 666, 669 – 672, 1529, 1530, 1532, 1728 – 1733, 3055, 3500 – 3971, 4020 – 4469

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Schmerztherapieleistungen neben Anästhesieleistungen, PCA-Pumpe**
Dr. med. Beate Heck in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 9 (27.02.2009), S. A-428 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108. 4144.4257.7022
Den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitel D – Anästhesieleistungen – der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zu entnehmen, dass bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnet werden kann. Mit Blick auf die Auslegung des Wortes „nebeneinander" im Zusammenhang mit Anästhesie und Schmerztherapieleistungen wäre zum Beispiel bei einer unvorhergesehen länger andauernden Operation eine Intubationsnarkose bei nachlassender Wirkung einer Regionalanästhesie berechnungsfähig. Beide Anästhesieleistungen beziehen sich nicht auf denselben Zeitraum, sodass eine Nebeneinanderberechnung möglich ist. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Liquidation die Zeiten der eingesetzten Verfahren angegeben werden. Ein anderes Beispiel ist die Anlage eines Peridural katheters zur postoperativen Schmerztherapie vor einer Intubationsnarkose. Auch wenn der Katheter bereits vor der Operation gelegt wird, ist die Anlage auch neben der Intubationsnarkose berechenbar, wenn die Indikation zur Anlage dieses Katheters in der postoperativen Schmerztherapie zu sehen ist.
Wird der Patient für die postoperative Schmerztherapie mit einer patientenkontrollierten Infusionspumpe (PCA-Pumpe) versorgt, kann die Anlage mit der Nr. 784 GOÄ – Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen – abgegolten werden. Die Nr. 784 GOÄ bildet auch die Programmierung der PCA-Pumpe mit ab.
Die Berechnung der Wiederauffüllung, Überwachung und Umprogrammierung der PCA-Pumpe während einer Intensivtherapie ist nicht möglich, weil eine erforderliche „Basis-Analgosedierung" einer intensivmedizinischen Behandlung mit dem Ansatz der Nr. 435 GOÄ abgegolten ist. Für die auf der Normalstation notwendige Überwachung („Schmerzvisite") der PCA-Pumpe kann die Nr. 45 in Ansatz gebracht werden. Wird eine Wiederauffüllung und Umprogrammierung der PCA-Pumpe durchgeführt, kann hierfür zusätzlich die Nr. 261 GOÄ – Einbringen von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter – berechnet werden. Da die Wiederauffüllung und gegebenenfalls Umprogrammierung der Pumpe eine im Vergleich zur Injektion in einen parenteralen Katheter aufwendigere Leistung darstellt, ist die Wahl eines erhöhten Steigerungsfaktors bei Nr. 261 GOÄ gerechtfertigt.
Wird für die postoperative Schmerztherapie die PCA-Pumpe zur epiduralen Medikamentenapplikation verwendet, kann für die Erstanlage ebenfalls die Nr. 784 GOÄ berechnet werden. Für die Überwachung einer kontinuierlichen epiduralen Anästhesie ist für den zweiten und jeden weiteren Tag die Nr. 475 GOÄ – Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag – berechenbar, auch neben Nr. 435 GOÄ.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 435 kann nur von dem für stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung verantwortlichen Arzt abgerechnet werden. Nach Kommentierung von **Wezel/Liebold** sind mit der Komplexgebühr nach Nr. 435 auch einzelne von Konsiliarärzten erbrachte Leistungen aus diesem Komplex abgegolten. Ein Ausgleich kann hier nur durch Verrechnung der an der Leistung beteiligten Ärzte im Innenverhältnis erfolgen.
Da Leistungen aus dem Kapitel M nicht einzeln abgerechnet werden können, ist dafür die Komplexgebühr nach Nr. 437* anzusetzen. Nach Nr. 437* sind auch Laborleistungen abgegolten (nach **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt**), die für die Vorbereitung eines operativen Eingriffes erforderlich sind
Der mit 24 Stunden angegebene Zeitraum bezieht sich nicht auf den Kalendertag, sondern auf den Zeitraum zwischen Aufnahme des Patienten auf der Intensivstation und Entlassung bzw. Verlegung.
Beispiel: Aufnahme des Patienten am Montag um 15 Uhr auf der Intensivstation und Entlassung, d.h. Verlegung auf normale Station, am Mittwoch um 9 Uhr. Daraus ergibt sich eine Aufenthaltsdauer von 42 Stunden und damit die zweimalige Abrechnungsfähigkeit der Nr. 435.
Sinnvoll ist es, in der Liquidation die entsprechenden Zeiten für Aufnahme und Entlassung bzw. Verlegung anzugeben.

437* Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer

500 33,52
29,14 37,89

Neben der Leistung nach Nummer 437* sind die Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppemmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 437* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3500 – 3971, 4020 – 4468, M-Abschnitt

Tipp: Neben Nr. 437* sind die Nrn. 435, 3980 – 4014, 4500 – 4787 abrechenbar.

VIII Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. **Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.**
2. **Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.**
3. **Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operative Leistungen nach den Nummer 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,**
   - **nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt]**
   - **nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,**
   - **nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,**
   - **nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K**
   - **oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130; 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2113, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.**
4. **Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen. Die Zuschlage nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.**
5. **Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummer 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistung ist nicht möglich.**

6. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.

7. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Ambulante Operationen (1) – Allgemeines
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 41 [14.10.2005], Seite A-2810) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.4254
„Wird eine Operation ambulant erbracht, kann nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein Zuschlag für die notwendige technische und räumliche Ausstattung für ambulante Operationen berechnet werden, sofern die durchgeführte Operation im Katalog zuschlagfähiger Leistungen enthalten ist.
Die zuschlagfähigen Leistungen sind abschließend im Abschnitt C VIII der GOÄ „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ aufgeführt. Der Katalog ist von 1996 und entspricht oft nicht dem Stand des medizinischen Fortschritts, zunehmend auch komplexere Operationen ambulant durchzuführen. 1996 wurde das damalige Verzeichnis der ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V zugrunde gelegt, um daraus abzuleiten, ob eine Leistung einen Zuschlag erhält. Die Zuschläge wurden jedoch nicht konkret einzelnen Leistungen zugeordnet, sondern richten sich nach der Höhe der Punktzahl. Die Überarbeitung sollte in einem zweiten Reformschritt erfolgen, der nach dem Regierungswechsel 1998 nicht mehr umgesetzt werden konnte.
Die zum 1. Juli 2001 neu erstellte UV-GOÄ beinhaltet einen realistischen Katalog zuschlagfähiger ambulanter Operationen. Die vier Zuschläge, die den Aufwand für die ambulante Operation vergüten, richten sich nach der Punktzahl der durchgeführten Operation. Operationen mit einer Punktzahl unter 250 Punkten erhalten keinen Zuschlag. Beispielsweise die Nummer 2403 GOÄ „Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst“ (133 Punkte). Da der Katalog der zuschlagfähigen Leistungen abschließend ist, kann diese Regelung auch nicht mit dem analogen Ansatz des Zuschlags nach Nummer 442 GOÄ erfolgen. Eine Abrechnung der Nummer 2403 GOÄ mit einem erhöhten Faktor und der Begründung „ambulante Operation“ ist nicht zulässig, weil diese Begründungmit der Schaffung des Katalogs für Zuschläge bei ambulanten Operationen entfallen ist.
Zu Operationen mit der Punktzahl von 250 bis 499 Punkten, die im Katalog der zuschlagfähigen Leistungen stehen, kann die Nummer 442 GOÄberechnet werden (400 Punkte). Zuschlagfähige ambulante Operationen von 500 bis 799 Punkte erhalten den Zuschlag nach Nummer 443 GOÄ (750 Punkte), von 800 bis 1.199 Punkte den Zuschlag nach Nummer 444 GOÄ (1.300 Punkte), und neben zuschlagfähigen Operationenmitmehr als 1.200 Punkten kann die Nummer 445 GOÄ (2 200 Punkte) angesetzt werden.
Die Zuschläge dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Werden mehrere zuschlagfähige ambulante Operationen in einer Sitzung durchgeführt, so werden die Punktzahlen der Operationen nicht addiert, sondern der Zuschlag richtet sich ausschließlich nach der am höchsten bewerteten Operation. Werden beispielsweise in einer Sitzung drei Lipome (Nr. 2404 = je 554 Punkte) entfernt, so kann zusätzlich einmal die Nr. 443 GOÄ angesetzt werden. Wird in einer Sitzung eine Bursa (Nr. 2405 GOÄ = 370 Punkte) entfernt und an anderer Stelle ein ausgedehntes Hämatom(Nr. 2397 GOÄ = 600 Punkte) ausgeräumt, so kann zusätzlich einmal die Nr. 443 GOÄ berechnet werden. Die Zuschläge sind ausschließlich mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.“

► Ambulante Operationen (2) – Spezielles
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 43 [28.10.2005], Seite A-2965) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4245.4255
„Wird eine Operation ambulant erbracht, kann nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ein Zuschlag berechnet werden, sofern die durchgeführte Operation in dem Katalog „Zuschläge zu ambulanten Operationsleistungen ...“ (C VIII GOÄ) enthalten ist.
Dieser Katalog ist abschließend, was dazu führt, dass beispielsweise ein einseitiger Eingriff am Ovar oder Eileiter nach Nummer 1145 GOÄ (1.160 Punkte) einen Zuschlag nach Nummer 445 (2.200 Punkte) erhält, der gegebenenfalls ambulant durchführbare Eingriff an beiden Ovarien oder Eileitern nach Nummer 1146 GOÄ (2.220 Punkte) jedoch keinen Zuschlag erhält, weil diese Leistung nicht im Katalog C VIII aufgeführt ist. Hier gibt es noch mehr Beispiele, die eine Novellierung der GOÄ mit Anpassung der ambulant durchführbaren und zuschlagfähigen Leistungen erfordern. In dem geschilderten Fall ist auch eine Abrechnung mit erhöhtem Faktor und der Begründung „... ambulante Operation ...“ nicht zulässig, weil diese Begründung durch die Systematik der GOÄ mit dem abschließenden Katalog zuschlagfähiger Leistungen entfällt. Bei ambulanten Operationen gelten jedoch auch die Bemessungskriterien (Schwierigkeit, Zeitaufwand, Umstände bei der Ausführung) des § 5 GOÄ für die Berechnung eines höheren Faktors, sodass im individuellen Einzelfall ein Überschreiten des Mittelwertes gerechtfertigt sein kann.
Bei der Bildung Analoger Bewertungen nach § 6 GOÄ sollte auf diesen Umstand geachtet werden, weil analoge Gebührenpositionen alle Bedingungen der originären Gebührenposition, also auch die Zuschlagfähigkeit, erben. Der Versuch der Bundesärztekammer, eine nachträgliche Ergänzung dieses Katalogs, beispielsweise bei der Lasertherapie von Besenreiservarizen nach Nummer 2886 GOÄ, zu erreichen, ist am Verordnungsgeber gescheitert. Die zum 1. Juli 2001 neu erstellte UV-GOÄ könnte als Maßstab für einen realistischen Katalog zuschlagfähiger ambulanter Operationen zur Novellierung der GOÄ herangezogen werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ebenfalls abhängig vom Katalog der zuschlagfähigen Leistungen ist der Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops nach Nummer 440 GOÄ (400 Punkte) und der Zuschlag für die Anwendung eines Lasers nach Nummer 441 GOÄ. Die Gebühr für die Anwendung des Lasers beträgt 100 Prozent des einfachen Gebührensatzes der ambulanten Operationsleistung, allerdings nicht mehr als 67,49 Euro (Höchstwert). Beide Zuschläge sind je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Neben der Bindung an den Katalog zuschlagfähiger Leistungen können die Zuschläge nach Nummern 440 und 441 GOÄ nur dann angesetzt werden, wenn die Verwendung des Operationsmikroskops oder des Lasers nicht schon Bestandteil der Leistungslegende der ambulanten Operation ist. Wird beispielsweise eine Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom nach Nummer 1360 GOÄ (1.000 Punkte) durchgeführt, so kann zwar der Zuschlag Nummer 444 GOÄ für die ambulante Operation angesetzt werden, nicht jedoch der Zuschlag für den Laser nach Nummer 441 GOÄ, weil dieser bereits in der Leistungslegende enthalten ist. Von der Verwendung eines Operationsmikroskops kann man ausgehen, wenn in der Leistungslegende der Begriff „mikrochirurgisch“ verwendet wird (siehe Nummern 2588, 2589 GOÄ).“

Kommentar:
Die Anwendung eines höheren Multiplikators bei den Zuschlägen Nrn. 440–447 ist nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C nicht möglich. Die Möglichkeit einer Abdingung allerdings erscheint zulässig, da die Zuschläge von keinem der Ausschlüsse im GOÄ § 2 Abs. 1 betroffen sind.

440 Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen

400
23,31 –

Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

441 Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung

0 0,00
0,00 0,00

Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro.
Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

IGeL:
- Laserbehandlungen auf Patientenwunsch – außerhalb der GKV- und PKV-Erstattungspflicht.
- Siehe auch unter Nrn 745, 755, 764, 2403, 2404, 2440.

442 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 449 Punkten bewertet sind

400
23,31 –

Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 442 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 443 – 445

Tipp: Neben Nr. 442 sind folgende Nrn. abrechenbar: 695, 765, 1011, 1014, 1044, 1085, 1086, 1089, 1097, 1098, 1112, 1113, 1131, 1136, 1140, 1292, 1301, 1321, 1341, 1356, 1357, 1377, 1428, 1438, 1441, 1445, 1457, 1467, 1468, 1472, 1493, 1513, 1527, 1534, 1576, 1586, 1713, 1740, 1741, 1755, 1764, 1767, 1797, 1816, 2010, 2062, 2065, 2066, 2072, 2080, 2223, 2250, 2256, 2293, 2295, 2339, 2347, 2354, 2380, 2381, 2402, 2405, 2427, 2430, 2431, 2432, 2441, 2660, 2671, 2694, 2800, 2801, 2890, 3120, 3156, 3219, 3220, 3221, 3237

443 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind

750
43,72 –

Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 443 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 442, 444, 445

Tipp: Neben Nr. 443 sind folgende Nrn. abrechenbar: 1043, 1052, 1099, 1104, 1111, 1120, 1122, 1129, 1135, 1141, 1283, 1299, 1305, 1330, 1331, 1333, 1359, 1446, 1455, 1469, 1470, 1519, 1528, 1535, 1588, 1622, 1628, 1635, 1738, 1753, 1761, 1763, 1765, 1802, 2040, 2041, 2045, 2051, 2052, 2073, 2092, 2101, 2105, 2110, 2120, 2130, 2253, 2254,

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

2279, 2294, 2325, 2340, 2348, 2382, 2384, 2386, 2393, 2397, 2404, 2410, 2421, 2580, 2597, 2620, 2650, 2651, 2656, 2657, 2658, 2670, 2677, 2688, 2711, 2730, 2751, 2809, 2950, 2970, 3222, 3240, 3300

444 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind

1300 75,77 –

Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 444 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 442, 443, 445

Tipp: Neben Nr. 442 sind folgende Nrn. abrechenbar: 679, 700, 701, 1041, 1045, 1055, 1060, 1125, 1155, 1156, 1284, 1302, 1304, 1306, 1311, 1326, 1332, 1348, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1370, 1384, 1353, 1355, 1358, 1360, 1365, 1366, 1370, 1384, 1485, 1486, 1520, 1597, 1612, 1636, 1756, 1782, 1815, 2042, 2064, 2074, 2075, 2076, 2081, 2087, 2088, 2091, 2102, 2106, 2111, 2134, 2140, 2157, 2171, 2172, 2213, 2224, 2225, 2230, 2257, 2273, 2291, 2296, 2297, 2344, 2345, 2349, 2355, 2383, 2392, 2392a, 2396, 2408, 2411, 2417, 2418, 2420, 2440, 2442, 2454, 2581, 2583, 2655, 2675, 2690, 2710, 2881, 2951, 2952, 2990, 3096, 3223, 3224, 3241, 3283

445 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind

2200 128,23 –

Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummmern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 445 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 442 – 444

Tipp: Neben Nr. 442 sind folgende Nrn. abrechenbar: 1048, 1056, 1121, 1126, 1137, 1145, 1159, 1160, 1285, 1310, 1345, 1346, 1349, 1350, 1351, 1352, 1354, 1361, 1367, 1369, 1371, 1374, 1375, 1382, 1386, 1447, 1448, 1471, 1497, 1595, 1598, 1601, 1610, 1611, 1613, 1614, 1637, 1760, 1766, 1768, 1769, 1800, 1827, 1851, 2043, 2044, 2050, 2067, 2070, 2082, 2083, 2089, 2112, 2117, 2119, 2121, 2131, 2133, 2135, 2136, 2137, 2141, 2189, 2190, 2191, 2193, 2216, 2219, 2220, 2235, 2260, 2263, 2268, 2269, 2281, 2282, 2283, 2350, 2356, 2385, 2390, 2394, 2407, 2412, 2414, 2415, 2416, 2419, 2540, 2541, 2570, 2584, 2586, 2587, 2588, 2589, 2598, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2676, 2682, 2687, 2692, 2693, 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2732, 2752, 2753, 2754, 2803, 2823, 2882, 2883, 2887, 2891, 2895, 2896, 2897, 2991, 2992, 2993, 3095, 3097, 3173, 3200, 3208, 3284, 3285, 3286

446 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind

300 17,49 –

Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 446 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 447

447 Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind

650 37,89 –

Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 447 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 446

Tipp: Neben Nr. 446 sind folgende Nrn. abrechenbar: 460, 462, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 481

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

448 **Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen** **600** 34,97 –

Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben dem Zuschlag nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 448 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1 – 8, 56, 449

449 **Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen** **900** 52,46 –

Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 – 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 449 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1 – 8, 56, 448

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

D Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung. Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer (17.12.98)
Die Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur bei einer Narkose ist nicht als selbstständige Leistung (auch nicht analog) berechenbar. Die besondere Schwierigkeit bei der Durchführung der Narkose und der erhöhte Zeitaufwand sind durch die Anwendung eines Steigerungsfaktors oberhalb des Schwellenwertes erfassbar.

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK (4. Nov. 1999)

Anästhesiologisches Stand-by
Das anästhesiologische Stand-by, definiert als „Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, ohne Narkose, einschl. Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen", kann je angefangene 30 Minuten analog der Nr. 62 GOÄ berechnet werden.
Wird im Verlauf der Überwachung eine Narkose/Anästhesie nach den Nrn. **450 – 474 oder 476 – 479** GOÄ erforderlich, so kann dies im Anschluss an die Überwachung berechnet werden.
Die Notwendigkeit beider Verfahren ist zu begründen, und die jeweiligen Zeiten sind in der Rechnung anzugeben. Beide Verfahren sind nach anästhetologischen Standards zu dokumentieren.

Kommentar:

Die Leistungen nach den Nrn. 469 bis 477 und 490 bis 494 dieses Kapitels beziehen sich auch auf die Schmerztherapie. Dies wird in den Leistungslegenden beschrieben.

Tipp:

Der **Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)** informiert im Internet:
Hinweise zur Abrechnung von anästhesiologischen GOÄ-Nummern – (S. weitere Infos unter VII Intensivmedizinische und sonstige Leistungen)
www.bda.de/downloads/21_0Leitlinie-Anaesthesieabrechnungen-Okt-2006.pdf

Anästhesiekommentar zur GOÄ
www.bda.de/21_1kommentar_goae.htm#anker1

450 Rauschnarkose – auch mit Lachgas –

76 10,19
4,43 15,50

Kommentar: Siehe Beschluss der BÄK unter D. Anästhesieleistungen „Allgemeine Bestimmungen".

451 Intravenöse Kurznarkose

121 16,22
7,05 24,68

Kommentar: Siehe Beschluss der BÄK unter D. Anästhesieleistungen „Allgemeine Bestimmungen".

452 Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)

190 25,47
11,07 38,76

Kommentar: Siehe Beschluss der BÄK unter D. Anästhesieleistungen „Allgemeine Bestimmungen".

453 Vollnarkose

210 28,15
12,24 42,84

Kommentar: Siehe Beschluss der BÄK unter D. Anästhesieleistungen „Allgemeine Bestimmungen".

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_6,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
460	**Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, bis zu einer Stunde**	**404** 23,55	54,16 82,42

Kommentar: Mit den Leistungen nach den Nrn. 460 – 463 sind die in Verbindung mit der Narkose zu erbringenden Leistungen abgegolten. Die Behandlung eingetretener Komplikationen ist demgegenüber gesondert berechnungsfähig. Allerdings empfehlen wir, dies in der Liquidation entsprechend zu dokumentieren. Eine Nebeneinanderberechnung ist nur dann möglich, wenn mehrere auch unterschiedliche Anästhesie-Verfahren nacheinander durchgeführt werden müssen.
Nach den Allg. Bestimmungen des Kapitels D gilt als Narkosedauer die Dauer von 10 Minuten vor Operationsbeginn bis 10 Minuten nach Operationsende. Daraus folgt für die Leistung nach Nr. 461, dass bei einem Überschreiten der Operationsdauer von

- 40 Minuten (d.h. z.B. 10 Min. vor OP-Beginn + **45 Min. Operation** + 10 Min. nach OP-Ende = 65 Min.)
- oder 70 Min. (d.h. z.B. 10 Min. vor OP-Beginn + **72 Min. Operation** + 10 Min. nach OP-Ende = 92 Min.)
- oder 100 Min. usw. die Leistung nach Nr. 461 mehrfach anzusetzen ist.

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.

461	**Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose-, jede weitere angefangene halbe Stunde**	**202** 11,77	27,08 41,21

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 460

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

462	**Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde**	**510** 29,73	68,37 104,04

Ausschluss: Neben Nr. 462 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 270 – 274, 279, 427, 428, 1529, 1532

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 460

Tipp:

- Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.
- Die Messung des Cuffdrucks ist unter Berücksichtigung des zusätzlichen Aufwandes bei einer Intubation mit einem erhöhten Steigerungssatz abzurechnen.

462 analog	**Kombinationsnarkose mit Larynxmaske bis zu einer Stunde (analog Nr. 462 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK**	**510** 29,73	68,37 104,04

463	**Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde**	**348** 20,28	46,65 70,99

Ausschluss: Neben Nr. 463 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 270 – 274, 279, 427, 428, 1532

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 460

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

463 analog	**Kombinationsnarkose mit Larynxmaske, jede weitere angefangene halbe Stunde – n. Empfehlung der BÄK**	**348** 20,28	46,65 70,99

469	**Kaudalanästhesie**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 469 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 266 – 268

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
470	**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer**	**400** 23,31	53,62 81,60
Ausschluss:	Neben Nr. 470 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 256, 257, 471 – 474		
Kommentar:	Anders als bei Narkoseleistungen nach den Nrn. 460 bis 463 gilt bei den ab Nr. 470 ff. Anästhesieleistungen die **Zeit von der Einleitung der Anästhesie bis zum Ende der Überwachung** . Wenn diese Zeit allerdings die in den Legenden Nr. 470 bis Nr. 479 angegebenen Zeiträume überschreitet, so sind z.B. statt Nr. 470 die Nr. 471 oder entsprechende folgende Nrn. anzusetzen. Gilt auch für Schmerztherapie		
Tipp:	Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.		
471	**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer**	**600** 34,97	80,44 122,40
Ausschluss:	Neben Nr. 471 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 256, 257, 470, 472 – 474.		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 470		
Tipp:	Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.		
472	**Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 472 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 256, 257, 470, 471, 473, 474		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 470		
Tipp:	Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.		
473	**Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer**	**600** 34,97	80,44 122,40
Ausschluss:	Neben Nr. 473 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 256, 257, 261, 470 – 472, 474		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 470		
474	**Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer**	**900** 52,46	120,65 183,60
Ausschluss:	Neben Nr. 474 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 256, 257, 261, 470 – 473		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 470 Im Deutschen Ärzteblatt Jg 100/Heft 42 wird im GOÄ-Ratgeber ausgeführt, dass die Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz auf der Basis der Nrn. 474 und 475 abzurechnen ist.		
Tipp:	Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.		
475	**Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag**	**450** 26,23	60,33 91,80
Ausschluss:	Neben Nr. 475 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 261		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 470 Im Deutschen Ärzteblatt Jg 100/Heft 42 wird im GOÄ-Ratgeber ausgeführt, dass die Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz auf der Basis der Nrn. 474 und 475 abzurechnen ist.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 447 nicht vergessen.

476 Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer

380 50,94
22,15 77,52

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Supraklavikulärer Plexuskatheter**

Dr. Beate Heck – Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 47 (26.11.2010), S. A2360 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp? his=1.108.4144.4257.8866

Die Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären Plexusanästhesie wird in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit der Gebührenposition 476 GOÄ – Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären und axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer – abgebildet.

Anwendung findet die supraklavikuläre Plexusanästhesie zum Beispiel für die postoperative Schmerztherapie nach Schulteroperationen. Hierfür wird eine Plexusanästhesie häufig mittels Einlage eines Katheters durchgeführt. Der erhöhte Aufwand durch die Katheteranlage kann durch die Wahl eines erhöhten Steigerungsfaktors bei Ansatz der Gebührenposition 476 GOÄ abgegolten werden, da der erhöhte Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad eine Schwellenwertüberschreitung nach den Kriterien des § 5 Absatz 2 GOÄ rechtfertigen. Über den Katheter wird ein Lokalanästhetikum, gegebenenfalls plus Opioid, verabreicht. Durch dieses Vorgehen soll eine möglichst weitgehende Schmerzreduktion oder Schmerzfreiheit angestrebt werden, die es dem Patienten unter anderem ermöglicht, krankengymnastische Übungen nach der Operation durchzuführen.

Diese Form der Fortführung einer Plexusanästhesie ist in der GOÄ derzeit nicht abgebildet und sollte ebenfalls mit der Gebührenposition 476 GOÄ berechnet werden. Wird das Lokalanästhetikum über eine Medikamentenpumpe fortlaufend appliziert, kann für die Anlage der Medikamentenpumpe die Gebührenposition 784 GOÄ – Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe, einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten, ggf. in mehreren Sitzungen – in Ansatz gebracht werden.

Die Katheteranlage, Einleitung und Überwachung einer Plexusanästhesie (erster Tag) sollte mit der Nr. 476 GOÄ mit erhöhtem Steigerungssatz abgegolten werden. Wird die Plexusanästhesie über mehrere Tage fortgeführt, ist nach einer Empfehlung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für die Überwachung der Fortführung der supraklavikulären Plexusanästhesie für den zweiten und jeden weiteren Tag je Tag analog die Nummer 476 GOÄ berechnungsfähig. Die Überwachung beinhaltet Nachinjektionen und/oder die Kontrolle der Pumpeneinstellungen sowie die Anpassung der Pumpe an den Bedarf des Patienten, das Nachfüllen, die Überprüfung des Katheters, der Einstichstelle und der Wirkung, das heißt Schmerzintensität und der möglicherweise resultierenden Nebenwirkungen. Ist ein erhöhter Zeitaufwand für die Betreuung/Überwachung der fortlaufenden Plexusanästhesie erforderlich, rechtfertigt der Mehraufwand die Wahl eines erhöhten Steigerungssatzes der analogen Gebührenposition 476 GOÄ.

Mit Blick auf die allgemeinen Bestimmungen des Kapitels D „Anästhesieleistungen“ erscheint es wichtig zu erwähnen, dass die Gebührenposition 476 GOÄ auch „neben“ einer Intubationsnarkose berechenbar ist, auch wenn der supraklavikuläre Plexuskatheter vor der Operation gelegt wird. „Nebeneinander“ im Sinne der allgemeinen Bestimmungen bedeutet, dass die Wirkung des eingesetzten Verfahrens sich auf denselben Zeitraum bezieht. Da die Indikation für einen supraklavikulären Plexuskatheter in der postoperativen Schmerztherapie zu sehen ist, bezieht sich die Wirkung beider Verfahren gerade nicht auf denselben Zeitraum.

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 470

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

477 Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Armplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde

190 25,47
11,07 38,76

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 470

478 Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer

230 30,83
13,41 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 478 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 261, 271 – 274, 2029

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie den Zuschlag nach Nr. 446 nicht vergessen.

479 Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde

115 15,42
6,70 23,46

Ausschluss: Neben Nr. 479 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 261, 271 – 274, 2029

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
480	**Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose**	**222** 12,94	29,76 45,29
481	**Kontrollierte Hypothermie während der Narkose**	**475** 27,69	63,68 96,90
A 482	**Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von der Wirkungsdauer von Muskelrelaxatien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen z.B. Unterkühlung (analog Nr. 832 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**158** 9,21	21,18 32,23
483	**Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich des Rachens –, auch beidseitig**	**46** 2,68	6,17 9,38
Ausschluss:	Neben Nr. 483 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435		
Kommentar:	Die Oberflächenanästhesie des Rachens zur nachfolgenden endoskopischen Untersuchung des Ösophagus, Magens oder des Herzens ist nach Nr. 483 berechnungsfähig.		
484	**Lokalanästhesie des Kehlkopfes**	**46** 2,68	6,17 9,38
Ausschluss:	Neben Nr. 484 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435		
485	**Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle**	**46** 2,68	6,17 9,38
Ausschluss:	Neben Nr. 485 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435		
488	**Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase**	**46** 2,68	6,17 9,38
Ausschluss:	Neben Nr. 488 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 1700, 1728, 1729, 1730 – 1733		
489	**Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens –**	**145** 8,45	19,44 29,58
Ausschluss:	Neben Nr. 489 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435, 483, 484		
490	**Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke**	**61** 3,56	8,18 12,44
Ausschluss:	Neben Nr. 490 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 252, 266, 267, 268, 435, 5050, 5060, 5070		
Kommentar:	Die Leistungen nach Nrn. 490 und 491 werden sowohl als Lokalanästhesie zu erforderlichen kleinen operativen Eingriffen verwendet als auch zur Schmerzbehandlung. Die mehrfache Infiltrationsanäthesie mehrerer kleiner Bezirke ist entsprechend mehrfach abrechnungsfähig. Dies wird auch im Kommentar von **Brück** zur ‚alten' GOÄ erläutert: „...Die gegenteilige Auffassung, die der Pluralformulierung ‚kleiner Bezirke' den Status eines einzuhaltenden Leistungserfordernisses zuweist, ist bereits deshalb unhaltbar, weil auf diese Weise eine in der Regel medizinisch sinnlose Leistungsanforderung festgeschrieben und die Infiltrationsanästhesie lediglich eines kleinen Bezirkes von Berechnung ausgeschlossen sein würde..." Die Begriffe ‚kleiner Bezirk' und in der Nr. 491 ‚großer Bezirk' sind ungenau und daher der subjektiven Meinung des Arztes überlassen. Nach **Brück** können als Infiltrationsan-		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

ästhesien kleiner Bezirke gelten „...die Lokalanästhesien vor einer Punktion des Kniegelenkes, vor dem Anlegen eines venösen Zuganges oder vor Versorgung einer kleinen Wunde..."

491 **Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie** **121** 16,22
7,05 24,68

Ausschluss: Neben Nr. 491 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 252, 266, 267, 268, 435, 5050, 5060, 5070

Tipp: Die Nr. 491 findet auch analog Anwendung für die Schmerzbehandlung.

493 **Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst –** **61** 8,18
3,56 12,44

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Die Oberst'sche Leitungsanästhesie (Ausschnitt)**
Dr. med. Dipl.-Oek. Ursula Hofer in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 30 (24.07.2009), S. A-1536 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4257.7650
„...Die technisch einfach durchzuführende oberstsche Leitungsblockade ermöglicht mit zwei kleinen Lokalanästhetika-Depots die Betäubung eines ganzen Fingers oder einer Zehe. Zwei etwas kräftigere nervi digitales volares und zwei grazilere nervi digitales dorsales versorgen Finger und Zehen, indem sie sich in Grundgelenkshöhe bisweilen unterschiedlich verzweigen. Dennoch genügt die Injektion von 0,5 bis 1,5 ml vasokonstriktorfreiem Lokalanästhetikum unmittelbar distal neben der Interdigitalfalte von dorsal in Richtung palma manus, jeweils auf der radialen und ulnaren Fingerseite, um eine komplette Anästhesie der Phalanx zu erreichen.
Zu argumentieren, dass es sich bei der Finger-Leitungsanästhesie wegen der vier Fingernerven um vier anästhesiologische Eingriffe handelt, ist eine sehr individuelle Auslegung von Gebührenordnung und Anatomie. Denn eine Leitungsanästhesie dient der Betäubung eines bestimmten Areals distal dieser Leitung, und an einem Finger oder einer Zehe gibt es nicht nur eine Leitung, die hier sensibel versorgt, sondern immer vier, die aufgrund ihrer anatomischen Lage mit zwei Injektionen „bedient" werden müssen.
Im Kommentar zur GOÄ nach Brück ist die Nr. 493 je Leitungsanästhesie berechnungsfähig. Dies gilt hier grundsätzlich auch für die oberstsche Anästhesie im Bereich eines Fingers oder einer Zehe, sodass die in diesem Zusammenhang erforderlichen Leitungsanästhesien von bis zu vier Nerven eines Fingers oder einer Zehe aufgrund des expliziten Hinweises in der Leistungslegende („auch nach Oberst") je einzelner perineuraler Leitungsanästhesie – im Bereich eines Fingers oder einer Zehe, also bis zu viermal – berechnungsfähig sein müssten. Allerdings handelt es sich vom praktischen Ablauf her, je Finger oder Zehe, um lediglich zwei getrennte Injektionen, wobei auf jeder Seite zwei Depots in unmittelbarer Nähe für die beiden Nerven einer Seite appliziert werden. Aus diesem Grund ist die Abrechnung der Nummer 493 auf einer Seite eines Fingers oder einer Zehe – höchstens also zweimal je Finger oder Zehe – zu begrenzen.
Da sich im Sprachgebrauch die oberstsche Leitungsanästhesie auf die Betäubung von Akren bezieht, ist geplant, im Rahmen der GOÄ-Neustrukturierung eine unmissverständliche Legende zu schaffen und die Bewertung anzupassen. ..."

Tipp: Die Nr. 493 findet nach **Brück** auch analog Anwendung für die Intercostalnervenblockade.

494 **Leitungsanästhesie, endoneural – auch Pudendusanästhesie –** **121** 16,22
7,05 24,68

Tipp: Die Nr. 494 kann Ihr Arzt auch analog für die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) anwenden.

495 **Leitungsanästhesie, retrobulbär** **121** 16,22
7,05 24,68

Ausschluss: Neben Nr. 495 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 490, 491, 493, 494

A 496 **Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock (analog Nr. 476 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **380** 50,94
22,15 77,52

Tipp: Bei ambulanter Anästhesie einen Zuschlag nach Nr. 446 berechnen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
497	**Blockade des Trucus sympatikus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika**	**220** 12,82	29,49 44,88
Ausschluss:	Neben Nr. 497 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 266 – 268, 490 – 494		
Kommentar:	Für die Analgesie eines oder mehrerer Spinalnerven ist die analoge Berechnung der Nr. 497 anwendbar.		
498	**Blockade des Trucus sympatikus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika**	**300** 17,49	40,22 61,20
Ausschluss:	Neben Nr. 498 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 266 – 268, 490 – 494		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

E Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Ungereimtheiten in Kapitel E – Allgemeines – Qualifikation**
Dr. med. Regina Klakow-Franck – (in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 27 (04.07.2003), Seite A-1893) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4258. 4259
„Medizinisch-physikalische Leistungen sind grundsätzlich delegationsfähige Leistungen. Die Delegationsfähigkeit einer Leistung schließt nicht aus, dass diese nicht wie eine grundsätzlich persönlich durch den Arzt zu erbringende Leistung als „eigene" Leistung im Sinne von § 4 Absatz 2 GOÄ in Rechnung gestellt werden könnte. Voraussetzung hierfür ist, dass eine „durch fachliche Weisung geprägte Mitwirkung an der Leistungserbringung im Einzelfall" gewährleistet werden kann (siehe amtliche Begründung zur 4. Änderungsverordnung der GOÄ, BGBl. I, S. 1861 ff.). Die bloß routinemäßige Anordnung, zum Beispiel einer krankengymnastischen Behandlung, reicht nicht aus. Der Unterschied zwischen ärztlicher Sachleistung und ärztlich verordnetem medizinischen Heilmittel muss erkennbar sein.
Im Rahmen der letzten Teilnovellierung der GOÄ (1996) hat der Verordnungsgeber die Liquidationsfähigkeit medizinisch-physikalischer Leistungen als eigene wahlärztliche Leistungen zudem an den Nachweis der Teilgebietsbezeichnung „Physikalische Therapie" oder der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" geknüpft. Dies führt zu Ungereimtheiten bei den medizinisch-physikalischen Leistungen,die nicht zum Weiterbildungsinhalt der vom Verordnungsgeber geforderten physikalischen Therapie gehören, wie zum Beispiel die Phototherapie bei Neugeborenen-Ikterus. Andererseits wurde durch die Neuformulierung des Passus die Liquidationsfähigkeit delegierter Leistungen als eigene Leistungen – auch durch Wahlärzte – vom Verordnungsgeber damit anerkannt.
Dennoch wird gerade in jüngster Zeit die Liquidation medizinisch-physikalischer Leistungen durch Chefärzte der Orthopädie oder Unfallchirurgie von den privaten Krankenversicherungen zurückgewiesen, trotz nachweislicher Fachkunde, trotz täglicher gemeinsamer Visite mit dem Physiotherapeuten, trotz individueller Behandlungsplanung. Dabei geht es nicht um die ebenfalls strittige Abrechnung von Eisbeuteln als „Kaltpackung" nach Nr. 530 (30 Punkte), sondern um die prinzipielle Zurückweisung von physikalisch-medizinischen Leistungen als wahlärztliche Leistungen mit dem fragwürdigen Argument, physikalisch-medizinische Leistungen seien von den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beziehungsweise durch den Pflegesatz abgedeckt. Als gebe es keine Honorarminderungspflicht nach § 6 a GOÄ zur Verhinderung einer Doppelbelastung des Privatpatienten, als müsse es sich bei wahlärztlichen Leistungen um „Anstatt-Leistungen" handeln, obwohl die Rechtsprechung längst Gegenteiliges entschieden hat (siehe Urteil OLG Karlsruhe vom 21. März 1990, Az.: 1 U 367/88).
Bei Beachtung der vom Verordnungsgeber vorgeschriebenen Auflagen im Zusammenhang mit der persönlichen Leistungserbringung dürfte die Holzhammermethode der Krankenversicherungsunternehmen nicht zum Erfolg führen."

I Inhalationen

500* **Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung –** **38** 3,99
2,21 5,54

Ausschluss: Neben Nr. 500* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 428, 429, 435, 501, 1560

Kommentar: Im Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 5. Ergänzungslieferung 1.2.2000, erschienen im Deutschen Ärzteverlag Köln, weisen die Autoren **Brück et alii** darauf hin „...im Rahmen der Pflegeleistung sind es solche Verrichtungen, die auch postoperativ ausschließlich das Pflegepersonal erbringt, weshalb sie der Arzt nicht in Rechnung stellen kann. ..."
Die Nrn. 500* bis 501* sind nicht im Rahmen einer Narkose berechnungsfähig.

Tipp:
- Die für die Inhalation erforderlichen Medikamente können per Rezept zu Lasten des Patienten verordnet werden oder dem Patienten als Auslagen mit der Liquidation berechnet werden.
- Die Nr. 500* findet Anwendung bei der Aromatherapie.

IGeL: Aromatherapie

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_7,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

501* **Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z.B. Bird-Respirator)** **86** 5,01 9,02 12,53

Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistungen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 501 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 428, 435, 500, 505, 1040, 1559, 1560

Kommentar: Nicht nach der Nr. 501 abrechenbar sind:
Siehe auch Kommentierung zu Nr. 500.

Tipp: Die für die Inhalation erforderlichen Medikamente können per Rezept zu Lasten des Patienten verordnet werden oder dem Patienten als Auslagen mit der Liquidation berechnet werden

II Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

505* **Atmungsbehandlung – einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen –** **85** 4,95 8,92 12,39

Ausschluss: Neben Nr. 505 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 428, 435, 500, 501, 725, 1559, 1560

IGeL: Die Nr. 505* findet auch analog Anwendung bei:
- Atemtherapie
- Sauerstofftherapie nach Ardenne + 508, 602, 643 (analog)
- Sauerstoff-Inhalation
- Sauerstoffzelt
- Qi Gong-Atmungsbehandlung

506* **Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –** **120** 6,99 12,59 17,49

Ausschluss: Neben Nr. 506 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 507, 508, 509, 520, 521, 523, 725

Kommentar: Siehe **Beschluss** unter Kapitel G. Nr. 842 Medizinische Trainingstherap.).

507* **Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –** **80** 4,66 8,39 11,66

Ausschluss: Neben Nr. 507 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 506, 508, 509, 520, 521, 523, 725

IGeL: Für Shiatsu Nr. 507 analog abrechnen.

508* **Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad** **110** 6,41 11,54 16,03

Ausschluss: Neben Nr. 508 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 506, 507, 509, 725

509* **Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) – auch im Bewegungsbad –, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer** **38** 2,21 3,99 5,54

Ausschluss: Neben Nr. 509 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 506, 507, 508, 725

510* **Übungsbehandlung, auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung** **70** 4,08 7,34 10,20

Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 510 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 521, 642, 652, 725

IGeL: Apparative isotonische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
514*	**Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät**	**105** 6,12	11,02 15,30
Ausschluss:	Neben Nr. 514 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 515, 516, 520, 521, 522, 530, 535, 536, 538, 725		
Tipp:	Die Nr. 514 findet auch analog Anwendung für die Wärmetherapie.		
515*	**Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschlinge)**	**38** 2,21	3,99 5,54
Ausschluss:	Neben Nr. 515 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 514, 516, 714, 725		
516*	**Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät**	**65** 3,79	6,82 9,47
Ausschluss:	Neben Nr. 516 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 514, 515, 725		
Tipp:	Die Nr. 516* findet analog Anwendung für die Übungsbehandlung und Entspannungsübungen.		
518*	**Prothesengebrauchsschulung des Patienten – gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson –, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung**	**120** 6,99	12,59 17,49
Ausschluss:	Neben Nr. 518 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske (Schlafmedizinische Leistungen)** Für die Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske kann analog die Nr. 518berechnet werden. Die Leistung ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.		
Analog:	Nr. 518 für eine Anus-praeter-Schulung ansetzen.		
A 518*	**Anpassung von Beatmungsmasken u. Schulung des Pat. (s. Leistungskomplex Schlaflabor) (analog Nr. 518) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK**	**120** 6,99	12,59 17,49
Ausschluss:	Neben Nr. A518* ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725.		

III Massagen

520*	**Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)**	**45** 2,62	4,72 6,56
Ausschluss:	Neben Nr. 520 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 505, 506, 507, 514, 521, 523, 527, 725		
521*	**Großmassage (z.B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung**	**65** 3,79	6,82 9,47
Ausschluss:	Neben Nr. 521 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 506, 507, 510, 514, 520, 523, 725.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
523*	**Massage im extramuskulären Bereich (z.B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)**	**65** 3,79	6,82 9,47
Ausschluss:	Neben Nr. 523 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 506, 507, 544, 725		
IGeL:	Die Reflexzonenmassage kann mit Nr. 523 abgerechnet werden. Die Nr. 523 ist analog abrechenbar bei: • Akupressur Tsubo • Bindegewebsmassage • Bürstenmassage • Darmmassage (Empfehlung der BÄK) • Fingerdruckbehandlung • Lymphdrainage, manuelle • Nervenpunkttherapie • Reflexzonenmassage • Schröpfkopfmassage • Tuina-Therapie (Empfehlung der BÄK)		
525*	**Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung**	**35** 2,04	3,67 5,10
Ausschluss:	Neben Nr. 525 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725		
526*	**Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung**	**55** 3,21	5,77 8,01
Ausschluss:	Neben Nr. 526 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725		
527*	**Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)**	**94** 5,48	9,86 13,70
Ausschluss:	Neben Nr. 527* ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725		

IV Hydrotherapie und Packungen

530*	**Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung**	**35** 2,04	3,67 5,10
Kommentar:	Mit der Nr. 530* werden Packungen aller Art abgerechnet, z.B. die lokale Eisbehandlung.		
531*	**Leitung eines ansteigenden Teilbades**	**46** 2,68	4,83 6,70
Ausschluss:	Neben Nr. 531 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 532, 553, 554		
532*	**Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)**	**76** 4,43	7,97 11,07
Ausschluss:	Neben Nr. 532 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 553, 554		
Tipp:	Die Nr. 532* findet analog Anwendung für das Moorbad.		
533*	**Subaquales Darmbad**	**150** 8,74	15,74 21,86
IGeL:	Für Colon-Hydro-Therapie und Fasteneinlauf Nr. 533* analog ansetzen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

V Wärmebehandlung

535* **Heißluftbehandlung eines Körperteils (z.B. Kopf oder Arm)** **33** 3,46
1,92 4,81

Ausschluss: Neben Nr. 535 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 514, 535, 536, 538, 539, 548, 551, 552, 725

Kommentar: Obwohl der nachfolgende Beschluss sich auf die Nr. 551 bezieht, fügen wir die Definition der „Körperteile" auch hier für Sie ein.
Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer: Definition der „Körperteile" im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 551 (Reizstromtherapie) (15. Sitzung vom 21. Juli 1998)
Als Körperteile sind anzusehen:

- Schultergürtel mit Hals,
- Übrige dorsale Rumpfseite,
- Übrige ventrale Rumpfseite,
- Rechte oder linke Schulter mit Oberarm, rechter oder linker Ellenbogen mit Oberarm und Unterarm,
- Rechte oder linke Hand mit Unterarm,
- Rechte oder linke Hüfte mit Oberschenkel,
- Rechtes oder linkes Knie mit Oberschenkel und Unterschenkel,
- Rechter oder linker Fuß mit Unterschenkel.

536* **Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine)** **51** 5,35
2,97 7,43

Ausschluss: Neben Nr. 536 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 514, 535, 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

538* **Infrarotbehandlung, je Sitzung** **40** 4,20
2,33 5,83

Ausschluss: Neben Nr. 538 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 514, 560 – 562, 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

IGeL: Für Elektrotherapie Nr. 538* analog ansetzen.

539* **Ultraschallbehandlung** **44** 4,62
2,56 6,41

Ausschluss: Neben Nr. 539 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

IGeL: Für Elektrotherapie Nr. 539* analog ansetzen.

VI Elektrotherapie

548* **Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)** **37** 3,88
2,16 5,39

Ausschluss: Neben Nr. 548* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 549, 551, 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

IGeL: Für Elektrotherapie Nr. 548* analog ansetzen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
549*	**Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung**	**55** 3,21	5,77 8,01

Ausschluss: Neben Nr. 549 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 548, 551, 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

551*	**Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) – auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden –**	**48** 2,80	5,04 6,99

Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.

Ausschluss: Neben Nr. 551 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 535

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Abrechnung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation**
Dr. med. Beate Heck in Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 42 (16.10.2009), S. A-2114
http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4258.7822
Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) wird häufig in der Schmerztherapie zur Behandlung chronischer oder akuter Schmerzen angewandt. Durch die Behandlung mit einem TENS-Gerät werden körpereigene Mechanismen zur Schmerzhemmung aktiviert (spinale und supraspinale Hemmsysteme). Welches körpereigene Hemmsystem aktiviert wird, hängt von der gewählten Frequenz, die bei der segmentalen Stimulation zwischen 60 und 100 Herz liegt, ab. Die Impulse werden über selbstklebende Elektroden abgegeben und werden von den Patienten bei der segmentalen Stimulation als Kribbeln empfunden.
In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) existiert die Gebührenposition 551 GOÄ – Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) –, die der Behandlung einer transkutanen elektrischen Nervenstimulation entspricht und hierfür in Ansatz gebracht werden sollte. Nach der erweiterten Leistungslegende sind jedoch folgende Ausschlusskriterien zu beachten: Wird die Reizstrombehandlung neben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, ist nur die höher bewertete Leistung berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn ein Apparatesystem an mehreren Körperteilen eingesetzt wird.
Nach einer Testphase besteht die Möglichkeit, dass der Patient bei Schmerzreduktion die Anwendung des TENS-Geräts zu Hause fortführt. Hierfür ist eine Einweisung des Patienten in den Umgang mit dem TENS-Gerät vorzunehmen. Der Patient wird unter anderem über die Positionierung der Elektroden, die Handhabung des Geräts, zum Beispiel die Einstellung der Frequenz, und über die Häufigkeit der Anwendung informiert. Für diese Einweisung im Umgang mit dem Testgerät kann bei einer Mindestdauer von zehn Minuten die Gebührenposition 3 GOÄ – Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, auch mittels Fernsprecher – berechnet werden. Für die Anwendung des TENS-Geräts durch den Patienten zu Hause ist die Nr. 551 GOÄ nicht berechnungsfähig.
Unterschreitet die Geräteeinweisung des Patienten die in der Leistungslegende der Gebührenposition 3 GOÄ genannte Mindestdauer, kann für die Beratung die Gebührenposition 1 GOÄ in Ansatz gebracht werden. Die Berechnung der Gebührenposition 3 GOÄ – Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, auch mittels Fernsprecher –, scheidet wegen der Abrechnungsbeschränkungen in der erweiterten Leistungslegende der Nr. 3 GOÄ jedoch aus, wenn in derselben Sitzung eine TENS-Behandlung nach Nr. 551 GOÄ durchgeführt wird, weil die Gebührenposition 3 GOÄ nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 GOÄ berechnungsfähig ist. In diesem Fall kann bei einer Beratungsdauer von mindestens zehn Minuten nur die Gebührenposition 1 GOÄ mit dem 3,5fachen Steigerungsfaktor in Ansatz gebracht werden.

IGeL: Für die TENS Nr. 551* analog ansetzen.

552*	**Iontophorese**	**44** 2,56	4,62 6,41

Ausschluss: Neben Nr. 552 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 413, 725

Kommentar: Die für die Iontophorese erforderlichen Arzneimittel können entsprechend der Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel E nicht extra berechnet werden. Siehe auch Kommentar zu Nr. 535.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
553*	**Vierzellenbad**	**46** 2,68	4,83 6,70
Ausschluss:	Neben Nr. 553 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 554, 725		
554*	**Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)**	**91** 5,30	9,55 13,26
Ausschluss:	Neben Nr. 554 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 553, 725		
IGeL:	Die Nr. 554* findet analog Anwendung für die Moxibustionsbehandlung und auch für die Hochton-Therapie		
555*	**Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung**	**120** 6,99	12,59 17,49
Ausschluss:	Neben Nr. 555 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725		
Hinweis BÄK:	**Pulsierende Signaltherapie (PST) 14.01.2009 –** www.blaek.de/beruf_recht/goae/goae_datenbank_details.cfm?id_daten=112 **Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 24.08.2005:** Magnetfeldtherapien ohne implantierten Überträger haben laut Bericht des Arbeitsausschusses Ärzte und Krankenkassen vom 02.02.2000 in die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland keinen Eingang gefunden, mit der Begründung, dass nicht genügend erprobte und qualitätsgesicherte Methoden die Versicherungsgemeinschaft nicht belasten sollten. Aus diesem Grund wird die PST häufig als IGeL-Leistung angeboten und sowohl auf Grund der häufigen subjektiven Besserung der Beschwerden als auch wegen ihrer Nebenwirkungs- und Schmerzfreiheit und dem Fehlen von Infektionsrisiken (da kein Eingriff notwendig ist) in Anspruch genommen. Im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung bei einem Privatversicherten oder als IGeLLeistung auf Verlangen eines GKV-Versicherten muss eine Abrechnung auf Grundlage der GOÄ erfolgen und – da die Leistung im Gebührenverzeichnis nicht enthalten ist – eine analoge Berechnung vorgenommen werden. Die in früheren Stellungnahmen der Bundesärztekammer aus den Jahren 1997/98 vorgenommene Zuordnung zu neurologischen Untersuchungs-Leistungen nach Nr. 832 (Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation; 158 Punkte) bzw. Nr. 838 (Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln; 550 Punkte) halten wir im Hinblick auf die bei der Bildung einer Analogbewertung zu berücksichtigenden Kriterien der Gleichwertigkeit für nicht mehr vertretbar, da die zur Diskussion stehenden Leistungen keine diagnostische, sondern therapeutische Leistungen darstellen und die Zuordnung zu Kapitel G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) nicht nachvollziehbar ist. Die zur Diskussion stehenden Leistungen stellen vollständig an medizinisches Assistenzpersonal delegierbare physikalisch-medizinische Leistungen dar und sind daher den mit einem „kleinen Gebührenrahmen“ ausgestatteten Leistungen des Kapitels E der GOÄ zuzuordnen. Die analoge Abrechnung von ärztlichen Leistungen bei der Therapie mit pulsierenden elektromagnetischen Feldern sollte auf Grund des oben Dargestellten analog GOÄ-Nr. 558 (apparative, isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung; 120 Punkte) oder analog Nr. 555 (Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung; 120 Punkte) berechnet werden		
Kommentar:	Ansetzbar bei Therapie mit Spasmotrin-Gerät.		
558*	**Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung**	**120** 6,99	12,59 17,49
Kommentar:	Siehe auch **Beschluss der BÄK** in Kapitel G. Nr. 842 (Trainingstherapie) – Siehe auch Nr. 846 analog.		
IGeL:	Die Nr. 558* analog ansetzen für • Apparative isotontische Muskelfunktionsdiagnostik und -therapie • Elektrotherapie		
558* analog	**Zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining (analog Nr. 558 GOÄ) (je Sitzung) – n. Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK**	**120** 6,99	12,59 17,49
Kommentar:	Siehe Nrn. 842 analog und 846 analog.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

VII Lichttherapie

560* **Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung** **31** 3,25
1,81 4,52

Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 560* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 538, 561, 562, 761

IGeL:
- Lichttherapie und UV-Bestrahlung aus kosmetischen Gründen
- UV-Bestrahlung zur Anregung des Vitamin-D-Stoffwechsels (Osteoporose-Prophylaxe)

561* **Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht** **31** 3,25
1,81 4,52

Ausschluss: Neben Nr. 561 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 538, 560, 562, 761

562* **Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung** **46** 4,83
2,68 6,70

Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 562 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 538, 560, 561, 761

563 **Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes** **46** 4,83
2,68 6,70

Ausschluss: Neben Nr. 563 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 564

564* **Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung** **91** 9,55
5,30 13,26

Tipp: Die Nr. 564* findet analog Anwendung für Moxibustionsbehandlung.

IGeL: Mora-Therapie nach Nr. 564* analog berechnen.

565* **Photochemotherapie, je Sitzung** **120** 12,59
6,99 17,49

Analog: Analog abrechenbar für die Farblichtbehandlung.

Tipp: Die Kosten für die Medikamente, die zur Photochemotherapie erforderlich sind, sind in der Gebühr für die Leistung nicht enthalten. Sie sind zu Lasten des Patienten per Rezept zu verordnen.

566* **Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag** **500** 52,46
29,14 72,86

Hinweis BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK**
Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen
Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen analog Nr. 566 GOÄ (500 Punkte) bis zu zweimal im Behandlungsfall, zuzüglich Ersatz von Auslagen für die pro Patient verbrauchte photosensibilisierende Substanz nach § 10 GOÄ.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Phototherapie im Krankenhaus**
Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 101, Heft 48 (26.11.2004), Seite A-3287 – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4258.4260
„Als Voraussetzung für die Abrechnung delegationsfähiger Leistungen des Arztes in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als eigene Leistungen gilt, dass diese Leistungen unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden.

GOÄ-Nr.	Punktzahl	2,3 / *1,8
	1fach	3,5 / *2,5

In § 4 Abs. 2 Ziffer 1 bis 3 werden wahlärztliche Leistungen (stationäre Chefarztbehandlung), bei denen die Delegation nicht (§ 4 Abs. 2 Ziffer 2 und 3) oder nur eingeschränkt (§ 4 Abs. 2 Ziffer 1) möglich ist, dezidiert benannt. Die Einschränkungen nach § 4 Abs. 2 Ziffer 1 bis 3 gelten für die stationäre Wahlleistung und sind nur dann als eigene Leistungen des liquidationsberechtigten Chefarztes abzurechnen, wenn diese von ihm persönlich oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht wurden. Der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebietes sein und dem Patienten vor Abschluss des Wahlarztvertrages benannt worden sein.
Für die wahlärztlichen Leistungen gelten weitere Einschränkungen nach § 4 Abs. 2 Ziffer 3: „Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E (Physikalisch-medizinische Leistungen) des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung 'Physikalische Therapie' oder durch die Gebietsbezeichnung ‚Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin' qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden." Diese Forderung ist für die meisten Leistungen des Abschnittes E sinnvoll, aber nicht für alle.
Zu der genannten Facharztweiterbildung oder Zusatzqualifikation zählen Leistungen aus den Abschnitten E I. (Inhalationen), E II. (Krankengymnastik etc.), E III. (Massagen), E IV. (Hydrotherapie und anderes), E V. (Wärmebehandlung) und E VI. (Elektrotherapie). Ein Teil der Leistungen aus dem Abschnitt E VII. (Lichttherapie) sind jedoch nicht Bestandteil der Weiterbildung des genannten Fachgebietes.
Die Phototherapie von Neugeborenen (Nummer 566 GOÄ) ist Bestandteil der Weiterbildung des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin, aber nicht des Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Die Photochemotherapie (Nummer 565 GOÄ), die Balneophototherapie (Nummern 565 beziehungsweise 567 GOÄ), die photodynamische Therapie und der Photo-Patch-Test (Nummer 569 GOÄ) der Haut sind Bestandteil der Weiterbildung des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Die Forderung, dass nur der Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin die genannten Leistungen der Phototherapie als eigene Leistungen berechnen können soll, ist inhaltlich nicht begründet, weil dieser Facharzt aufgrund fehlender Qualifikation für die genannten Leistungen der Phototherapie keine fachliche Aufsicht wahrnehmen kann. Sachlich gerechtfertigt ist daher, liquidationsberechtigten Chefärzten die Phototherapie dann als eigene Leistungen zuzurechnen, wenn diese Bestandteil ihrer Weiterbildung zum Facharzt waren und die Phototherapie unter ihrer Aufsicht und nach fachlicher Weisung erbracht wird. Eine endgültige Klärung und Korrektur kann nur durch den Verordnungsgeber erfolgen."

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Synchrone Balneo-Phototherapie**
Für die synchrone Balneo-Phototherapie ist nach Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer der analoge Ansatz der Nr. 566 GOÄ sachgerecht. Auch die Berechnung „je Tag" wird dabei als übertragbar angesehen, da in der Regel drei bis fünf Behandlungen pro Woche erfolgen.

IGeL: Die Bright-light-Therapie der saisonalen Depression nach Nr. 566* analog berechnen

566* analog **Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen, bis zu zweimal im Behandlungsfall (analog Nr. 566 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK – und ferner auch für Balneo-Foto-Therapie (synchron) (analog Nr. 566 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**

500	29,14	52,46
		72,86

567* **Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung**

91	5,30	9,55
		13,26

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Asynchrone Balneo-Phototherapie**
Die asynchrone Balneo-Phototherapie kann über die Nr. 567 analog abgerechnet werden.

IGeL: Die Nr. 567 findet analog Anwendung für
- Laser-Flächenbestrahlung
- Sauerstofftherapie

569* **Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test**

30	1,75	3,15
		4,37

F Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

IGeL – Innere Medizin und Kinderheilkunde

Leistungen aus der Inneren Medizn werden bei Hausärzten, Internisten und Kinderärzten von Patienten oft nachgefragt. Im Gegensatz z. B. zu den operativen Fachgebieten der Augenheilkunde, der Dermatologie und plastischen Chirurgie sind diese aber nicht so kostenintensiv.

Häufig erbracht werden auf Patientenwunsch präventive zusätzliche Untersuchungen z. B.:

Wunschleistung des Patienten*	**GOÄ Nrn.****
Gastro Check	682, 683, 684, 685 Labor: 250*, 3511*,4234*,
Gefäß-Chek der Extremitäten	643*, 644*
Check up der hirnversorgenden Gefäße	645, 649, 410, 420 bis zu 3x
Herz-Kreislauf-Check als Herzinfarkt- und Schlaganfall-Prävention	651*, 652, 659*, 654*, 423, 424, 423*+ A796 (Stress-Echokardiographie), 5137* Labor: 250*, 3562.H1*, 3563.H1*, 3564.H1*, 3565.H1, 3560*, A 4084*, 3933*, 3730*, 3741*, 3550*
Leber-Check	410, 420 bis zu 3x Labor: 250*, 3587.H1*, 3581.H1*, 3589.H1, 3574*, 3573.H1*, 3592.H1*, 3593.H1*, 3594.H1*, 3605*, 3550*
Lungenfunktions-Check	605*, 605a*, 608*, 610*, 5137*, 505 analog (Atmungsunterweisung naloger Ansatz Nr. 505
Check up der Nieren und harnableitenden Wege	410, 420 bis zu 3x, 403 Labor: 250*, 3583.H1*, 3584.H1*, 3585.H1*, 3557*, 3558*, 3615*, 3511*, 3736*, 3760*
Schilddrüsen Check up	417 Labor: 250*, 4022.H4*, 4023.H4*, 4030.H4*
Stoffwechsel-Check 1. Diabetes -Check	Labor: 250*, 3560*, 3561*, 3612*, 3613*, 3652*
2. Lipid- u. Gicht-Check	Labor: 250*, 3562.H1*, 3563.H1*, 3564.H1, 3730*, 3565.H1*, 3583.H1*

*** Beratungs- und Untersuchungsleistungen nicht vergessen!**

Beratungsleistungen	1, 3, 33, 34, 20, 76, 77
Untersuchungsleistungen	5, 6, 7, 8, 11, 27, 28, 29, 800,

** die hier beispielhaft aufgeführten GOÄ Nrn. sind in der Regel nicht alle bei einem Arzt-Patienten Kontakt abrechenbar

Angaben zum kleinen oder großen Check up finden Sie bei GOÄ Nr. 29.

Die MedWell Gesundheits-AG
Gemeinsam mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG brachte die MedWell AG 1999 Deutschlands erste „IGeL-Versicherung“ auf den Markt. Seit Anfang 2012 allerdings gibt es die MedWell AG in Ihrer ursprünglichen Form nicht mehr.

2003 erschien das erste eigene MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen (MEGO) mit über 320 IGeL-Angeboten, den entsprechenden GOÄ-Ziffern und zahlreichen Abrechnungshinweisen. Die letzte erweiterte Ausgabe mit 386 IGeL-Leistungen und Kommentaren erschien 2011:

Krimmel/Kleinken
MEGO
MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen
Ausgabe 2011, ecomed Medizin, Landsberg

Die MEGO gibt dem Arzt wichtige Impulse. In einer Praxis, die IGeL-Leistungen erbringt, sollte dieses Buch nicht fehlen.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_8,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Nachfolgend finden Sie einen Auszug aus den IGeL-Vorschlägen der MEGO (Kapitel F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie) , die sich an der Einteilung der offiziellen GOÄ orientiert:

„…F I – Innere Medizin

- Check-up-Ergänzung: Ruhe-EKG, Harnsäure und Kreatinin zusätzlich zum GKVCheck
- Kleiner Gesundheits-Check außerhalb des GKV-Leistungsanspruchs
- Großer Gesundheits-Check, einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung,
- Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Sport-Check: Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung, einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung sowie Untersuchung von Blut- und Stoffwechselwerten
- Ergometrische Untersuchung, einschl. Belastungs-EKG, als Wunschleistung
- („Fitness-Check“)
- Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung als Wunschleistung
- Sporttauglichkeits-Untersuchung, ggf. mit Belastungs-EKG und Lungenfunktion, mit schriftlichem Attest
- Screening auf schlafbezogene Atemstörungen durch Messung der Atemfluss-Zeitkurve
- Computergestützte Gesundheitsuntersuchung zur Ermittlung individueller Gesundheitsrisiken unter Berücksichtigung der Körperzusammensetzung (Bioelektrische Impedanzanalyse, BIA), einschl. patientenbezogener Ernährungs-, Vitalstoff- und Fitness-Empfehlungen
- Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) zur Bestimmung der Körperzusammensetzung (Fettanteil an der Gesamt-Körpermasse)
- Bestimmung des biologischen Alters durch Messung und Bewertung von Biomarkern (z. B. durch die Kombination psychometrischer Tests mit altersabhängigen Funktions-Untersuchungen)
- Computergestützte Bestimmung des biologischen Alters durch programmierte
- Messung und Bewertung von Biomarkern
- Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels 13C-Harnstoff Atemtest als Primärdiagnostik außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Ärztliche Betreuung und Auswertung bei telemetrischem Event-EKG oder telemetrischer Blutdruckmessung (z. B. bei Anwendung eines „Herz-Handys“ oder vom Patienten per SMS übertragener Blutdruckwerte)
- Langzeit-EKG mit Ereignisrekorder (Event-Rekorder)
- Subkutane Implantation eines EKG-Ereignisrekorders
- Explantation eines EKG-Ereignisrekorders
- Kontinuierliches Glucose-Monitoring über mindestens 48 Stunden zur optimierten Behandlung insulinpflichtiger Diabetiker
- Früherkennung des Bronchialkarzinoms mittels Fluoreszenz-Bronchoskopie, ggf. mit endobronchialem Ultraschall (EBUS)
- Früherkennung des Bronchialkarzinoms durch zytopathologische Untersuchung des Sputums bei langjährigen Rauchern ab 45 Jahren
- Elektrogastrographie (Messung der myoelektrischen Aktivität des Magens bei
- gestörter Magenentleerung), einschl. Signalanalyse, graphischer Darstellung und Auswertung
- Druckmessung zur Beurteilung der analen Schließmuskelfunktion (Analtonometrie)
- Ärztliche Betreuung eines Patienten bei therapeutischer Apherese (Rheopherese) außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B: zur Behandlung des Hörsturzes oder der altersbedingten Makula-Degeneration)
- Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie

Beispiel einer MEGO-Position aus der Inneren Medizin:

M 602 Großer Gesundheits-Check, einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte

Leistung	1fach	Schwellenwert
652 Belastungs-EKG	25,94	**59,66**
410 Sono-Check erstes Organ	11,66	**26,81**
420 Sono-Check weiteres Organ	4,66	**10,72**
420 Sono-Check weiteres Organ	4,66	**10,72**
420 Sono-Check weiteres Organ	4,66	**10,72**
605 Lungenfunktion	14,11	**25,39**
605a Flussvolumenkurve	8,16	**14,69**
3501 BSG	3,50	**4,02**

Leistung	1fach	Schwellenwert
3550 Blutbild	3,50	**4,02**
3551 Differentialblutbild	1,17	**1,34**
3563.H1 HDL-Cholesterin	2,33	**2,68**
3564.H1 LDL-Cholesterin	2,33	**2,68**
3565.H1 Triglyceride	2,33	**2,68**
3583.H1 Harnsäure	2,33	**2,68**
3584.H1 Harnstoff	2,33	**2,68**
3585.H1 Kreatinin	2,33	**2,68**
3587.H1 Alkalische Phosphatase	2,33	**2,68**
3592.H1 Gamma-GT	2,33	**2,68**
3594.H1 GOT	2,33	**2,68**
3595.H1 GPT	2,33	**2,68**
3555 Kalzium	2,33	**2,68**
3557 Kalium	1,75	**2,01**

Anm.:
– die Nr. M 602 ergänzt die Nr. 01732 EBM oder die Nr. M 601 zum „Großen Gesundheits-Check“ und soll im Zusammenhang mit den entsprechenden ärztlichen Leistungen durchgeführt werden
– wird die Leistung nach Nr. M 602 anlässlich einer GKV-Gesundheitsuntersuchung erbracht, sind die Bestimmungen von Gesamt-Cholesterin und Glucose nicht berechnungsfähig Großer Gesundheits-Check ohne gleichzeitigen GKV-Check: wird die Nr. M 602 neben der Nr. M 601 durchgeführt, kann entweder nur die Nr. 651 oder nur die Nr. 652 GOÄ angesetzt werden. Die jeweiligen Laboratoriumsleistungen können in diesem Fall jeweils nur einmal zum Ansatz kommen
– zu weiteren sinnvollen Laborleistungen vgl. Nrn. M 3400 ff.; vgl. insbesondere M 3428 (CRP quantitativ)...“

Anmerkung der Herausgeber dieses Buches: Die Beratungs- und/oder Untersuchungsleistungen sind im Kapitel B Grundleistungen und Allgemeine Leistungen aufgeführt und würden sich je nach Anwendung zu den Leistungen in der Tabelle addieren.

„…FII – Kinderheilkunde
- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Früherkennungs-Untersuchung U7a im 30. bis 40. Lebensmonat
- Früherkennungs-Untersuchung U8a im 5. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U10 im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U11 im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 16. bis 18. Lebensjahr
- Behandlung von Konzentrationsstörungen

F III – Dermatologie
- Synchrone Balneophototherapie zur Behandlung von Hautkrankheiten (z. B. „Tomesa-Konzept“)
- Asynchrone Balneophototherapie zur Behandlung von Hautkrankheiten (z. B. „Kieler Modell“)
- UV-Bestrahlungen aus präventiven Gründen (z. B. zur Sonnenexpositions-Prophylaxe)
- Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika
- Aknebehandlung aus kosmetischer Indikation
- Fruchtsäure-Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs
- Trichloressigsäure- und Phenol-Peeling-Behandlung zur Verbesserung des tiefenHautreliefs
- Epilation von Haaren – außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht
- Epilation von Haaren mit gepulstem Licht
- Haaranalyse („Tricho-Scan“)
- Kollagenmessung
- Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung, einschl. Hautfunktionstest (z. B. Sebometrie, Corneometrie)
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschl. Dermatoskopie
- Computergestützte Videountersuchung zur Diagnostik oder Verlaufskontrolle bei Muttermalen
- Optische Cohärenz Tomographie (OCT) der Haut
- Behandlung mit polarisiertem Licht zur Hautbehandlung oder zur Behandlung von Sportverletzungen
- Faltenunterspritzung mit Hyaluronsäure

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Faltenunterspritzung mit Plasmagel
- Eigenfettunterspritzung
- Injektionslipolyse
- Entfernung von Tätowierungen
- Eigenhaartransplantation
- Aptos-Lifting („Faden-Lifting“)
- Entfernung von Milien
- Beseitigung von Besenreiser-Varizen
- CHIVA (Cure conservatrice et Hémodynamique de Insuffisance Veineuse en ambulatoire)
- Permanent-Make-up (z. B. Lippe, Augenbrauen)
- Piercing, ggf. einschließlich Lokalanästhesie
- Elektronisch gesteuerte Physiotherapie zur Cellulite-Behandlung und/oder Modellierung der Körperkontur
- Behandlung der fokalen Hyperhidrose (z. B. im Achselbereich) durch Injektion von Botulinumtoxin-A...“

600 Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung

73 4,25 9,79 14,89

Ausschluss: Neben Nr. 600* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 650 – 652, 435

Kommentar: Wird mit Fahrrad- oder Laufbandergometer eine ergometrische Funktionsprüfung durchgeführt, so ist diese nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer analog der Nr. 650 mit der GOÄ-Nr. A 796 abrechenbar.

601 Hyperventilationsprüfung

44 2,56 5,90 8,98

Ausschluss: Neben Nr. 601 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 435, 827, 827 a,

Kommentar: Bei der Hyperventilationsprüfung handelt es sich nach unserer Meinung, aber auch nach Meinung des Kommentars zur Gebührenordnung für Ärzte von **Brück** um eine absolut obsolete Leistung.

602* Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung

152 8,86 15,95 22,15

Ausschluss: Neben Nr. 602 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 606, 626 – 630, 632

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Berechnung der Blutgasanalyse (5. Sitzung vom 13. März 1996)

Die Berechnung auf Grundlage der Nr. 3710 GOÄ (Speziallabor) ist zwingend. Die Berechnung daneben der Nr. 303 GOÄ (Punktion oberflächiger Körperteile) sowie der Nr. 3715 (Bikarbonatbestimmung) ist nicht zulässig, da die Leistung nach Nr. 303 nicht vorliegt und die Bikarbonatbestimmung einzig rechnerisch erfolgt, demnach gemäß der Allgemeinen Bestimmung Nr. 5 vor Abschnitt M nicht berechenbar ist.

Die Messung und Berechnung nach Nr. **602** GOÄ (Oxymetrie) ist möglich, da diese zwar grundsätzlich aus der Blutgasanalyse unter Einbezug des Hb-Wertes berechenbar ist, dieser aber aktuell nicht vorliegt. Die Messung ist sachlich allerdings nur bei bestimmten Indikationen sinnvoll, zum Beispiel Anämie. In diesen Fällen ist Nr. **602** neben Nr. 3710 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 614 (transcutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks) ist zeitgleich mit der Blutgasanalyse nicht berechenbar, da der Sauerstoffpartialdruck bereits mit der Blutgasanalyse gemessen wird. Möglich ist jedoch die Berechnung der Nrn. 614 und 3710 in den Fällen, in denen die Leistungen zeitgleich getrennt erbracht werden müssen.

Analog: Die Nr. 602 findet analog Anwendung für die Sauerstofftherapie nach Ardenne.

Tipp: Neben Nr. 602 ist die Abrechnung der Nr. 614 möglich.

603 Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode – gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –

90 5,25 12,07 18,36

Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 603 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 604, 608

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
604	**Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode vor oder nach Applikation pharmakodynamisch wirkender Substanzen – gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –** Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.	**160** 9,33	21,45 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 604 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 603, 608

Kommentar: Zur Untersuchung der Auswirkung pharmako-dynamischer Substanzen mit bronchokonstriktorischer oder broncholytischer Wirkung können zusätzlich die Sekundenkapazität nach Nr. 609 und die ganzkörperplethysmographische Bestimmung der Sekundenkapazität und des Atemwegswiderstandes nach Nr. 612 berechnet werden.
Neben der Leistung nach Nr. 612 kann allerdings die Leistung nach Nr. 609 nicht berechnet werden.

605*	**Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden**	**242** 14,11	25,39 35,26

Ausschluss: Neben Nr. 605 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 606, 608, 610, 612, 629

Kommentar: Werden nach Broncholyse Kontrolluntersuchungen durchgeführt, sind diese nicht durch einen weiteren Ansatz der Nrn. 605 und 605a berechnungsfähig. Der bei der Untersuchung entstandene besondere Aufwand kann nur über einen erhöhten Multiplikator der Leistungen nach Nr. 605 oder Nr. 605a berechnet werden. Die Darstellung der Flussvolumenkurve ist zusätzlich abrechnungsfähig.

IGeL: Bei General Check-up zur Früherkennung pulmonaler Erkrankungen, bei entspr. sportmedizinischen Untersuchungen und bei Sauerstofftherapien (hier: analoger Ansatz)

605a*	**Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation**	**140** 8,16	14,69 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 605a ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Siehe unter Nrn. 605 und 612. Die Darstellung der Flussvolumenkurve ist als weiterführende spirographische Untersuchung neben den Nrn. 605, 606 und 608 abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 605 sind die Nrn. 605, 606, 608 abrechenbar.

606*	**Spiroergometrische Untersuchung – einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie –**	**379** 22,09	39,76 55,23

Ausschluss: Neben Nr. 606 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 602, 605, 608

Kommentar: Die Darstellung der Flussvolumenkurve ist zusätzlich abrechnungsfähig.

IGeL: Bei General Check-up zur Früherkennung pulmonaler Erkrankungen, bei entsprechenden sportmedizinischen Untersuchungen.

607*	**Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)**	**242** 14,11	25,39 35,26

Ausschluss: Neben Nr. 607* ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Gezielte Bestimmung des Residualvolumens.

608*	**Ruhespirographische Teiluntersuchung (z.B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt**	**76** 4,43	7,97 11,07

Ausschluss: Neben Nr. 608 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 603, 604, 605, 606, 610, 612

Kommentar: In der Regel führt der Patient die Peak-Flow-Messung selbst durch und daher ist die Abrechnung nur im Ausnahmefall möglich – siehe Tipp.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Unterrichtung des Patienten über den Umgang mit dem Peak-Flowmeter kann nach der Beratungsleistung nach Nr. 1 berechnet werden. Müssen entsprechende Kontrollmessungen und weitere Patienteninformationen durchgeführt werden, ist ggf. die Nr. 2 ansetzbar. Die Darstellung der Flussvolumenkurve ist zusätzlich abrechnungsfähig.

Tipp: Die Peak-Flowmeter-Messung ist – nach **Wezel/Liebold** nur, wenn im Ausnahmefall als ärztliche Leistung erforderlich – mit Nr. 608 abrechenbar.

609* **Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen** **182** 19,09 10,61 26,52

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Ausschluss: Neben Nr. 609 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 397, 398, 435, 608, 610, 612

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 609 ist für eine getestete Substanz nur einmal abrechenbar. Werden allerdings im Rahmen einer Untersuchung mehrere Substanzen getestet, so ist die Leistung nach Nr. 609 entsprechend der Zahl der getesteten Substanzen mehrfach abrechenbar.

610* **Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) – gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung –** **605** 63,47 35,26 88,16

Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 610 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 605, 608, 612

Tipp:
- Neben der Nr. 610 ist die Abrechnung der Nr. 611 möglich.
- Die Leistungen der Nrn. 609 + 610 entsprechen der Leistung nach Nr. 612, sie bringen bei **getrennter Berechnung** aber mehr als die Nr. 612.

611* **Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) – einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters –** **605** 63,47 35,26 88,16

Ausschluss: Neben Nr. 611 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 680, 681

Tipp: Die Leistungen nach Nrn. 610 und 611 sind nebeneinander berechnungsfähig.

612* **Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen** **757** 79,42 44,12 110,31

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.
Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nichtberechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 612 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 605, 608 – 610

Hinweis BÄK: Die **BÄK** antwortet auf die Anfrage eines Berufsverbandes:
„...Die Testung der unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität stellt eine weiterführende, umfassende Lungenfunktionsdiagnostik dar, die bei besonderen Indikationen (u.a. Husten unklarer Genese nach Ausschluss anderer Ursachen oder Atemnot ohne klinisches oder lungenfunktionsanalytisches Korrelat) sowie im Zusammenhang mit arbeitsmedizinischen und anderen gutachterlichen Fragestellungen durchgeführt wird. Allgemein empfohlen wird die so genannte Reservoirmethode, als Testsubstanzen werden wahlweise Metacholin oder Carbachol in maximal fünf Stufen verabreicht. Der Untersuchungsablauf setzt sich zusammen aus einer Body-Plethysmographie, stufenweiser Darstellung der Flussvolumenkurve sowie abschließender Body-Plethysmographie bei Erreichen der letzten Stufe. Eine stufenweise Wiederholung der kompletten Body-Plethysmographie ist medizinisch nicht erforderlich.
Der Leistungsumfang der Testung der unspezifischen bronchialen Hyperreagibilität übersteigt den Leistungsumfang der Untersuchung nach **Nr. 612** GOÄ. Auch in der – wenn auch nur mit Einschränkungen – formal vergleichbaren Gebührenposition des EBM (Nr. 357 EBM, bronchialer Provokationstest zum Nachweis von Allergenen, allerdings mit weiterem Leistungsumfang als der bronchiale Provokationstest zur Ermittlung von Allergenen nach Nr. 397 GOÄ) ist in der Leistungsbeschreibung eine mindestens zweimalige Durchführung einer Ganzkörper-plethysmographischen Lungenfunktionsdiagnostik gefordert. Orientiert am Untersuchungsschema ist aus Sicht der Bundesärztekammer ein **zweimaliger Ansatz der Nr. 612** sowie der ggf. **mehrfache Ansatz der Nr. 605a** entsprechend der Anzahl der pro Stufe dargestellten Flussvolumenkurven sachge-

recht und aufwandsentsprechend. Ein mehr als zweimaliger Ansatz der **Nr. 612** ist nicht zulässig, auch wenn je Stufe über die Flussvolumenkurve hinaus weitere Lungenfunktionsparameter mit den Möglichkeiten der Body-Plethysmographie bestimmt werden, da diese für die Erfüllung des Leistungsziels des unspezifischen bronchialen Provokationstests unverzichtbar sind. Die für **Nr. 612** GOÄ geltenden Bestimmungen (neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 609 und 610 nicht berechnungsfähig) sind zwingend auch bei der Berechnung des unspezifischen bronchialen Provokationstests nach Nr. 612 zu beachten. Auch sind mit der Gebühr nach Nr. 612 die Kosten, d.h. auch die Kosten für die Testsubstanzen abgegolten...".

612* analog — Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung (z.B. Vergrößerung und Vermessung), (analog Nr. 612 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK

757 | 44,12 | 79,42 | 110,31

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer:
Videodokumentation von Muttermalen (16. Sitzung vom 29. September 1998)
Die analoge Berechnung mit der Nr. 612 GOÄ (Ganzkörperplethysmographie, 757 Punkte, Kleiner Gebührenrahmen) ist als angemessen anzusehen.
Die Berechnung erfolgt dabei im Sinne der Mischkalkulation. Eine Berechnung der Untersuchung jedes einzelnen Muttermales (z.B. mit Nr. 1415 GOÄ analog) würde in Fällen vieler Muttermale zu unangemessenhohen Beträgen führen. Die Berechnung ist einmal je Sitzung möglich. Eine Abdingung verbietet sich aus dem Text des § 2 GOÄ (Nr. 612 GOÄ ist im Abschnitt A enthalten).
Ein neuer Beschluss der BÄK (Januar 2002) zur Videodokumentation von Muttermalen lautet:
Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschl. digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung (z.B. Vergrößerung und Vermessung), analog Nr. 612 GOÄ 757 Punkte). Die Analogempfehlung zur Videodokumentation von Muttermalen bedurfte einer Klarstellung, da sowohl seitens der Leistungserbringer als auch aufseiten der privaten Krankenversicherungen Unsicherheit darüber bestand, um welche spezielle Untersuchungstechnik im Gegensatz zur konventionellen Dermatoskopie es sich hier handelt.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Liquidation des Hautkrebs-Screenings
Dr. med. Stefan Gorlas in Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 40 (02.10.2009), S. A1980) – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.7772
Eine Gebührennummer zur Abrechnung einer – isolierten – Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs („Hautkrebs-Screening") ist in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Gegensatz zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht enthalten. Die Nr. 27 GOÄ „Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen ..." und Nr. 28 GOÄ „Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen ..." enthalten ein Hautkrebs-Screening nur als Teilleistung umfassender Früherkennungsuntersuchungen auf Krebserkrankungen. Das isolierte Hautkrebs-Screening mit Anamneseerhebung, Untersuchung der gesamten Haut, Befundung und Beratung ist daher mit den Nrn. 1 „Beratung – auch mittels Fernsprecher –" und 7 GOÄ „Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, ..." berechnungsfähig.
Handelt es sich um eine umfangreichere Beratung mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten, kann anstelle der Nr. 1 GOÄ die Nr. 3 GOÄ „Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –" unter Beachtung ihrer Ausschlussbestimmungen (als einzige Leistung oder neben den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801 GOÄ) in Ansatz gebracht werden.
Wird zur weiteren diagnostischen Abklärung eine Dermatoskopie erforderlich, ist diese mit der Nr. 750 GOÄ „Auflichtmikroskopie der Haut" liquidationsfähig. Eine gegebenenfalls notwendig werdende „Videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und Auswertung (z.B. Vergrößerung und Vermessung)" kann gemäß eines Beschlusses des Ausschusses Gebührenordnungder Bundesärztekammer (DÄ, Heft 36/1999) mit einem Analogansatz der Nr. 612 GOÄ berechnet werden. Allerdings ist dieser Beschluss nicht mit den Kostenträgern konsentiert.
Neben diesem Analogansatz der Nr. 612 GOÄ ist eine Berechnung der Nr. 750 GOÄ nicht möglich, auch wenn diese Untersuchungen im Rahmen einer Sitzung nacheinander oder nebeneinander erfolgen. Grund ist § 4 Absatz 2 a der GOÄ: „Für 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 ..." Im genannten Fall stellt die videosystemgestützte Untersuchung und Dokumentation eine besondere Ausführung der Dermatoskopie dar. Insofern kann ein Analogansatz der Nr. 612 GOÄ nur erfolgen, wenn die Nr. 750 GOÄ nicht berechnet wird.

► Digitale Diagnostik: Neue Leistungen auf dem Weg zur Analogbewertung (Ausschnitt 1. Teil)
Dr. med. Regina Klakow-Franck in: Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 50 (14.12.2001), Seite A-3391) – http://www.baek.de /page.asp?his=1.108.4144.4261.4262
Computer-Technologien sind aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. In der Dermatologie beispielsweise werden komplexe Systeme angeboten, die von der hochauflösenden Videokamera über die Vermessung gescannter Hautläsionen bis hin zur Möglichkeit destelemedizinischen Informationsaustausches alle Komponenten einer zukunftsorientierten Diagnostik vereinigen. Medizinische Leistungen, die solche modernsten Techniken zu Hilfenehmen, schmücken sich aber nicht zwangsläufig mit klingenden Namen und werden deshalb zum Teil nicht als innovative Modifikationen erkannt beziehungsweise nicht von der privaten Krankenversicherung vergütet.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

► **Hochauflösende digitale Systeme**
Wer sollte auch vermuten, dass sich hinter der Bezeichnung „Naevus check“ ein digitales Diagnose- und Dokumentationssystem verbirgt? Möglicherweise hat die zu wenig konkrete Charakterisierung des Verfahrens als „Videodokumentation von Muttermalen“ mit dazu beigetragen, die Anerkennung der von der Bundesärztekammer empfohlenen Analogbewertung nach Nr. 612 GOÄ zu erschweren. Gehört die Dokumentation nicht zur Untersuchungsleistung, und ist die Dermatoskopie nicht bereits in der GOÄ enthalten? Selbst Hautärzte waren überrascht, statt der Nr. 750 GOÄ die Nr. 612 analog abrechnen zu dürfen – was nicht zutrifft.
Die Empfehlung der Nr. 612 analog ist ausschließlich auf hochauflösende digitale Systeme zugeschnitten, und auch wenn die gesamte Körperoberfläche untersucht wird, ist die empfohlene Analognummer nur einmal ansatzfähig. Die Untersuchung besonders vieler Naevi muss über den Steigerungssatz abgebildet werden, beispielsweise, wie vom Berufsverband der Deutschen Dermatologen e. V. vorgeschlagen, mit dem 1,2fachen Multiplikator bei drei Naevi, mit dem 1,5fachen Steigerungssatz bei bis zu sechs Muttermalen und bei einer noch größeren Anzahl von Naevi mit dem 1,8fachen Schwellenwert...“ – Ausschnitt 2. Teil siehe unter Nr. 5298.

Tipp: Bei Problematik der Differentialdiagnostik wegen Mimikry ggf. erhöhten Steigerungssatz ansetzen.

614* Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

150 15,74
8,74 21,86

Beschluss BÄK:
Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Berechnung der Blutgasanalyse (5. Sitzung vom 13. März 1996)
Die Berechnung auf Grundlage der Nr. 3710 GOÄ (Speziallabor) ist zwingend. Die Berechnung daneben der Nr. 303 GOÄ (Punktion oberflächiger Körperteile) sowie der Nr. 3715 (Bikarbonatbestimmung) ist nicht zulässig, da die Leistung nach Nr. 303 nicht vorliegt und die Bikarbonatbestimmung einzig rechnerisch erfolgt, demnach gemäß der Allgemeinen Bestimmung Nr. 5 vor Abschnitt M nicht berechenbar ist.
Die Messung und Berechnung nach Nr. 602 GOÄ (Oxymetrie) ist möglich, da diese zwar grundsätzlich aus der Blutgasanalyse unter Einbezug des Hb-Wertes berechenbar ist, dieser aber aktuell nicht vorliegt. Die Messung ist sachlich allerdings nur bei bestimmten Indikationen sinnvoll, zum Beispiel Anämie. In diesen Fällen ist Nr. 602 neben Nr. 3710 berechenbar.
Die Leistung nach Nr. 614 (transcutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks) ist zeitgleich mit der Blutgasanalyse nicht berechenbar, da der Sauerstoffpartialdruck bereits mit der Blutgasanalyse gemessen wird. Möglich ist jedoch die Berechnung der Nrn. **614** und 3710 in den Fällen, in denen die Leistungen zeitgleich getrennt erbracht werden müssen.

IGeL: Sauerstofftherapien

615* Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)

227 23,82
13,23 33,08

Ausschluss: Neben Nr. 615 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 616

616* Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung

303 31,79
17,66 44,15

Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 616 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 615, 617 – 624

Tipp: Wird eine Bestimmung der Diffusionskapazität in Ruhe und zusätzlich auch unter Belastung durchgeführt, so ist die Nr. 616 zweimal abrechenbar.

IGeL: Sauerstofftherapien

617* Gasanalyse in der Exspirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase

341 35,78
19,88 49,69

Kommentar: Nr. 617 ist dann abrechnungsfähig, wenn eine kontinuierliche Messung der Konzentration von mindestens zwei Gasen in der Exspiration erforderlich ist. Dabei ist es unerheblich, wenn z.B. während einer Narkose diese lfd. Messung durch das laufende Narkosegerät erfolgt, in das diese Funktion mit integriert ist.

IGeL: Sauerstofftherapien

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 618*	**H2 Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschl. Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschl. Kosten (analog Nr. 617 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**341** 19,88	35,78 49,69
A 619*	**Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschl. Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen (analog Nr. 615 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**227** 13,23	23,82 33,08
Kommentar:	Die Kosten für die Testsubstanz können nach § 10 gesondert berechnet werden. Die Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13-C-Harnstoff-Atemtests nach Nr.614 sind nach Empfehlung der Bundesärztekammer analog nach der Nr.3783 zu berechnen		
620*	**Rheographische Untersuchung der Extremitäten** Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	**152** 8,86	15,95 22,15
Kommentar:	Unabhängig vom Umfang (z.B. Rheographie in Ruhe und nach Belastung) der rheographischen Untersuchung zur Diagnostik von peripheren Gefäßprozessen kann Nr. 620 nur 1x je Patientenbegegnung zum Ansatz gebracht werden. Hier ist evtl. ein Leistungsausgleich mit dem Ansatz eines höheren Multiplikators möglich.		
IGeL:	Sauerstofftherapien		
621*	**Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius- Keller)**	**127** 7,40	13,32 18,51
Kommentar:	Unabhängig vom Umfang der durchgeführten Leistung ist Nr. 621 nur 1x je Arzt/Patientenbegegnung ansatzfähig (siehe Nr. 620 und 622). Dies trifft auch dann zu, wenn die Leistung unter Einschluss von Belastungsuntersuchungen durchgeführt wird. Die Nr. 621 kann – ebenso wie die Nrn. 620 und 622 – dann mit einem höheren Multiplikator abgerechnet werden.		
622*	**Akrale infraton-oszillographische Untersuchung**	**182** 10,61	19,09 26,52
Kommentar:	Siehe Kommentar Nr. 621*		
623*	**Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z.B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen** Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.	**140** 8,16	14,69 20,40
Ausschluss:	Neben Nr. 623 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 624		
Analog:	Nr. 623 analog für plattenthermographische Untersuchungen anderer Hautbereiche ansetzen.		
Tipp:	Wird die Temperaturmessung an beiden Brustdrüsen durchgeführt, so ist die Nr. 623 auch 2x abrechenbar.		
624*	**Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrarotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung** Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.	**330** 19,23	34,62 48,09
Ausschluss:	Neben Nr. 624 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 623		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
626	**Rechtsherzkatheterismus einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG und Röntgenkontrolle**	**1000** 58,29	134,06 204,01

Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 626 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710, 5295

627	**Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle**	**1500** 87,43	201,09 306,01

Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 627 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710, 5295

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) intraoperativ

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) – gleiches gilt für die Nr. 628 GOÄ – ist intraoperativ nicht für intraoperative Funktionsmessungen berechenbar.
Zutreffend ist hier Nr. 3060 GOÄ (intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen).

Nr. 627 oder Nr. 629 neben Nr. 3060

Wird beim Abschluss der Operation ein Linksherzkatheter zur Druckmessung und fortlaufender Registrierung und oxymetrischen Untersuchungen eingebracht, so ist hierfür Nr. 627, gegebenenfalls Nr. 629 GOÄ berechenbar.
Noch intraoperativ erfolgte Messungen sind aber mit der Nr. 3060 GOÄ abgegolten und nicht zusätzlich berechenbar. (Vergleiche auch zu 10.) Der gegenüber der vollständigen perkutanen Erbringung der Leistung (Nrn. 627 / 629) geminderte Aufwand muß sich gebührenmindernd auswirken.
Die Berechnung mit dem 1,8fachen Gebührensatz wird als sachgerecht angesehen.

628	**Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360**	**800** 46,63	107,25 163,20

Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 628 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 602, 648, 650, 651, 3710, 5295

Kommentar: Werden die Herzkammern und großen Gefäße im Rahmen einer Angiokardiographie dargestellt, kann zusätzlich für die Gefäßdarstellung die Nr. 355 und für die Darstellung der beiden Herzkammern auch die Nr. 356 berechnet werden.
Schließt sich an die Untersuchung nach Nr. 628 zusätzlich eine Koronarangiographie nach erneutem Einbringen eines Herzkatheters an, so wird diese nach den Nrn. 360 oder 361 berechnet.

628 **analog**	**Endokardiales Kathermapping bei supraventrik. Tachykardien (s. Leistungskomplex Schlaflabor) – (analog Nr. 628 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**800** 46,63	107,25 163,20

Ausschluss: Neben Nr. 628 analog sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 602, 648, 650, 651, 3710, 5295

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

629 **Transseptaler Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle** **2000** 116,57 268,12 408,01

Die Leistungen nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 629 sin die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 629 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710, 5295

Kommentar: Wird ggf. vor der Erbringung der Leistung Nr. 629 ein Rechtsherzkatheterismus nach Nr. 626 durchgeführt, so kann die Nr. 626 ebenfalls berechnet werden.

Analog: Nr. 629 analog für die Stress-Echokardiographie einsetzen.

629 **analog** **Stressechokardiographie – (analog Nr. 629 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK** **2000** 116,57 268,12 408,01

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Stressechokardiografie – analoge Empfehlung noch gültig**
Dr. med. Anja Pieritz in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 22 (30.05.2008), S. A-1250 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.6403

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält eine Leistung für das Belastungs-EKG, aber beispielsweise keine Gebührenposition für die Stressechokardiografie.

Gemäß § 6 Absatz 2 GOÄ kann eine selbstständige ärztliche Leistung, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen ist, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Die Bildung einer analogen Bewertung liegt zunächst einmal im Ermessen des ärztlichen Leistungserbringers selbst. Er ist dabei dazu verpflichtet, auf die Angemessenheit seiner Honorarforderung zu achten (vergleiche § 12 Absatz 1 der [Muster-]Berufsordnung).

Eine häufige Frage ist, ob die Empfehlung der Bundesärztekammer von 1997 zur Stressechokardiografie noch Gültigkeit habe und warum diese Empfehlung nicht im offiziellen Analogverzeichnis auf der Internetseite der Bundesärztekammer zu finden sei.

Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat in seiner 12. Sitzung vom 4. November 1997 die analoge Bewertung der Stressechokardiografie nach Nummer 629 GOÄ „Transseptaler Linksherzkatheterismus (...)" empfohlen. Da in den nachfolgenden Verhandlungen mit den Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums des Innern (für die Beihilfe) und des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen keine Einigkeit erzielt werden konnte, wurde diese Analogempfehlung bisher nicht veröffentlicht. Alle Empfehlungen und bisherigen Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Stressechokardiografie nach Nummer 629 GOÄ stützen sich auf diesen Beschluss. Die 1997 gefasste Empfehlung zur Stressechokardiografie ist daher weiterhin gültig.

Hin und wieder tauchen andere analoge Bewertungen für die Stressechokardiografie auf, wie beispielsweise nach der Nummer 5423 GOÄ „Szintigrafische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher und pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung". Diese analoge Bewertung ist keineswegs falsch, denn, wie bereits erwähnt, jeder Arzt kann eine analoge Bewertung bilden, wenn er die Kriterien gemäß § 6 Absatz 2 GOÄ beachtet. Wenn man sich die Art (zum Beispiel invasiv/nicht invasiv; ärztliche Leistung/medizinisch-technische Leistung), die Kosten (Kosten 1998/Kosten 2008) und den Zeitaufwand anschaut, ergeben sich Argumente für die eine oder andere Analogbewertung der Stressechokardiografie. Die Empfehlung der Bundesärztekammer hat jedoch den Vorteil, dass sie in der Mehrzahl der Fälle Anerkennung bei den erstattenden Stellen findet, auch wenn damals keine Einigung erzielt werden konnte.

630 **Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle –** **908** 52,92 121,73 185,24

Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.
Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 630 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 355, 356, 360, 361, 602, 626, 628, 632, 648, 650, 651, 3710, 5295

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Nrn. 630 oder 631 für die intraoperative Elektrodenversorgung, gegebenenfalls mit Testung und Probestimulation

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nur dann, wenn die Elektroden tatsächlich zur Stimulation des Herzens benutzt werden, ist Nr. 631 GOÄ (transvenöser Schrittmacher, 1100 Punkte) analog zum Einfachsatz – unabhängig von der Zahl der verwendeten Elektroden einmal im Rahmen einer Operation – anwendbar. Die prophylaktische, temporäre intraoperative Elektrodenversorgung ist nicht gesondert berechenbar.

Tipp: Wird zusätzlich zu der Untersuchung eine Oxymetrie durchgeführt, so ist statt der Nr. 630 die höher bewertete Nr. 632 abzurechnen.

631 Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers – einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes und fortlaufender EKG- Kontrolle –

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 631 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 650, 651, 652, 5295

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen:**
Nrn. 630 oder 631 für die intraoperative Elektrodenversorgung, gegebenenfalls mit Testung und Probestimulation
Nur dann, wenn die Elektroden tatsächlich zur Stimulation des Herzens benutzt werden, ist Nr. 631 GOÄ (transvenöser Schrittmacher, 1100 Punkte) analog zum Einfachsatz – unabhängig von der Zahl der verwendeten Elektroden einmal im Rahmen einer Operation – anwendbar. Die prophylaktische, temporäre intraoperative Elektrodenversorgung ist nichtgesondert berechenbar.
Mehrkammersysteme:
Der Ansatz der Nr. 631 GOÄ ist nur einmal möglich, auch bei Mehrkammersystemen. Siehe auch Text unter Nrn. 630

Kommentar: Implantation und Schrittmacher: Nrn. 3095 bis 3097.

631 analog Intraoperative Elektrodenversorgung – (analog Nr. 631 GOÄ) – n. Beschlüssen d. Zentralen Konsultationsausschusses bei d. BÄK

1110 148,81
64,70 226,45

632 Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG- Kontrolle, gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle –

1210 162,21
70,53 246,85

Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.
Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 632 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 355, 356, 360, 361, 602, 630, 648, 650, 651, 3710, 5295

634 Lichtreflex-Rheographie

120 16,09
6,99 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 634 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Nur 1x abrechenbar pro Arzt/Patientenkontakt auch bei zeitaufwendigem Untersuchungsumfang (z.B. mehrere Extremitäten).

635* Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten

227 23,82
13,23 33,08

Ausschluss: Neben Nr. 635 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 636

636* Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z.B. mit Temperaturreizen)

379 39,76
22,09 55,23

Ausschluss: Neben Nr. 636 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 635

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Analog: Nr. 636 analog für die computerisierte Kniebandmessung einsetzen, analog auch für die Frequenzvariabilitätsanalyse (eigenständig indiziert, neben Langzeit-EKG nach Nr. 659*).

636* **analog**	**Frequenzvariabilitätsanalyse – (analog Nr. 636 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**379** 22,09	39,76 55,23
637*	**Pulswellenlaufzeitbestimmung – gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung –**	**227** 13,23	23,82 33,08

Ausschluss: Neben Nr. 637 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

638*	**Punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung**	**121** 7,05	12,69 17,63

Ausschluss: Neben Nr. 638 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 638 ergibt sich zum Beispiel aus Carotispulskurve und Jugularispulskurve, d. h. aus der Gesamtheit aller im zeitlichen Zusammenhang erfolgten Pulsmessungen.

639*	**Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographische Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)**	**454** 26,46	47,63 66,16

Ausschluss: Neben Nr. 639 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

640*	**Phlebodynamometrie**	**650** 37,89	68,20 94,72

Ausschluss: Neben Nr. 640 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

641*	**Venenverschluß-plethysmographische Untersuchung**	**413** 24,07	43,33 60,18

Ausschluss: Neben Nr. 641 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 642

642*	**Venenverschluss-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung**	**554** 32,29	58,12 80,73

Ausschluss: Neben Nr. 642 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 641

Analog: Die Nr. 642 ist die analoge Ziffer für die Extremitätenverschluss-plethysmographische Untersuchung ohne und mit reaktiver Hyperämie (§ 6 Abs. 2 GOÄ).

643*	**Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung**	**120** 6,99	12,59 17,49

Ausschluss: Neben Nr. 643 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404, 435, 644, 645

Kommentar: Unter peripherer Druck-/Strömungsmessung ist die nicht-direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der peripheren Gefäße, hauptsächlich der Extremitätengefäße, zu verstehen.
Wird während eines Arzt-/Patientenkontaktes die nicht-direktionale Untersuchung sowohl im Bereich der peripheren Arterien als auch im Bereich der peripheren Venen durchgeführt, so ist die Nr. 643 auch 2x abrechenbar. (siehe Tipp zu Nr. 644*) Die

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nr. 643 kann in Ruhe und nach Belastung – also 2x – abgerechnet werden.
Nicht direktionale Untersuchungen der Penisgefäße u./o. Skrotalfächer werden analog nach Nr. 643 berechnet. Direktionale Doppler-sonographische Untersuchungen der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen u./o. Skrotalfächern werden nach Nr. 1754 berechnet.
Eine Nebeneinanderabrechnung beider Leistungen ist dann möglich, wenn zusätzlich zur direktionalen Doppler-sonographischen Untersuchung der Strömungsfverhältnisse eine nicht direktionale Druckmessung der Gefäße erfolgt. Die Bestimmung des systolischen Druckes an definierten Punkten mittels Doppler-Technik ist mit Nr. 643 nicht abrechnungsfähig. Diese Leistung zählt zu den Blutdruckmeßmethdoen und ist somit lediglich auf der Grund der Allgemeinen Bestimmungen Kapitel B Bestandteil einer Beratungsleistung.

Tipp: Der Chefarztbrief (Ausgabe 7/2011) empfiehlt zur Abrechnung von intraoperativen Blut-Durchflussmessung mit nicht-endovasculaeren Verfahren (z.B. Transonic TM) den analogen Ansatz der GOÄ Nr. 644 , wenn eine graphische Auswertung erfolgt. Ohne graphische Auswertung ist der analoge Ansatz der Nr. 643 zu wählen.

644* Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –

180 18,89
10,49 26,23

Ausschluss: Neben Nr. 644 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404, 435, 643

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Mehrfachberechnung**
Der Plural „Arterien bzw. Venen" begründet, dass bei Messung an mehreren Punkten die Berechnungsfähigkeit je Gefäßsystem nur einmal möglich ist. Ebenso begründet der Plural den nur einmaligen Ansatz bei Messung an mehreren Extremitäten.
Bei Messung an Venen und Arterien ist die Nr. 644 demzufolge zweimal berechnungsfähig; Messungen an mehreren Messpunkten und Extremitäten sind über den Steigerungsfaktor zu berücksichtigen.
Die Messung an den Arterien des rechten und linken Beines rechtfertigt nicht den mehrfachen Ansatz der Nr. 644 !

Tipp:
- Die Nr. 644 ist 2x abrechnungsfähig bei Untersuchungen sowohl der Extremitätenarterien als auch der Extremitätenvenen, d.h. bei Untersuchungen von Venen + Arterien in Ruhe und Belastung insgesamt 4x abrechenbar.
- Siehe Hinweise C VI. Sonographische Leistungen

645* Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung

650 68,20
37,89 94,72

Ausschluss: Neben Nr. 645 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404, 435, 643

Kommentar: Siehe Hinweise VI. Sonographische Leistungen. Der Leistungsumfang umfasst folgende hirnversorgende Arterien: – Carotis communis, bds. – Carotis externa, bds. – Carotis interna, bds. – Arteria vertebralis, bds. – Periorbitalarterien (ausschl. Darstellung der Strömungsrichtung)
Für eine nicht-direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der hirnversorgenden Arterien gibt es keine Abrechnungsziffer. Eine transkranielle Doppler-sonographische Untersuchung der intrakraniellen Arterien wird nach Nr. 649 abgerechnet. Nach **Brück** ist eine mehrfache Berechnung pro Sitzung auch bei beidseitiger Untersuchung nicht möglich.

IGeL: Auf Patientenwunsch, wenn es anamnestisch und klinisch kein Hinweis oder Verdacht auf eine Erkrankung gibt.

646* Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisation sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)

605 63,47
35,26 88,16

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 646 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Dieser Test findet heute kaum noch Anwendung.

647*	**Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden – einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz –**	**220** 12,82	23,08 32,06

Ausschluss: Neben Nr. 647 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 647 ist je Sitzung nur 1x berechnungsfähig, gleichgültig wie viele Messungen erfolgt sind. Ggf. kann mit Begründung bei schwieriger Untersuchungstechnik der 2,5fache Satz berechnet werden.

Tipp: Der Chefarztbrief empfiehlt zur Überwachung von Dialyseshunts mit Einsatz einer Indikatorverduennungsmethode den analogen Ansatz der Nr. 647.

647* **analog**	**Bestimmung des Herzzeitvolumens mittels Thermodilutionsmethode – (analog Nr. 647 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog-Ziffern der PVS**	**200** 11,66	20,98 29,14
648	**Messung(en) des zentralen Venen- oder Arteriendrucks, auch unter Belastung – einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Katheteremeinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle –**	**605** 35,26	81,11 123,42

Ausschluss: Neben Nr. 648 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 260, 435, 626 – 630, 632, 5135 – 5140, 5295

Tipp: Werden sowohl zentraler Venen- als auch zentraler Arteriendruck gemessen, ist die Nr. 648 zweimal berechnungsfähig.

649	**Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung – einschließlich graphischer Registrierung**	**650** 37,89	87,14 132,60

Ausschluss: Neben Nr. 649 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404

Kommentar: Siehe Hinweise VI. Sonographische Leistungen

650*	**Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – gegebenenfalls als Notfall-EKG –**	**152** 8,86	15,95 22,15

Ausschluss: Neben Nr. 650 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 600, 626 – 630, 632, 651 – 653, 655, 656, 659, 661

Beschluss BÄK:

Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ
http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4689.4871.4934 – weitere Beschlüsse:

Polygraphische Vigilanzmessung am Tag
Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer
Stand: 20.02.2004 -veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 8 (20.02.2004), Seite A-526 – A-527 Der Leistungskomplex der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827, einmal pro Untersuchungstag.
- EOG nach Nr. 1237, einmal pro Untersuchungstag.
- EMG nach Nr. 838, einmal pro Untersuchungstag.

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten müssen an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand gemessen werden.

Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken
Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer
Stand: 20.02.2004 -veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 8 (20.02.2004), Seite A-526 – A-527 analog Nr. 427.

Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske
Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer
Stand: 20.02.2004 eröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 8 (20.02.2004), Seite A-526 – A-527

analog Nr. 518 je Sitzung.

Einsatz neuropsychologischer Testverfahren zur schlafmedizinischen Diagnostik
Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BundesärztekammerStand: 20.02.2004 veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 8 (20.02.2004), Seite A-526 – A-527

analog Nr. 856.
Die Anerkennung der Leistung setzt voraus, dass mindestens zwei neuropsychologische Testverfahren, gegebenenfalls einschließlich psychometrischer und projektiver Verfahren, eingesetzt werden.

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Berechnung Nr. 650 GOÄ (EKG) intraoperativ durch den Operateur
Die Berechnung der Nr. 650 (EKG) ist intraoperativ weder vom Chirurgen noch vom Anästhesisten für die reine Monitorüberwachung möglich. Nr. 650 GOÄ setzt eine entsprechende Indikation, Ausdrucke des EKGs und deren Auswertung voraus.

Hinweis LÄK: **2 Anmerkungen der Bayerischen Landesärztekammer vom 04.12.2003**
(Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Carotisdruckversuch**
Der Carotisdruckversuch stellt eine Modifikation der elektrokardiografischen Untersuchung dar, die je nach Ausführung mit den Nrn. 650 bzw. 651 in Rechnung gestellt werden kann. Ein besonderer Aufwand kann dabei über den Gebührenrahmen der genannten Gebührenordnungspositionen geltend gemacht werden.
Eine analoge Bewertung ist nach Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer – wie auch der Bundesärztekammer – nicht gerechtfertigt, da entsprechend § 6 Abs.2 GOÄ analoge Bewertungen nur für Leistungen gebildet werden können, die nicht in der GOÄ enthalten sind.
vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Polysomnographie („Großes Schlaflabor“)** Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Kranenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.

Der Leistungskomplex der Polysomnographie (‚großes Schlaflabor‘) setzt sich aus den nachfolgenden Leistungen zusammen:
- EEG-Aufzeichnung über mindestens 6 Stunden, Zuordnung zu Nr. 827
- EOG-Registrierung über mindestens 6 Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237
- EKG-Registrierung über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 653
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens 6 Stunden, Zuordnung zu Nr. 602
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens 6 Stunden; Zuordnung zu Nr. 605
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 839
- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 714
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 5295
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-/BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer nCPAP-/oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518.

Kommentar: Nach Kommentierung von **Brück** im Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Leistung nach Nr. 650 trotz der in der Leistungslegende festgelegten Indikation „Feststellung einer Rhythmusstörung“ für alle Fälle berechnungsfähig, in denen ein EKG mit weniger als neun Ableitungen erforderlich ist und durchgeführt wird. Die alleinige Betrachtung der EKGs auf einem Monitor ohne graphische Darstellung ist nur im Notfall nach der Nr. 431 (Elektrokardioskopie im Notfall) abrechenbar.
Ist auch eine graphische Darstellung des Monitorbildes möglich, ohne dass neue Elektroden angelegt werden müssen, sokann die höher bewertete Leistung nach Nr. 650 statt der Nr. 431 abgerechnet werden.
Neben Nr. 431 können die Nrn. 650, 651 nicht berechnet werden.
Würde sich allerdings beim Schreiben eines EKGs nach den Nrn. 650 und. 651 eine Situation einstellen, die eine Elektrokardioskopie erforderlich macht, ist eine Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 650 oder 651 neben Nr. 431 mit entsprechender Begründung möglich. Brück formuliert für diesen Fall: „...allerdings erfordert die Nebeneinanderberechnung eine im Zeitablauf jeweils indizierte und eigenständig über unterschiedliche Elektroden erfolgte Untersuchung...“

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
650* analog	**Event-Recorder-EKG – (analog Nr. 650* GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**152** 8,86	15,95 22,15
651*	**Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)**	**253** 14,75	26,54 36,87

Ausschluss: Neben Nr. 651 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 600, 626 – 630, 632, 650, 652, 653, 656, 659, 661

Kommentar: Werden im Rahmen der Leistung nach Nr. 651 zusätzliche Leistungen erbracht, die nicht in der Legende genannt werden wie z.B. Schreiben eines Rhythmusstreifens, EKG nach Injektion eines Medikamentes und/oder Carotis-Sinus-Druckversuch, kann die Leistung nach Nr. 651 nicht mehrmals abgerechnet werden, sondern die Mehrleistung kann nur durch die Wahl eines höheren Multiplikators ausgeglichen werden. Eine Begründung für die Wahl des höheren Multiplikators ist anzugeben.
Brück et al. formulieren in ihrem Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ): Wenn „... – z.B. im Rahmen der Diagnostik zum Ausschluss, zur Bestätigung oder zur Verlaufskontrolle eines Herzinfarktes – mehrfach im zeitlichen Zusammenhang eine jeweils eigenständig indizierte und in sich abgeschlossene elektrographische Untersuchung erforderlich ist, ist eine Mehrfachberechnung der Nr. 651 möglich.
Siehe auch Kommentar zu Nr. 650.

IGeL: Im Rahmen eines General Check-up. Bei sportmedizinischen Untersuchungen. Bei Wunsch des Patienten zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit

652	**Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung**	**445** 25,94	59,66 90,78

Ausschluss: Neben Nr. 652 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 600, 650, 651, 653, 656, 659, 661

Tipp: Im Gegensatz zu Nr. 651 muß die Nr. 652 nicht mit einem reduzierten Gebührenrahmen (1,8/2,5fach) abgerechnet werden. Hier kann bis zum 2,3fachen und nach Begründung bis zum 3,5fachen Satz liquidiert werden.

IGeL: Siehe Hinweis bei Nr. 651*.

652 analog	**Pedographische Druckverteilungsmessung (analog Nr. 652 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK**	**445** 25,94	59,66 90,78

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 07.10.2003 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Berechnung der pedographischen Druckverteilung – analog**
Die Berechnung der pedografischen Druckverteilung kann analog über die Nummer 652 berechnet werden (Beschluss des GOÄ-Ausschusses der Bundesärztekammer vom 30.01.97).
Der Beschluss bezieht sich auf das Verfahren der Abnahme sehr vieler (ca.1000) Messpunkte während des Laufens über Druckmessfolien sowie die rechnerische Aufarbeitung zum einfach codierten Druckbild zur Herstellung eines optimal druckentlastenden Schuhs.
Die Leistung ist insgesamt nur einmal berechnungsfähig, auch bei Untersuchung beider Füße.

653*	**Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege**	**253** 14,75	26,54 36,87

Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 653 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 650, 651, 652

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Kardiorespiratorische Polygraphie („Kleines Schlaflabor")**
Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Der Leistungskomplex der kardiorespiratorischen Polygraphie (‚kleines Schlaflabor') setzt sich aus den nachfolgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens 6 Stunden Dauer, **analog Nr. 653 GOÄ**
- Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens 6 Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens 6 Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 714 GOÄ
- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens 6 Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP- oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427 GOÄ

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche Registrierung bzw. Überwachung über eine mindestens 6-stündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

654*	**Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung**	**150** 8,74	15,74 21,86

Ausschluss: Neben Nr. 654 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

655	**Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung – einschließlich Einführen der Elektrode – zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652**	**152** 8,86	20,38 31,01

Ausschluss: Neben Nr. 655 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 680, 681

Tipp: Im Gegensatz zu Nr. 651 muss die Nr. 655 nicht mit einem reduzierten Gebührenrahmen (1,8/2,5fach) abgerechnet werden. Hier kann bis zum 2,3fachen und nach Begründung bis zum 3,5fachen Satz liquidiert werden.

656	**Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle**	**1820** 106,08	243,99 371,29

Ausschluss: Neben Nr. 656 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Die Nr. 656 ist z.B. zur Kontrolle des Stimulationsortes (neben den Anlegen eines temporären Schrittmachers nach Nr. 631 oder nach Nr. 3095 (Anlegen eines permanenten Schrittmachers) nicht abrechenbar, da diese Leistung Teil der Schrittmacherimplantation ist.

656 **analog**	**Einbringung eines Elektrodenkatheters bei EPU, je Katheter– (analog Nr. 656 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**1820** 106,08	243,99 371,29
657*	**Vektorkardiographische Untersuchung**	**253** 14,75	26,54 36,87

Ausschluss: Neben Nr. 657 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

658 **analog**	**Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG) (analog Nr. 652 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer)**	**445** 25,94	46,69 64,84
659*	**Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung**	**400** 23,31	41,97 58,29

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 659 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Wird ein Langzeit-EKG über einen längeren Zeitraum als 18 Stunden geschrieben, so kann die Abrechnungsnr. 659 trotzdem nur einmal berechnet werden. Den besonderen Schwierigkeiten, dem Aufwand und den Kosten kann aber durch eine Erhöhung des Steigerungssatzes Rechnung getragen werden.

1. Die Leistung nach Nr. 659 bezieht sich ausschließlich auf die Langzeit-EKG-Diagnostik und schließt ein:
   - optimales Anlegen der Elektroden, möglichst unter Sicht des abgeleiteten EKG's
   - technische Vorbereitung und Anschließen des Aufnahmerecorders an den Patienten
   - ausführliche und verständliche Instruktion des Patienten im Sinne der Indikation sowie im praktischen Umgang mit dem Gerät
   - Abnahme des Aufnahmegerätes
   - computergestützte Auswertung
   - Beurteilung des Befundes, patientenbezogen.

2. Die Nr. 659 ist sowohl für kontinuierliche als auch für diskontinuierliche Registrierungen abrechenbar. Die Berechnung der Nr. 659 setzt jedoch voraus, dass mindestens 18 Stunden auswertbare Registrierung vorliegen; d. h. sind von einer genau 24-Stunden-Registrierung durch Elektrodenabfall z.B. in der Nacht 3 Stunden nicht auswertbar, dann sind 19-Stunden-Aufzeichnung und damit die Nr. 659 abrechenbar. Nicht abrechenbar ist diese Leistung immer dann, wenn die 18-Stunden-Grenze einer auswertbaren Aufzeichnung unterschritten wird.

3. Nr. 659 beinhaltet die Kosten für eine evtl. Auswertung in einem Fremdinstitut. Die Vergütung: interne private Verrechnung!

659* analog

Die Nr. 659* ist nach Empfehlung der Bundesärztekammer gemäß § 6 Abs. 2 analog ansetzbar für **400** 41,97 / 23,31 / 58,29

1. Polysomnographische Schlafüberwachung im Rahmen der Schlaf-Apnoe-Diagnostik eine mindestens 8-stündliche kontinuierliche Registrierung relevanter Parameter wie z.B. Atemfrequenz, O2-Partialdruck arteriell, usw.

2. Signalgemittelte Hochfrequenz-Elektrokardiographie zur Darstellung von Spätpotentialen über mindestens 18 Stunden-Dauer. Werden Langzeit-EKG-Registrierung und signalgemittelte Hochfrequenz-Elektrokardiographische Registrierung – z.B. zur Risikoeinschätzung bei abgelaufenen Herzinfarkt – parallel angelegt (2 Geräte) über mindestens 18 Stunden, dann ist Nr. 659 auch 2x abzurechnen. Wird diese Methode zur Erfassung der Spätpotentiale zeitlich begrenzt angewandt (weniger als 18 Stunden), dann ist dafür analog Nr. 652 ansetzbar.

3. Kontinuierliche Blutzuckermessung über min. 18 Stunden, mit Auswertung

Ausschluss: Neben Nr. 659 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435*

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Abrechnung der kontinuierlichen Blutzuckermessung**

Dr. med. Stefan Gorlas in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 27(09.07.2010), S. A1374) http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.8660

Bei der kontinuierlichen Blutzuckermessung handelt es sich um eine spezialdiagnostische Methode bei besonderen Fragestellungen im Rahmen der Diabetesdiagnostik und -therapie, wie beispielsweise die Abklärung häufiger nächtlicher Hypoglykämien oder häufiger postprandialer Blutzuckerexkursionen bei normwertigem HbA1C. Meist finden nicht- beziehungsweise minimalinvasive, tragbare Messsysteme Anwendung, die beispielsweise über eine subkutan implantierte Elektrode den Glukosegehalt in der Interstitialflüssigkeit bestimmen. Die auf diese Weise gewonnenen Informationen werden, ähnlich wie beim 24-Stunden-EKG, anschließend ergänzend zu den eigentlichen Blutzuckermessungen im venösen oder kapillären Plasma beziehungsweise Vollblut genutzt, um die Diabetestherapie zu verbessern. Die kontinuierliche Messung erfolgt meist über einen Zeitraum von 24 bis 72 Stunden, wobei die Messungen in ein- bis mehrminütigen Intervallen erfolgen.

Da die kontinuierliche Blutzuckermessung bislang in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht enthalten ist, hat die Bundesärztekammer hierzu eine Abrechnungsempfehlung durch einen Analogabgriff einer gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung erarbeitet. Gemäß dem Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer vom 27. April 2010, bestätigt durch den Vorstand der Bundesärztekammer, kann die „Kontinuierliche Blutzuckermessung über mindestens 18 Stunden, mit Auswertung" über einen Analogansatz der Nr. 659 GOÄ („Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden [Langzeit-EKG] – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung") berechnet werden. Die vom Patienten bei der kontinuierlichen Blutzuckermessung mit den vorgenannten Messsystemen verbrauchte Einmal(Nadel-)elektrode kann als

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Auslage gemäß § 10 in Rechnung gestellt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Betrag von über 25,56 Euro pro Auslage der Rechnung gemäß § 12 Abs. 2 Nr. 5 GOÄ ein Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen ist.

660*	**Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen – einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung –**	**303** 17,66	31,79 44,15

Ausschluss: Neben Nr. 660 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

Kommentar: Carotispuls- oder Apexpulskurven als selbständige Leistungen sind nach Nr. 638 abzurechnen.

Tipp: Die Leistung nach Nr. 660 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 650 – 659 abrechenbar.

661*	**Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers – gegebenenfalls mit Magnettest –**	**530** 30,89	55,61 77,23

Ausschluss: Neben Nr. 661 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 631, 650, 651, 652, 653

661 **analog**	**Programmierung Herzschrittmacher – (analog Nr. 661 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**530** 30,89	55,61 77,23
665*	**Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung**	**121** 7,05	12,69 17,63

Ausschluss: Neben Nr. 665 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

666*	**Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung**	**227** 13,23	23,82 33,08

Ausschluss: Neben Nr. 666 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

669	**Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)**	**212** 12,36	28,42 43,25

Ausschluss: Neben Nr. 669 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

670 **analog**	**Nasobiläre Sonde i. Zusammenhang mit ERCP – (analog Nr. 670 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**120** 6,99	16,09 24,48
670	**Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 670 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

671	**Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes – auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 671 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

672	**Ausheberung des Duodenalsaftes – auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert –**	**120** 6,99	16,09 24,48

Ausschluss: Neben Nr. 672 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 435

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
674	**Anlage Pneumothorax – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung –**	**370** 21,57	49,60 75,48
675	**Pneumothoraxfüllung – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung –**	**275** 16,03	36,87 56,10
Ausschluss:	Neben Nr. 675 ist die folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 674		
676	**Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen** Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 676 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 402, 403		
677	**Bronchoskopie oder Thorakoskopie**	**600** 34,97	80,44 122,40
Ausschluss:	Neben Nr. 677 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 402, 403		
678	**Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) – gegebenenfalls einschließlich Lavage –**	**900** 52,46	120,65 183,60
Ausschluss:	Neben Nr. 678 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 306, 315, 402, 403		
Tipp:	Bei mehrfachen bronchoskopischen Maßnahmen kann mit Begründung ein höherer Multiplikator angesetzt werden.		
679	**Mediastinoskopie – gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Ausschluss:	Neben Nr. 679 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 306 – 310, 314, 315, 402 – 403		
Beschluss BÄK:	**Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** **Nr. 679 oder 680 GOÄ neben Nr. 402 GOÄ** Neben Nr. 402 GOÄ (Zuschlag zu sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung) kann für die Einführung einer transösophagealen Echokardiographie-Sonde nicht nochmals Nr. 679 (Mediastinoskopie) oder Nr. 680 (Ösophagoskopie) GOÄ analog neben Nr. 402 berechnet werden. Mit Nr. 402 ist nicht nur der erhöhte Schwierigkeitsgrad bei der Beschallung berücksichtigt, sondern auch die Einführung der Sonde.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.!		
680	**Ösophagoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**550** 32,06	73,73 112,20
Ausschluss:	Neben Nr. 680 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 655, 681, 682, 683, 684, 685, 691		
Beschluss BÄK:	Siehe unter Nr. 679		
681	**Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z.B. Fremdkörperentfernung) – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**825** 48,09	110,60 168,30
Ausschluss:	Neben Nr. 681 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 655, 680, 682, 683, 684, 685, 691		
Kommentar:	Die Sklerosierung von Ösophagusvarizen ist nach Nr. 681 berechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

682 **Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –** **850** 49,54 113,95 173,40

Ausschluss: Neben Nr. 682 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 680, 681, 683, 684, 685, 691

Beschluss BÄK: **Bestätigung des Beschlusses des Gebührenausschusses der BÄK zur Analogbewertung bzw. Abrechnung der GOÄ Nr. 5298 durch den Vorstand der BÄK (Wahlperiode 1999/2003) – Videoendoskopie in der Gastroenterologie**
Videoendoskopie-Zuschlag zu den Leistungen Nrn. **682 bis 689 GOÄ** bei der Verwendung eines flexiblen digitalen Viodeoendoskops anstelle eines Glasfaser-Endoskops, ggf. einschl. digitaler Bildweiterverarbeitung (z.B. Vergrößerung) und Aufzeichnung, analog Nr. 5298 GOÄ (*der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des Gebührensatzes für die jeweilige Basisleistung*)
Der Zuschlag analog Nr. 5298 ist ausschließlich dann neben Nrn. 682 bis 689 berechnungsfähig, wenn statt eines flexiblen Glasfiber-Endoskops ein digitales Bilderzeugungs- bzw. Verarbeitungssystem eingesetzt wird, das anstelle der konventionellen Lichtoptik einen Videochip verwendet. Der Aufsatz einer Videokamera auf ein konventionelles Glasfiber-Endoskop zur Bildübertragung auf einen Monitor bzw. Videoaufzeichnung ist dagegen nicht zuschlagsfähig.

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

683 **Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –** **1000** 58,29 134,06 204,01

Ausschluss: Neben Nr. 683 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 680, 681, 682, 684, 685, 691

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

684 **Bulboskopie – gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –** **1200** 69,94 160,87 244,81

Ausschluss: Neben Nr. 684 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 680, 681, 682, 683, 685, 691

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

685 **Duodeno-/Jejunoskopie – gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –** **1350** 78,69 180,98 275,41

Ausschluss: Neben Nr. 685 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 680, 681, 682, 683, 684, 691

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

686 **Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –** **1500** 87,43 201,09 306,01

Ausschluss: Neben Nr. 686 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 370, 402 – 403, 684, 685, 692

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Kommentar: Die Gesamtleistung aus endoskopischer Sondierung, Kontrastmitteleinbringung und Röntgenuntersuchung wird als ERCP bezeichnet (endoskopisch-retrogarde Cholangio-Pankreatikographie) und ist mit Nr. 692 abzurechnen.

Tipp: Neben Nr 686 sind die Nrn. 5170, 695 abrechenbar.

687	**Hohe Koloskopie bis zum Coecum – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion**	**1500** 87,43	201,09 306,01

Ausschluss: Neben Nr. 687 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 688 – 690

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

688	**Partielle Koloskopie – gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**900** 52,46	120,65 183,60

Ausschluss: Neben Nr. 688 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 687, 689, 690

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

689	**Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**700** 40,80	93,84 142,80

Ausschluss: Neben Nr. 689 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 687, 688, 690, 691

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 682

Tipp: Eventuell zusätzlich Leistung nach Nr. 695 abrechnen.

690	**Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**350** 20,40	46,92 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 690 sind die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 687, 688, 689

Tipp: Die Leistung nach Nr. 690 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen nach den Nrn. 696, 698 oder 705.

691	**Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion**	**1400** 81,60	187,69 285,61

Ausschluss: Neben Nr. 691 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 402 – 403, 680 – 686

692	**Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung**	**1900** 110,75	254,72 387,61

Ausschluss: Neben der Nr. 692 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 370, 402 – 403, 672, 680 – 686

692a	**Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang – zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692**	**400** 23,31	53,62 81,60

Tipp: Die pH-Messsonden sind nach § 10 GOÄ als Auslagen berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
693	**Langzeit-pH-metrie des Ösophagus – einschließlich Sondeneinführung**	**300** 17,49	40,22 61,20
Ausschluss:	Neben Nr. 693 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 670 – 672, 680, 681		
Tipp:	Die pH-Messsonden sind nach § 10 GOÄ als Auslagen berechnungsfähig.		
694	**Manometrische Untersuchung des Ösophagus**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 694 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 670 – 672, 680, 681		
695	**Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 –**	**400** 23,31	53,62 81,60
Kommentar:	Die Entfernung mehrerer Polypen kann nur einmal abgerechnet werden Wird allerdings mehrmals eine Schlingenbiopsie durchgeführt, kann die Nr. 695 mehrmals angesetzt werden. **Wezel-Liebold** rät: für den Fall, dass Polypen entfernt und auch Schlingenbiopsien entnommen werden, „...beträgt die Zahl der angesetzten Nrn. 695 = Anzahl der Schlingenbiopsien + 1...“. Nach **Brück** ist die Leistung je Sitzung nur 1x berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.		
696	**Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu Nummer 690 –**	**200** 11,66	26,81 40,80
697	**Saugbiopsie des Dünndarms – gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**400** 23,31	53,62 81,60
698	**Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich**	**200** 11,66	26,81 40,80
699	**Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung**	**120** 6,99	16,09 24,48
700	**Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 700 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 315, 701, 1155, 1156, 1852		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.		
701	**Laparaskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion**	**1050** 61,20	140,76 214,21
Ausschluss:	Neben Nr. 701 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 700		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
703	**Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen**	**500** 29,14	67,03 102,00
A 704	**Analtonometrie (analog Nr. 1791 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**148** 8,63	19,84 30,19
705	**Proktoskopie**	**152** 8,86	20,38 31,01

Ausschluss: Neben Nr. 705 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 766

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Proktoskopie „neben" Verödung von Hämorrhoiden berechnungsfähig?**
Dr. med. Anja Pieritz – in Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 24 (13.06.2008) S. A-1356 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.6483

Im Abschnitt F „Innere Medizin, ..." der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind verschiedene endoskopische Verfahren aufgeführt. So sind Leistungen beschrieben, deren Leistungslegende nur das diagnostische Verfahren nennt (wie Nr. 705 GOÄ „Proktoskopie"), aber auch Leistungen, in denen fakultative Behandlungen eingeschlossen sind (wie Nr. 690 GOÄ „Rektoskopie – ggf. einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion"). Umgekehrt sind Leistungen verzeichnet, die eine Behandlung einschließlich dem endoskopischen Verfahren nennen (wie Nr. 766 GOÄ „Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung"). Diese unterschiedlichen Beschreibungen führen zu Schwierigkeiten bei der Nebeneinanderberechnung einzelner Leistungen.

So wird hinterfragt, ob die Nr. 705 GOÄ „Proktoskopie" (152 Punkte) neben der Nr. 764 GOÄ „Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung" berechnet werden kann. Betrachtet man die Ausstattung der Sklerosierung nach Nr. 764 GOÄ mit 190 Punkten mit der etwas aufwendigeren „Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung" nach Nr. 766 GOÄ (225 Punkte), so liegt die Vermutung nahe, dass bei beiden Leistungen die endoskopische Durchführung mittels Proktoskop enthalten ist. Diese Auffassung vertreten auch die Autoren des GOÄ-Kommentars von Brück. Der GOÄ-Kommentar von Lang, Schäfer und Stiel erwähnt ebenfalls eine Berechnungsfähigkeit der Proktoskopie neben der Nr. 764 GOÄ, wobei hier wohl die diagnostische Proktoskopie etwa im Vorfeld des Eingriffs gemeint ist. Eine unabhängig von der Behandlung der Hämorrhoiden durchgeführte diagnostische Proktoskopie, so die Autoren, sei eigenständig berechnungsfähig. Die diagnostische Proktoskopie wird bei der ersten Untersuchung zur Diagnosestellung und gegebenenfalls als (Verlaufs-)Kontrolle des Behandlungserfolgs und/oder nach Abschluss der Behandlung durchgeführt.

Beispiel: Bei einem Patienten wurde eine diagnostische Proktoskopie vorgenommen und dabei Hämorrhoidalknoten festgestellt. In mehreren Sitzungen wurden die Hämorrhoidalknoten sklerosiert. Der behandelnde Arzt berechnete jeweils die Nr. 705 GOÄ neben der Nr. 764 GOÄ. Die Versicherung erstattete nur die erste (diagnostische) Proktoskopie mit dem Hinweis auf den Kommentar Brück.

Wie bereits erläutert, ist die Berechnung der Proktoskopie nach Nr. 705 GOÄ als endoskopische Hilfsleistung bei der Behandlung von Hämorrhoidalknoten mittels Verödung nach Nr. 764 GOÄ nicht möglich. Die medizinisch notwendige, eigenständig durchgeführte diagnostische Proktoskopie nach Nr. 705 GOÄ ist dagegen ausnahmsweise in derselben Sitzung (d.h. hier in der Regel vor oder nach) der Nr. 764 GOÄ berechnungsfähig. In diesem Fall muss geklärt werden, zu welchem Zeitpunkt eine diagnostische Proktoskopie medizinisch notwendig (und demnach auch berechnungsfähig) gewesen ist.

Kommentar: Wird im Rahmen der Proktoskopie eine Licht- oder Laserkoagulation zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung durchgeführt, so kann die Nr. 706 zusätzlich abgerechnet werden.

Tipp: Neben Nr. 705 ist die Nr. 690 (bei Erstuntersuchung) abrechenbar. Ggf. auch Nr. 11 berechnen.

706	**Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung**	**600** 34,97	80,44 122,40

Kommentar: Je Sitzung nur 1x berechnungsfähig. Je Sitzung mehrere Koagulationen/verschiedene Orte mit höherem Multiplikator abrechnen.

Analog: Nr. 706 kann analog für alle endoskopisch geführten Lasereinsätze berechnet werden.

706 **analog**	**Ballondilatation einer Pankreasgangstenose – (analog Nr. 706 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**600** 34,97	80,44 122,40

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 707	**Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes – (analog Nr. 684 GOÄ (1200 Pkt.) plus Nr. 687 GOÄ (1500 Punkte) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**1200** 69,94	160,87 244,81

Beschluss BÄK:

Der Zentrale Konsultationnsausschuss für Gebührenordnunngsfragen bei der Bundesärztekammer hat am 8. März 2005 folgenden Beschluss zur Abrechnung der Kapselendoskopie nach GOÄ gefasst:
Analog Nr. 684 GOÄ (1200 P.) + 687 GOÄ (1500 P.) = 2700 P.
Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.
Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.
Fachliche Qualifikation zur Erbringung des Kapselendoskopie (A 707)
Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Ein Arzt oder eine Ärztin, der/die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes nachgewiesen wird.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Ausschnitt aus: Empfehlungen des Zentralen Konsultationsausschusses zur Kapselendoskopie**
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt.Ärzteblatt 102, Heft 45 (11.11.2005), Seite A-3135) – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.4272
„Die A707 umfasst die Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials. Der für die Auswertung des Bildmaterials notwendige Zeitaufwand beträgt dabei durchschnittl. zwei Stunden. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, dass, wenn der Zeitaufwand im konkreten Einzelfall deutlich niedriger oder deutlich höher ist, dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors nach unten (unterhalb des Schwellenwertes von 2,3fach) oder oben (oberhalb des Schwellenwertes von 2,3fach) berücksichtigt werden muss ...
... Als Indikation wurde nach evidenzgestützten Kriterien bisher nur die unklare gastrointestinale Blutung anerkannt. Zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, wie beispielsweise Morbus Crohn, lagen Daten aus Kongress-Abstracts vor, jedoch keine Vollpublikationen, sodass diese Indikation nicht aufgenommen wurde. Außerdem ist zwingend, dass vor einer Untersuchung mit der Kapselendoskopie eine konventionelle Magen- und Darmspiegelung durchgeführt werden muss, um die häufigsten Blutungsquellen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt auszuschließen ...
Als fachliche Qualifikation zur Durchführung der Kapselendoskopie wird der Facharzt /die Fachärztin für Innere Medizin mit/und Schwerpunkt Gastroenterologie gefordert. Eine Ausnahme für die geforderte Qualifikation besteht im Sinne der Besitzstandswahrung nur für jene Ärzte, die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt haben. Im Rahmen der Veröffentlichung vom September wurde dazu ausgeführt, dass diese Ärzte weiterhin die Kapselendoskopie durchführen dürfen, sofern sie die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachweisen können. Hierzu bedarf es im Zweifelsfall der Einzelfallprüfung durch die zuständige Landesärztekammer.
Zur Bewertung der A 707 wurden in Analogie die Nummern 684 GOÄ plus 687 GOÄ (insgesamt 2 700 Punkte) herangezogen. Neben diesen sind keine weiteren Gebührenpositionen für die technische Ausstattung ansetzbar. Sowohl die Ausstattung als auch die digitale Dokumentation und eine eventuelle Archivierung sind mit der Gebührenposition A 707 abgegolten und können nicht zusätzlich berechnet werden. Die Auslagen für die Kapsel (Einmalartikel) können nach § 10 GOÄ zusätzlich in Rechnung gestellt werden ...“

714	**Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichtes und der Statomotorik**	**180** 10,49	24,13 36,72

Kommentar: Vojta-Diagnostik beinhaltet

- Lagereaktionen im Säuglingsalter und darüber hinaus zur Verlaufskontrolle bei pathologischer Entwicklung
- Traktionsversuch
- Kopfabhangversuch nach Peiper-Isbert
- Kopfabhangversuch nach Collis
- Horizontalabhangversuch nach Collis
- Landau-Reaktion
- Axillarhängeversuch

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
714 analog	**kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren (s. Leistungskomplex Schlaflabor) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK**	**180** 10,49	24,13 36,72
715	**Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes** Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.	**220** 12,82	29,49 44,88
Ausschluss:	Neben Nr. 715 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 8, 26, 800, 801, 856, 1555		
716	**Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z.B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang**	**69** 4,02	9,25 14,08
Ausschluss:	Neben Nr. 716 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 718, 725, 800, 801, 856, 857		
Kommentar:	Siehe Höchstwert-Bestimmung nach 718. Nach der Nr. 716 können drei Untersuchungen jeweils einzeln abgerechnet werden. Kommt es zu einer vierten Prüfung, so muss statt des mehrmaligen Ansatzes der Nr. 716 die Nr. 718 abgerechnet werden.		
717	**Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z.B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang**	**110** 6,41	14,75 22,44
Ausschluss:	Neben Nr. 717 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 718, 800, 801, 856, 857, 1555		
Kommentar:	Siehe Höchstwert-Bestimmung nach 718. Nach der Nr. 717 können nur zwei Prüfungen einzeln abgerechnet werden. Kommt eine dritte Prüfung hinzu, so muß statt des zweimaligen Ansatzes der Nr. 717 der Höchstwert nach Nr. 718 abgerechnet werden.		
718	**Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung** Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.	**251** 14,63	33,65 51,21
Ausschluss:	Neben Nr. 718 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 716, 717, 800, 801, 856		
Kommentar:	Nach der Nr. 716 können drei Untersuchungen jeweils einzeln abgerechnet werden. Kommt es zu einer vierten Prüfung, so muß statt des mehrmaligen Ansatzes der Nr. 716 die Nr. 718 abgerechnet werden. Nach der Nr. 717 können nur zwei Prüfungen einzeln abgerechnet werden. Kommt eine dritte Prüfung hinzu, so muß statt des zweimaligen Ansatzes der Nr. 717 der Höchstwert nach Nr. 718 abgerechnet werden.		
719	**Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten**	**251** 14,63	33,65 51,21
Ausschluss:	Neben Nr. 719 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 725, 726		
725*	**Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung – gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson –, Dauer mindestens 45 Minuten**	**300** 17,49	31,48 43,72

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 725 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 505 – 510, 514 – 516, 518, 520, 521, 523, 525 – 527, 535, 536, 538, 539, 548, 549, 551 – 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559, 1560

IGeL: Analoger Ansatz für die Heileurythmie.

726* **Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen – einschließlich aller dazugehörender psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmerschlaf – als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten** **300** 17,49 31,48 43,72

Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.
Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.

Ausschluss: Neben Nr. 726 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 719, 849, 1559, 1560

Analog: Die Nr. 726* findet analog Anwendung für Bobath.

IGeL – Dermatologie

Dermatologen, die nicht sicher sind, was in ihrem Fachgebiet angeboten werden kann, sollten z.B. auf das dermatologische Angebot
1. der Poliklinik der Klinik für Dermatologie und Allergologie der Universitätsklinik Marburg (www.med.uni-marburg.de/d-einrichtungen/dermpoli/)
2. einer niedergelassenen Dermatologin (www.dr-gunhild-kratzsch.de/index .htm)

schauen und sich Anregungen holen.

Individuelle Gesundheitsleistungen einer dermatologischen Praxis z.B.:
- Entfernung von Milien
- operative Entfernung von Xanthelasmen im Lidbereich
- Entfernung von reizlosen Fibromen
- Entfernung von Angiomen, erweiterten Blutgefäßen
- Entfernung von harmlosen Alterspigmentflecken oder Alterswarzen
- operative Entfernung gutartiger Hauterscheinungen (z.B. Naevi), die kosmetisch störend sind
- Verödung von Besenreiservarizen
- medizinisch-kosmetische Behandlung (mit oder ohne Fruchtsäure)
- Epilation nicht krankhaft verstärkten Haarwuchses
- vorbeugende UV-Konditionierung vor dem Urlaub oder vorbeugende Lichtbestrahlung bei Sonnenallergie
- Ausschluss von Amalgam-Allergien ohne verdächtige Allergieanamnese
- Berufseignungstests
- Erstellung einer Haarwurzelanalyse ohne Krankheitssymptome
- oberflächliches intensives „Chemical Peeling“ mit Fruchtsäuren
- Hyaluronsäure-Unterspritzung von Gesichtsfalten
- Botulinumtoxin A – Behandlung zur Korrektur mimischer Gesichtsfalten und zur Therapie von übermäßiger axillärer Schweißbildung
- medizinische Fuß- und Nagelbehandlung
- Narbenkorrektur ohne Funktionsbehinderung
- medizinische Beratung vor Urlaubsreisen (Impfberatung, Lichtschutz)
- Eigenblutbehandlung
- Fotodokumentation von Hauterscheinungen
- Anlegen einer Nagelspange bei eingewachsenen Nägeln
- Gesichtsmassage bei Rosacae und Couperose
- Hautscreening
- Akupunktur
- Vitamin-B-Komplex-Spritzen (i.v.)

- Haut- und Phototypbestimmung mit Kosmetikberatung
- „Anti-Aging"-Beratung
- Abdeckanleitung und dekorative Kosmetik für Problemhaut
- photodynamische Therapie von aktinischen Praekanzerosen und oberflächlichen Basaliomen
- wassergefilterte Infrarot A-Therapie von Warzen und Unterschenkelgeschwüren
- Lasertherapie zur Entfernung von gutartigen Neubildungen, erweiterten Blutgefäßen, Besenreiservarizen, Tätowierungen und zur Haarentfernung
- sterile Ohrlöcher

Akne-Behandlung auf Wunsch des Patienten (nicht im Rahmen der GKV-Leistung)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66 €	**10,73**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
520*	Teilmassage	2,62	**4,72**
530*	Kalt- oder Heißpackungen, heiße Rolle je Sitzung	2,04	**3,67**
758*	Stichel, Öffnen, Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	4,37	**10,06**

Allergietestung auf Patientenwunsch

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66 €	**10,73**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
385	Pricktest, je Test (1. – 20. Test)	2,62	**6,03**
386	Pricktest, je Test (21. – 40. Test)	1,75	**4,02**
387	Pricktest, je Test (41. – 80. Test)	1,17	**2,68**
70	Ärztliche Bescheinigung	2,33	**5,36**
3891*	Einzelallergentest (RAST), bis zu 10 Tests, je Allergen	14,57	**16,76****

** = 1,15facher Satz

Ggf. weiterführende Untersuchungen:

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
380	Epikutantest (1. – 30. Test) je Test	1,75	**4,02**
381	Epikutantest (31. – 50. Test) je Test	1,17	**2,68**
382	Epikutantest (51. – 100. Test) je Test	0,87	**2,01**

Hauttypberatung

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach€
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
5	SymptombezogeneUntersuchung	4,66	**10,73**
760*	Alkaliresistenzbestimmung	7,05	**12,69**

Naevus-Screening

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
7	Untersuchung Haut	9,33	**21,45**
750	Auflichtmikroskopie der Haut – nicht neben Nr. 612 analog	6,99	**16,09**
612* analog	Videodokumentation v. Muttermalen – analog – n.n. Nr. 750	44,15	**79,42**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Testung auf Kosmetika

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
5	SymptombezogeneUntersuchung	4,66	**10,73**
380	Epikutantest (1 .–30. Test) je Test	1,75	**4,02**

UV-Bestrahlung

z.B. zur Prophylaxe vor Sonnenexposition

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
7	Untersuchung Haut	9,33	**21,45**
560*	UV- Behandlung, je Sitzung	1,81	**3,25**
561*	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit UV-Licht	1,81	**3,25**
562*	Reizbehandlung mehrerer umschriebenen Hautbezirkes mit UV-Licht in einer Sitzung	2,68	**4,83**

Androgenetischen Alopezie bei Männern

Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern (Glatzenbehandlung) z.B. mit Nicht-GKV-Arzneimitteln (z.B. Propecia)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
7	Untersuchung Haut – Dokumentation von ev. Nebenwirkungen	9,33	**21,45**
8	Ganzkörperstatus – Dokumentation von ev. Nebenwirkungen	15,15	**34,86**
612*	Digitale Analyse – epiluminiszenz unterstützte Trichogramm-Analyse – **analog**	44,12	**79,42**
4860	Trichogramm *Ggf. Kontrolluntersuchungen nach einigen Monaten – bei Trichophotogramm höherer Steigerungssatz + Sachkosten der Photodokumentation nach § 10 berechenbar*	9,33	**16,79****

** = 1,15facher Satz

740 Kryotherapie der Haut, je Sitzung

71 9,52
4,14 14,48

Kommentar: Die Bundesärztekammer führt in ihren Auslegungen der ‚alten' GOÄ zu dieser Leistung aus: „...Für die ‚kryochirurgische Behandlung von Präkanzerosen der Haut' ist aus unserer Sicht die Nr. 740 mit der nur einmaligen Berechenbarkeit ‚je Sitzung' dann anzuwenden, wenn die Therapie durch Applikation von flüssigem Stickstoff erfolgt.
Die Beseitigung einzelner Präkanzerosen der Haut durch Anästhesie und mit den Voraussetzungen der apparativen Kryochirurgie ist dagegen nach Nr. 757 pro Präkanzerose, bei mehreren Sitzungen allerdings auch nur einmal pro Präkanzerose berechenbar..."

Tipp: Kosten für Flüssiggas gemäß § 10 GOÄ berechenbar.

741 Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung

76 10,19
4,43 15,50

IGeL: Kosmetische Epilation, siehe auch Nrn. 742, 1323.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
742	**Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z.B. Hirsutismus), je Sitzung**	**165** 9,62	22,12 33,66

Kommentar: Die Leistung der Nr. 742 ist nur erfüllt bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs und Durchführung der Epilation mittels Elektrokoagulation,

- Epilation außerhalb des Gesichtes (z.B. an Beinen, Armen einer Frau) analog nach Nr. 742
- Epilation elektrolytisch von Wimpern Nr. 1323
- Epilation mechanisch, nicht berechnungsfähig

742 analog	**Epilation von Haaren – (analog Nr. 742 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**165** 9,62	22,12 33,66
743	**Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung**	**75** 4,37	10,05 15,30

Kommentar: Bei Leistungen an Haut **und** Nägeln kann die Leistung nach Nr. 743 insgesamt 2x berechnet werden.

IGeL: Analog abrechenbar für oberflächliches chemisches Peeling aus rein kosmetischen Gründen.

744	**Stanzen der Haut, je Sitzung**	**80** 4,66	10,72 16,32
745	**Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel**	**46** 2,68	6,17 9,38

Ausschluss: Neben Nr. 745 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 200

Analog: Nr. 745 für die Warzenentfernung durch Kauterisation oder durch chemische Verfahren analog ansetzen

Tipp: Operative Warzenentfernung nach Nr. 2403 berechnen.

745 analog	**chemisch oder kaustische Warzenentfernung – (analog Nr. 745 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**46** 2,68	6,17 9,38
746	**Elektrolyse oder Kauterisation, als selbstständige Leistung**	**46** 2,68	6,17 9,38

Kommentar: Der Begriff „als selbstständige Leistung“ in der Legende weist darauf hin, dass diese Leistung nur abrechnungsfähig ist, wenn sie als primäre selbstständige Leistung, z.B. zur Entfernung von Fibromen, Naevi oder Warzen angewendet wird.
Werden allerdings im Rahmen von anderen Eingriffen die in der Legende beschriebenen Leistungen erbracht, so können sie, da sie dann eine unselbstständige Teilleistung sind, nicht abgerechnet werden.

Auf einen Blick: **Spezielle Kauterisationen**

Kauterisation an Portio u./o. Zerix	Nr. 1083
Kauterisation der Tränenwege	Nr. 1293
Kauterisation im Naseninneren	Nr. 1429
Kauterisation Kehlkopf	Nr. 1527
Kauterisation Gehörgang oder Paukenhöhle	Nr. 1580

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
747	**Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung**	**44** 2,56	5,90 8,98
Ausschluss:	Neben Nr. 747 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 551		
748	**Hautdrainage**	**76** 4,43	10,19 15,50
Kommentar:	Mit der Legende sind Drainagen von Ödemen im Subkutan-Gewebe, nicht aber die nach OP angelegten Wund-(Redon-)Drainagen gemeint.		
750	**Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung**	**120** 6,99	16,09 24,48
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	**► Liquidation des Hautkrebs-Screenings – und Digitale Diagnostik: Neue Leistungen auf dem Weg zur Analogbewertung – siehe bei Nr. 612* analog**		
Kommentar:	Gemäß Beschluss der Bundesärztekammer (BÄK) ist die Videodokumentation von Muttermalen je Sitzung nach Nr. 612 A zu berechnen. Die Abrechnung der Nrn. 750 und 612 A ist nebeneinander allerdings nicht möglilch.		
IGeL:	Betrachtung von Hautveränderungen jeglicher Art.		
752	**Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung – einschließlich Stimulation der Schweißsekretion –**	**150** 8,74	20,11 30,60
Kommentar:	Diese Leistung wird zur Diagnostik der Muskoviszidose angewandt.		
755	**Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbigen Restzuständen nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung**	**240** 13,99	32,17 48,96
Kommentar:	Unter ‚ähnliche Indikationen' fällt auch die Entfernung von sog. Schmucktätowierungen bei medizinisch-psychologischer Indikationsstellung. Nur bei medizinisch-psychologischer Indikationsstellung sind diese Leistungen den Kassen gegenüber berechenbar. Nr. 755 analog für timomechanische Schleifbehandlung.		
755 analog	**chemisches Peeling – (analog Nr. 755 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**240** 13,99	32,17 48,96
756	**Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzungen**	**121** 7,05	16,22 24,68
Ausschluss:	Neben Nr. 756 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 745		
Kommentar:	Der Leistungsumfang der Nr. 756 umfasst Somit ist Nr. 745 neben Nr. 756 nicht zusätzlich abrechenbar. Nr. 756 ist erst abrechnungsfähig nach Beendigung der Behandlung. Bei Auftreten eines Rezidivs ist Nr. 756 wieder ansetzbar. Nach dem Kommentar von **Hach** wird auch die Kryotherapie spitzer Kondylome bisher einvernehmlich mit Nr. 756 abgerechnet. • Ätzung der spitzen Kondylome • Entfernung, mechanisch		
757	**Chemochirurgische Behandlung maligner Hauttumoren oder einer Präkanzerose**	**150** 8,74	20,11 30,60
Kommentar:	Die **Bundesärztekammer** führt in ihren Auslegungen der ‚alten' GOÄ zu dieser Leistung aus:		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

„...Für die ‚kryochirurgische Behandlung von Präkanzerosen der Haut' ist aus unserer Sicht die Nr. 740 mit der nur einmaligen Berechenbarkeit ‚je Sitzung' dann anzuwenden, wenn die Therapie durch Applikation von flüssigem Stickstoff erfolgt.
Die Beseitigung einzelner Präkanzerosen der Haut durch Anästhesie und mit den Voraussetzungen der apparativen Kryochirurgie ist dagegen nach Nr. 757 pro Präkanzerose, bei mehreren Sitzungen allerdings auch nur einmal pro Präkanzerose berechenbar..."
Die Mehrfachberechnung der Nr. 757 kann unzweifelhaft gegeben sein, wenn histologisch unterschiedliche Präkanzerosen behandelt werden.
Der Passus ‚einer Präkanzerose' kann auch nicht dahingehend ausgelegt werden, dass bei Auftreten einer histologisch gleichen Präkanzerose an mehreren Lokalisationen die Nr. 757 mehrfach abgerechnet werden kann.
Die Behandlung an mehreren Orten oder bei besonderer Ausdehnung wäre mit einem erhöhten Steigerungsfaktor zu berücksichtigen.

758 **Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung** **75** 10,05
4,37 15,30

Ausschluss: Neben Nr. 758 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 200

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 758 ist je Sitzung immer nur 1x berechenbar.
Die Leistungslegende zeigt 2 Methoden auf, die zum gleichen Ziel führen. Eine Kombination beider Methoden berechtigt nicht zur zweimaligen Berechnung.
Eine mechanische Behandlung der Akne durch Einreiben mit Cremes oder Sandpasten, Massieren und Abrubbeln der Pusteln ist keine berechnungsfähige Leistung.

Tipp: Zur Behandlung der Akne stehen an Leistungen zur Verfügung: Nrn. 741, 758, 523, 567, 209 und ggf. Nrn. 743 und 530. Mehrere dieser Leistungen sind auch nebeneinander abrechenbar.

759* **Bestimmung der Alkalineutralisationszeit** **76** 7,97
4,43 11,07

760* **Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)** **121** 12,69
7,05 17,63

Kommentar: Weitere Funktionstests:
- Bestimmung des Elektrolytgehalts
- Schweißtest im Rahmen der Mukoviszidose-Diagnostik Nr. 752
- Vegetative Funktionsdiagnostik Ninhydrin-Schweißtest Nr. 831

IGeL: Analog nach Nr. 760 z.B. Nirazingelb-Test, Nikotinsäure-Benzylester-Test oder Milchsäure-Stinging-Test abrechnen.

761* **UV-Erythemschwellenwertbestimmung – einschließlich Nachschau –** **76** 7,97
4,43 11,07

762 **Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch** **130** 17,43
7,58 26,52

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 762 ist eine manuelle Behandlung von Ödemen an einer Extremität. Werden mehrere Extremitäten behandelt, ist Nr. 762 entsprechend mehrfach abrechenbar.
Eine intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität ist mit Nr. 525, an mehreren Extremitäten mit Nr. 526 abzurechnen.
Eine Kompression zur Herstellung einer Blutleere an einer Extremität während OP an dieser Extremität ist Bestandteil der entsprechenden OP-Leistung.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
763	**Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen – gegebenenfalls einschließlich Naht –**	**148** 8,63	19,84 30,19

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe auch bei GOÄ Nr. 764.

Tipp: Ggf. eine notwendige Lokalanästhesie nach Nrn. 490, 491 abrechnen.

764	**Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung**	**190** 11,07	25,47 38,76

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Hämorrhoidalchirurgie in der gültigen GOÄ** – Dr. med. Dipl.-Ök. Ursula Hofer (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 12 (26. März 2010), S. A-572)

Nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kann die operative Behandlung von Hämorrhoiden auf acht zurzeit klassifizierte Arten erfolgen: 1. durch Ligatur, 2. durch Sklerosierung, 3. durch Exzision, 4. durch Destruktion, 5. mittels Stapler, 6. durch Exzision mit plastischer Rekonstruktion, 7. durch Ligatur einer Arteria haemorrhoidalis ohne sonstige Maßnahmen oder 8. durch Ligatur einer Arteria haemorrhoidalis mit rektoanaler Rekonstruktion.

Die aus dem Jahr 1988 stammende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bietet keine zeitgemäßen Leistungsbeschreibungen, an denen man sich bei der Durchführung dieser Eingriffe orientieren könnte. Auch für die Analogberechnung nach § 6 Absatz 2 GOÄ, nach der selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können, fehlen offizielle Empfehlungen.

Während Hämorrhoiden ersten Grades durch Sklerosierung nach Blond oder Blanchard (Nr. 764 GOÄ) behandelt werden, empfiehlt sich für solche zweiten Grades die Ligatur nach Barron (Nr. 766 GOÄ). Beide Verfahren können nebeneinander berechnet werden. Müssen zusätzlich hypertrophe zirkumanale Hautfalten (Marisken) abgetragen werden, so wird die Nr. 765 GOÄ zusätzlich angesetzt. Obwohl die unter Nr. 763 GOÄ vermerkte „Spaltung von Hämorrhoidalknoten mit Thrombusexpressionen“ eigentlich die Manipulation thrombosierter perianaler Gefäße bezeichnet, kann diese Ziffer im Bedarfsfall mit berechnet werden.

Für das operative Vorgehen bei prolabierenden Hämorrhoiden mit und ohne Analprolaps stehen konkurrierende Möglichkeiten zur Verfügung. Segmentale Resektionen nach Milligan-Morgan oder Ferguson (Nr. 3241 GOÄ) stellen heute die Standardverfahren dar. Die noch in Kommentaren erwähnte Operation nach Langenbeck ist schon lange obsolet. Die Nr. 3240 GOÄ kann jedoch für Exzisionen von Hämorrhoidalknoten – auch wiederholt – berechnet oder mit Eingriffen bei Hämorrhoiden ersten und zweiten Grades kombiniert werden.

Eine plastische Rekonstruktion des Analkanals kann nach Fansler-Arnold oder Parks (Nr. 3241 GOÄ) erfolgen. Anfang der 90er Jahre ist die Analprolaps-Operation nach Longo mit dem Zirkularstapler als Option hinzugekommen, die Koblandin technisch modifiziert und zu ihrer heutigen Form weiterentwickelt hat. Ihre Berechnung erfolgt nach Nr. 3241 GOÄ, und die relativ hohen Sachkosten für den Stapler können bei ambulanter Operation nach § 10 Absatz 1 Satz 1 als „Materialien, die der Patient zur weiteren Behandlung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind“ in Rechnung gestellt werden.

Kommentar: Bei der Verödung von Hämorrhoidalknoten sind die erforderliche rektale digitale Austastung nach Nr. 11 vor dem Eingriff und die ggf. erforderliche Proktoskopie nach Nr. 705 zusätzlich berechnungsfähig.

Tipp:

- Mehrfach ist die Nr. 764 nur dann berechnungsfähig, wenn in einer Sitzung sowohl Krampfadern als auch Hämorrhoiden verödet werden.
- Wenn weiter Leistungen erforderlich sind, können diese GOÄ Nrn. **zusätzlich abgerechnet** werden z.B.:

Lokalanästhesie	**Nrn. 490, 491**
Digitale Untersuchung	**Nr. 11**
Rektoskopie	**Nr. 690**
Proktoskopie	**Nr. 705**
Ligaturbehandlung	**Nr. 766**
Spaltung von Hämorrhoidalknoten	**Nr. 763**
Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	**Nr. 698**
Infrarotkoagulation im Enddarmbereich	**Nr. 699**
OP der Hämorrhoidalknoten	**Nr. 3240**
Peranale Operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst	**Nr. 3226**
Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten	**Nr. 3241**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Wird ein Komprssionsverband angelegt, kann dieser nach Nr. 204 zusätzlich abgerechet werden.

IGeL: Entfernung von Besenreiser-Varizen

765 **Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)** **280** 16,32 37,54 57,12

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe unter GOÄ Nr. 764.

Kommentar: Wenn weitere Leistungen erforderlich sind, können diese abgerechnet werden z.B.
- Exzision perianale Thrombose (operative Entfernung) Nr. 765
- Inzision (Spaltung) perianale Thrombose Nr. 763
- OP von Hämorrhoidalknoten Nr. 3240
- Hohe intraanale Exzision nach Milligan-Morgan von Hämorrhoidalknoten Nr. 3241

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

766 **Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Proktoskopie, je Sitzung** **225** 13,11 30,16 45,90

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe unter GOÄ Nr. 764.

Kommentar: Neben Nr. 766 ist eine Proktoskopie nach Nr. 705 nicht abrechnungsfähig, da in der Leistungslegende von „einschließlich Proktoskopie“ gesprochen wird.

Tipp: Eine Digital-Untersuchung nach Nr. 411 als auch eine Rektoskopie nach Nr. 690 sind, wenn diagnostisch indiziert, neben Nr. 766 zusätzlich abrechenbar.
Werden in einer Sitzung Hämorrhoiden teils ligiert, teils verödet so sind beide Leistungen nebeneinander berechnungsfähig.

768 **Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung** **50** 2,91 6,70 10,20

770 **Ausräumung des Mastdarms mit der Hand** **140** 8,16 18,77 28,56

Ausschluss: Neben Nr. 770 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 11

780 **Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus** **242** 14,11 32,44 49,37

Ausschluss: Neben Nr. 780 sind die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 680, 681, 691, 781

780 analog **Dilatation Anastomosenstenose i. Verbindung mit Endoskopie – (analog Nr. 780 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS** **242** 14,11 32,44 49,37

781 **Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung** **76** 4,43 10,19 15,50

Ausschluss: Neben Nr. 781 sind die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 680, 681, 691, 780

784 **Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen –** **275** 16,03 36,87 56,10

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Schmerztherapieleistungen neben Anästhesieleistungen, PCA-Pumpe**
Dr. med. Beate Heck in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 9 (27.02.2009), S. A-428 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4257.7022
Den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitel D – Anästhesieleistungen – der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zu entnehmen, dass bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren ne-

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

beneinander nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnet werden kann. Mit Blick auf die Auslegung des Wortes „nebeneinander“ im Zusammenhang mit Anästhesie und Schmerztherapieleistungen wäre zum Beispiel bei einer unvorhergesehen länger andauernden Operation eine Intubationsnarkose bei nachlassender Wirkung einer Regionalanästhesie berechnungsfähig. Beide Anästhesieleistungen beziehen sich nicht auf denselben Zeitraum, sodass eine Nebeneinanderberechnung möglich ist. Zur besseren Nachvollziehbarkeit sollten in der Liquidation die Zeiten der eingesetzten Verfahren angegeben werden. Ein anderes Beispiel ist die Anlage eines Periduralkatheters zur postoperativen Schmerztherapie vor einer Intubationsnarkose. Auch wenn der Katheter bereits vor der Operation gelegt wird, ist die Anlage auch neben der Intubationsnarkose berechenbar, wenn die Indikation zur Anlage dieses Katheters in der postoperativen Schmerztherapie zu sehen ist.

Wird der Patient für die postoperative Schmerztherapie mit einer patientenkontrollierten Infusionspumpe (PCA-Pumpe) versorgt, kann die Anlage mit der Nr. 784 GOÄ – Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen – abgegolten werden. Die Nr. 784 GOÄ bildet auch die Programmierung der PCA-Pumpe mit ab.

Die Berechnung der Wiederauffüllung, Überwachung und Umprogrammierung der PCA-Pumpe während einer Intensivtherapie ist nicht möglich, weil eine erforderliche „Basis-Analgosedierung“ einer intensivmedizinischen Behandlung mit dem Ansatz der Nr. 435 GOÄ abgegolten ist. Für die auf der Normalstation notwendige Überwachung („Schmerzvisite“) der PCA-Pumpe kann die Nr. 45 in Ansatz gebracht werden. Wird eine Wiederauffüllung und Umprogrammierung der PCA-Pumpe durchgeführt, kann hierfür zusätzlich die Nr. 261 GOÄ – Einbringen von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter – berechnet werden. Da die Wiederauffüllung und gegebenenfalls Umprogrammierung der Pumpe eine im Vergleich zur Injektion in einen parenteralen Katheter aufwendigere Leistung darstellt, ist die Wahl eines erhöhten Steigerungsfaktors bei Nr. 261 GOÄ gerechtfertigt.

Wird für die postoperative Schmerztherapie die PCA-Pumpe zur epiduralen Medikamentenapplikation verwendet, kann für die Erstanlage ebenfalls die Nr. 784 GOÄ berechnet werden. Für die Überwachung einer kontinuierlichen epiduralen Anästhesie ist für den zweiten und jeden weiteren Tag die Nr. 475 GOÄ – Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag – berechenbar, auch neben Nr. 435 GOÄ.

Kommentar:
- Implantation eines subkutanen Medikamentenreservoirs Nr. 2421
- Auffüllen eines subkutanen Medikamentenreservoirs Nr. A 259
- subkutane Infusion Nr. 280
- Einbringen von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter Nr. 257

Eine externe Medikamentenpumpe ist indiziert bei Insulin-Behandlung, Hormonsubstitutionen oder Opiatanalgesie-Therapie.

785	**Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Sitzung**	**330** 19,23	44,24 67,32

Kommentar: Die Spülflüssigkeit kann per Rezept zu Lasten des Patienten verordnet werden.

786	**Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Sitzung**	**55** 3,21	7,37 11,22

790	**Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen (auch als Hämofiltration), je Dialyse**	**500** 29,14	67,03 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 790 sind die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 791 – 793, Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach E, F, G und/oder H), 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761, 4381

Kommentar: Sonographische Untersuchungen des Dialyseshunts während der Dialyse nach den GOÄ Nrn. 790 bis 792 sind nicht abrechenbar – siehe offizielle Anmerkung zur Nr. 793.

790 **analog**	**stat. Vorbereitung CAPD – (analog Nr. 790 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**500** 29,14	67,03 102,00

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
791	**Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hämofiltration, je Dialyse**	**320** 18,65	42,90 65,28

Ausschluss: Neben Nr. 791 sind die folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 790, 792, 793, Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach E, F, G und/oder H), 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761, 4381.

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im DA, Heft 40 vom 8.10.1999; redaktionelle Korrektur Heft 3 vom 16.01.2004 – (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www. blaek.de/)

Anwendung des Cell-Savers

Die Eigenständigkeit der ärztlichen Leistung bei der Anwendung des Cell-Savers wird übereinstimmend gesehen. Nr. 289 der alten GOÄ (Blutautotransfusion) fehlt in der neuen GOÄ.

Als angemessen wird die analoge Berechnung mit Nr. 791 GOÄ (Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Heimdialyse) angesehen. Diese ist nur einmal je Sitzung, unabhängig von der Menge des zurückgewonnenen und retransfundierten Blutes, berechenbar.

Bei (seltenen) postoperativen Anwendungen ist die Berechnung einmal – unabhängig von der Dauer der postoperativen Anwendung – möglich.

Analog: Nr. 781 analog für die Anwendung des Cell-Savers (Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses der BÄK)

791 analog	**Cell-Saver – (analog Nr. 791 GOÄ) – Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsauschusses bei der BÄK**	**320** 18,65	42,90 65,28

792	**Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämofiltration auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese, je Dialyse bzw. Sitzung**	**440** 25,65	58,99 89,76

Ausschluss: Neben Nr. 792 sind die folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 790, 791, 793, Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach E, F, G und/oder H), 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761, 4381

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**

Nr. 792 analog für die Anwendung des Cell-Savers

Die Eigenständigkeit der ärztlichen Leistung bei der Anwendung des Cell-Savers wird übereinstimmend gesehen.

Nr. 289 der alten GOÄ (Blutautotransfusion) fehlt in der neuen GOÄ.

Als angemessen wird die analoge Berechnung mit Nr. 791 GOÄ (Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Heimdialyse) angesehen.

Diese ist nur einmal je Sitzung, unabhängig von der Menge des zurückgewonnenen und retransfundierten Blutes, berechenbar.

Bei (seltenen) postoperativen Anwendungen ist die Berechnung einmal – unabhängig von der Dauer der postoperativen Anwendung – möglich.

Kommentar: Neben Nr. 793 sind folgende Leistungen nicht berechnungsfähig, wenn sie im Zusammenhang mit der Dialyse erbracht werden:

Leistung nach den Abschnitten

- B (Grundleistungen und Allgemeine Leistungen) – Wichtige Ausnahme ist die Leistung nach Nr. 50 mit einem Zuschlag nach E, F, G und/oder H
- C (Nicht gebietsbezogene Sonderleistungen)

und folgende Laborleistungen:

3550* Blutbild und Blutbildbestandteile
3555* Calcium
3558* Natrium
3562.H1* Cholesterin
3565.H1* Triglyzeride

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

3574.H1* Proteinelektrophorese im Serum
3580.H1* Anorganisches Phosphat
3584.H1* Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)
3585.H1* Kreatinin
3587.H1* Alkalische Phosphatase
3592.H1* Gamma-GT
3594.H1* GOT
3595.H1* GPT
3620* Eisen im Serum oder Plasma
3680* Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch
3761* Proteinelektrophorese im Urin
4381* HBs-Antigen

792 analog **postoperat. Kontrolle von Herzunterstützungssystemen – (analog Nr. 792 GOÄ) – Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsauschusses bei der BÄK** **440** 58,99 25,65 89,76

793 **Ärztliche Betreuung eines Patienten bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag** **115** 15,42 6,70 23,46

Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten.
Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.
Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.

Kommentar: Die Leistung kann je Tag berechnet werden und ist nicht abhängig von einem festgelegten, besonderen Betreuungsaufwand. In der Leistungslegende sind regelmäßige Besuche aufgeführt und Bestandteil der Leistung und damit gilt , dass „normale“ Besuche nach Nr. 50 nicht zusätzlich abrechenbar, ausgenommen sind aber dringende Besuche und Besuche am Wochenende und an Feiertagen, sowie zur Nacht.
Siehe auch Kommentar zu Nr. 792

A 795 **Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung (analog Nr. 648 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **605** 81,11 35,26 123,42

A 796 **Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschl. Dokumentation (analog Nr. 650)** **152** 20,38 8,86 31,01

G Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

IGeL – Neurologie

Individuelle Gesundheitsleistungen für Nervenärzte

Vorsorge-Untersuchungen
- Fachbezogene Gesundheitsuntersuchung auf Wunsch des Patienten („Facharzt-Check")
- Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten
- Braincheck zur Früherkennung bei Demenzen

Psychotherapeutische Angebote
- Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation
- Stressbewältigung
- Selbstbehauptungstraining
- Entspannungsverfahren

Präventionsleistung
- Biofeedback-Behandlung
- Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapieverfahren
- Verhaltenstherapie bei Flugangst

Alternative Heilverfahren
- Akupunktur (z.B. zur Schmerzbehandlung)

Ärztliche Serviceleistungen
- Ärztliche Untersuchungen und Bescheinigungen außerhalb der kassenärztlichen Pflichten auf Wunsch des Patienten (z.B. Bescheinigung für den Besuch von Kindergarten, Schule oder Sportverein oder bei Reiserücktritt)
- Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z.B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)
- Gruppenbehandlung bei Adipositas
- Raucherentwöhnung
- Durchführung psychometrischer Tests

Sonstige Wunschleistungen
- Medizinisch nicht indizierte Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung

Neuartige Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Bright-light-Therapie der saisonalen Depression
- Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen

Zahlreiche Neurologen besitzen den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder den Titel. Nervenarzt und sind aus diesem Grunde auch im Fachgebiet der Psychiatrie tätig. Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße bei fehlenden anamnestischen oder klinischen Auffälligkeiten – diese Untersuchung gehört zum Fachgebiet der Neurologie und in wenigen Fällen auch zum Leistungsangebot von Internisten.
Im Bereich der GKV sind Doppler-Sonographie und Duplex-Sonographie in Fällen, in denen weder anamnestische noch klinische Symptome oder Beschwerden auf eine Dauerstenose hinweisen, nicht Bestandteil des Leistungsumfanges. Die auf Wunsch des Patienten als individuelle Gesundheitsleistung durchgeführte **doppler-sonographische Untersuchung der hirnversorgenden Gefäße** bei Patienten,
- bei denen sich Schlaganfälle in der Familienanamnese befinden,
- die schlaganfallähnliche Symptome in der Anamnese aufweisen,
- bei denen eine Karotisstenose sonographisch festgestellt wurde,

hat im Rahmen der präventiven Medizin nur Vorteile.
Kontrolluntersuchungen auch in kürzeren Zeiträumen verbessern die Motivation zur Abstellung von Risikofaktoren – z.B. Alkohol, Bewegungsmangel, Ernährungsfehler und Rauchen – und verbessern auch die Compliance bei Hyperlipidämie und Hypertonie. Eine frühzeitige Feststellung

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_9,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

von Karotisstenosen, die über 60% des Gefäßquerschnittes betreffen, können durch frühzeitige operative Maßnahmen zur Verhinderung von Schlaganfällen führen.

- Demenzielle Erkrankungen – Funktionelle Magnet-Resonanz-Tomographie zur Früherkennung (z.B. Morbus Alzheimer)
- Hirnleistungsstörungen – Hirnleistungs-Check mit Anwendung standardisierter Fragebogen („Brain-Check“)

Doppler-sonographische Untersuchungen der hirnversorgenden Gefäßen

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
800	Neurologische Untersuchung	11,37	**26,14**
645*	Doppler-Sonographie	37,89	**68,20**
649	Transkranielle Doppler-Sonographie	37,89	**68,20**

Brain-Check

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	10,72
7	Untersuchung eines Organsystems	9,33	21,46
800	Neurologische Untersuchung	11,37	26,15
801	Psychiatrische Untersuchung	**14,57**	**33,51**
857	Orientierende Testuntersuchung	**6,76**	**15,55**

IGeL – Psychiatrie

Zahlreiche Psychiater besitzen den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder den Titel Nervenarzt und sind aus diesem Grunde auch im Fachgebiet der Neurologie tätig. Als typische „IGel-Leistungen“ der Psychiatrie werden im Internet auf den Arztpages am häufigsten angegeben:

1. Kurse für Eltern und Angehörige von **Aufmerksamkeits-Defizit/hyperkinetischen Kindern**
2. **Beratung in Betreuungsfragen** (§ 1896 BGB)
3. Beratung in **Ehe- und Erziehungsfragen**
4. **Entspannungsverfahren** (Autogenes Training, Biofeedback)
5. **Gedächtnis-Sprechstunde** (klein. Untersuchung, apparat. Diagnostik, Test-Diagnostik)
6. Gesprächskreis für **Angehörige Altersdementer**
7. Gesprächskreis für **Angehörige psychisch Kranker**
8. **Gutachten** (Rentenverfahren, Versicherungen, Gerichte, Führerschein)
9. **Intelligenz- und Leistungstests** für Schule und Beruf (mit Beratung)
10. Konfliktberatung
11. **Krisenintervention bei Paar- und Familienkonflikten**
12. **Mediation und Coaching bei Mobbing** (Konflikte an Arbeitsplatz, Schule, Ausbildungsstätte)
13. Analytische **Psychotherapie** zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation, Selbstbehauptung, Stressbewältigung
14. **Psychotherapeutische Angebote** (diese Angebote machen auch Allg. Mediziner, Internisten, Gynäkologen, Neurologen, Nervenärzten, ärztl. Psychotherapeuten) z.B. Selbstbehauptungstraining, Entspannungsverfahren als Präventionsleistung, Biofeedback-Behandlung, Kunst- u. Körpertherapien – auch als ergänz. Therapieverfahren
15. **Selbstbehauptungstraining und Stressbewältigung** (Beratung, Übungen)
16. **Sozial- und Rentenberatung**
17. **Supervision** für soziale Dienste/Betriebe

Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie – Vorschläge nach der MEGO 2011 von Krimmel und Kleinken:

- ...“Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z. B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)
- Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen
- Aktigraphie
- Posturographie (Analyse des Standverhaltens), ggf. mit Gleichgewichtstraining
- Muskelfunktionsdiagnostik: Elektromyographische Untersuchung der Relaxations- und Kontraktionsfähigkeit der Muskulatur (z. B. zur Vorbereitung einer Myofeedback-Behandlung)
- Hypnose außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z. B. vor Zahn-Behandlung oder vor Narkosen auf Wunsch des Patienten
- Biofeedback-Behandlung, z. B. als Atemfeedback zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen oder als Myofeedback zur Therapie der Harninkontinenz
- Psychotherapie mit Richtlinien-Verfahren außerhalb der Leistungspflicht der GKV, z. B. durchgehend hochfrequente Psychotherapie oder über das Höchstmaß an Sitzungen hinaus
- Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapie-Verfahren
- Verhaltenstherapie bei Flugangst
- Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische Indikation
- Selbstbehauptungstraining
- Stressbewältigungstraining
- Brain-Check: Hirnleistungs-Test mit Anwendung standardisierter Fragebogen zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen
- Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten
- Transkranielle Magnetstimulation zur Behandlung von Depressionen
- Bright-light-Therapie der saisonalen Depression
- Entspannungsverfahren als Präventionsleistung...“

Therapieverfahren zur Entspannung

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
846	Übende Verfahren, Einzelbehandlung (z.B. autogenes Training), mind. 20 Min.	8,74	**20,11**
847	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung, mind. 20 Min., höchstens 12 Teilnehmer, je Teilnehmer	2,62	**6,03**
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, mind. 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Minuten	43,72	**100,55**
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung, mind. 50 Min., höchstens 8 Teilnehmer, je Teilnehmer	8,74	**20,11**

Familienpsychotherapie – Gesprächstherapie – Selbstbehauptungstraining

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
846	Übende Verfahren, Einzelbehandlung (z.B. autogenes Training), mind. 20 Min.	8,74	**20,11**
847	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung, mind. 20 Min., höchstens 12 Teilnehmer, je Teilnehmer	2,62	**6,03**
849	Psychotherapeutische Behandlung, mind. 20 Min.	13,41	**30,83**
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, mind. 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mind. 25 Minuten	43,72	**100,55**
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung, mind. 50 Min., höchstens 8 Teilnehmer, je Teilnehmer	8,74	**20,11**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kunst- oder Körpertherapien auf Patientenwunsch

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
861	Kunst- oder Körpertherapien, Einzelbehandlung **– analoger Ansatz**	40,22	**92,50**
862	Kunst- oder Körpertherapien, Gruppenbehandlung **– analoger Ansatz**	20,11	**46,25**

800 Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes – **195** 26,14 11,37 39,78

Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830, 835 und 1400 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 800 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 8, 26, 825, 826, 830, 835, 1400.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Eingehende neurologische Untersuchung (Auszug)**

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 42 (19.10.2007), Seite A-2904 oder im GOÄ Ratgeber – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144

Die Gebühr für die eingehende neurologische Untersuchung ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Abschnitt G „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie" aufgeführt. Strittig ist neben dem Leistungsinhalt auch, wer diese Leistung berechnen darf.

Die Leistungslegende der Nr. 800 GOÄ „Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes" führt die Einzelleistungen nicht im Detail auf. Deutlich wird jedoch aus der Formulierung „eingehende", dass eine symptombezogene neurologische Untersuchung nicht nach der Nr. 800 GOÄ berechnet werden kann. Hierfür kann die originäre Nr. 5 „Symptombezogene (neurologische) Untersuchung" angesetzt werden, sofern die erbrachte Leistung nicht spezifischeren Positionen (Nr. 825, 826 oder 830 GOÄ) zugeordnet werden kann.

Unter einer vollständigen neurologischen Untersuchung ist unter anderem die Untersuchung der Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination und des Vegetativum zu verstehen. Von den privaten Krankenversicherungen oder der Beihilfe wird häufig gefordert, dass alle Bereiche untersucht worden sein müssten, damit die Nr. 800 GOÄ angesetzt werden könne.

Dies ist nicht nachzuvollziehen, denn der Vergleich der Bewertung der Nr. 800 GOÄ (195 Punkte) gegenüber Untersuchungen für Teilbereiche wie der Nr. 825 „Genaue Geruchsund/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven ..." (83 Punkte) oder der Nr. 826 „Gezielte neurologische Gleichgewichts-und Koordinationsprüfung ..." (99 Punkte) zeigt, dass bei der Bewertung nicht alle Bereiche Grundlage gewesen sein können, wenn bereits zwei Teilbereiche 182 Punkte ergeben.

Die Nr. 800 GOÄ sollte berechnet werden können, wenn mindestens drei der oben genannten Bereiche untersucht worden sind. So wird der Inhalt der Nr. 800 GOÄ „eingehende neurologische Untersuchung" erfüllt, und die Abgrenzung zur Nr. 5 GOÄ „Symptombezogene (neurologische) Untersuchung" ist deutlich. Die Untersuchung von Durchblutung, Motorik und Sensibilität, beispielsweise bei einer Schnittverletzung am Finger, erfüllt den Inhalt der Nr. 800 GOÄ nicht, da nur zwei Bereiche (und nur eine sehr eingeschränkte Region) untersucht wurden.

Oft wird behauptet, dass die Leistung nach Nr. 800 GOÄ nur von Neurologen und Psychiatern erbracht werden könnte, da nur diese auf den Abschnitt G zugreifen dürften. Die Berechnung der Nr. 800 GOÄ ist auch für Ärzte anderer Fachgebiete möglich, soweit die Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Rahmen des medizinisch Notwendigen erbracht wurde.

Kommentar: Wir halten die Kommentierung von „... die Leistung nach Nr. 800 ist auf das Fachgebiet Neurologie beschränkt ..." für falsch, da mehrere verschiedene Fachgebiete zur Diagnostik der Patienten – schon aus forensischen Gründen – eine neurologische Untersuchung durchführen müssen.

Tipp: Im Gegensatz zum EBM, der von der 'Erhebung des vollständigen neurologischen Status' spricht, wird hier nur von der eingehenden neurologischen Untersuchung gesprochen. Damit ist klar, dass auch eine „teilneurologische Untersuchung" mit der Nr. 800 abgerechnet werden kann. Ein vollständig erbrachter neurologischer Status im Sinne der EBM-Nr. 800 ist unserer Meinung nach mit einem höheren Abrechnungsfaktor und mit einer Überschreitung des Schwellenwertes zu versehen.

Wir finden uns hier im Einklang mit: „...Der vollständige neurologische Status des EBM entspricht daher einer besonders aufwendigen eingehenden neurologischen Untersuchung in der GOÄ, für die gemäß § 5 Abs. 2 die Anwendung des Gebührenrahmens, ggf. mit Überschreitung des Schwellenwertes, vorgesehen ist. ...".

Neben der Nr. 800 ist die Nr. 801 am selben Tag abrechnungsfähig, wenn sowohl eine neurologische als auch eine psychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

801 Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson – 250 14,57 33,52 51,00

Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 801 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4, 8, 715 – 718, 807, 825, 826, 830, 1400

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Eingehende psychiatrische Untersuchung** Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 44 (02.11.2007), Seite A-3056 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4275.5755

Die Gebührenpositionen für die eingehende psychiatrische Untersuchung sind in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Abschnitt G „Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie" aufgeführt. Strittig ist hier neben dem Leistungsinhalt auch zuweilen, welche Leistungen daneben berechnet werden dürfen.

Die Leistungslegende der Nr. 801 GOÄ „Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson" führt die zu erbringenden Untersuchungsbestandteile nicht detailliert auf. Deutlich wird jedoch schon aus der Formulierung „eingehende psychiatrische Untersuchung", dass eine symptombezogene psychiatrische Untersuchung nicht nach der Nr. 801 GOÄ berechnet werden kann. Hierfür kann die originäre Nr. 5 „Symptombezogene (psychiatrische) Untersuchung" zum Ansatz kommen.

Eine vollständige psychiatrische Untersuchung schließt folgende Bereiche ein: Bewusstsein, Orientierung, kognitiv-mnestische Funktionen, Affekt, Antrieb, nehmung, inhaltliches und formales Denken, Ich-Störungen. Hier gilt wie bei der neurologischen Untersuchung nach Nr. 800 GOÄ, dass nicht zwingend alle Teilbereiche untersucht werden müssen, damit die Nr. 801 GOÄ angesetzt werden kann. Die Bewertung der Nr. 801 GOÄ (250 Punkte) gegenüber der Nr. 800 GOÄ (195 Punkte) zeigt jedoch, dass die meisten der Teilbereiche untersucht worden sein sollten, um die Verhältnismäßigkeit der Bewertung Nr. 801 GOÄ gegenüber anderen Untersuchungen nicht zu verletzen.

Da die Beratung der Bezugs- und/ oder Kontaktperson ein fakultativer Leistungsbestandteil der Nr. 801 GOÄ ist, können weder die Nr. 4 GOÄ „Erhebung der Fremdanamnese ... und/oder Unterweisung ... der Bezugsperson ..." noch die Nr. 835 GOÄ „Einmalige ... Fremdanamnese über einen psychisch Kranken ..." daneben berechnet werden.

Die Anamnese und Beratung der erkrankten Person ist je nach Aufwand mit den üblichen Beratungsleistungen nach Nr. 1 oder 3 GOÄ berechnungsfähig. Bei Kindern und Jugendlichen könnte zu Beginn einer Behandlung auch die Nr. 807 GOÄ „Erhebung einer biografisch psychiatrischen Anamnese ..." oder bei Erwachsenen die Nr. 860 „Erhebung der biografischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten ..." notwendig sein, die neben der Nr. 801 GOÄ berechnungsfähig sind.

Eine Kombination der Nr. 801 GOÄ mit der Nr. 804 „Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch..." oder der Nr. 806 GOÄ „Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch..." ist, außer zu Beginn einer Behandlung, nicht regelhaft medizinisch notwendig. Die Kombination der Nrn. 801 und 804 oder 806 GOÄ könnte im Verlauf einer Behandlung notwendig werden, wenn sich durch eine deutliche Änderung des Krankheitsbildes erneut die medizinische Indikation ergibt, eine eingehende psychiatrische Untersuchung durchzuführen, oder wenn gar eine neue psychiatrische Erkrankung auftritt. Die Exploration gradueller Änderungen der Symptomatik ist Leistungsbestandteil sowohl der Nr. 804 als auch der Nr. 806 GOÄ.

Tipp:

- Neben der Nr. 801 ist z.B. die Abrechnung der Nrn. 3, 5, 6, 7 möglich.
- Ein vollständiger psychiatrischer Status kann mit einem höheren Multiplikator abgerechnet werden.
- Obwohl in der offiziellen Erläuterung nach der Leistungslegende von Nr. 801 nicht aufgeführt, kann die Nr. 801 nicht neben der Nr. 835 abgerechnet werden, denn im Text der Leistungslegende der Nr. 835 wird davon gesprochen, dass die Fremdanamnese nicht ... in einem zeitlichen Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung ... durchgeführt werden darf. Dies gilt nur für den zeitlichen Zusammenhang bei ein und demselben Arzt-Patienten-Kontakt und Kontakt der Begleitperson.
- Wird am Vormittag die Diagnostik nach Nr. 801 durchgeführt und am Nachmittag die Fremdanamnese nach Nr. 4, so sind beide Nrn. (mit Zeitangabe) berechnungsfähig. Um Schwierigkeiten zu entgehen, ist aber hinter jeder Abrechnungsnummer der Zeitpunkt, an dem die Leistung erbracht wurde, anzugeben.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
804	**Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration –**	**150** 8,74	20,11 30,60

Ausschluss: Neben Nr. 804 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 886.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Psychiatrische Gesprächsleistungen: Die medizinische Notwendigkeit zählt** Ulrich Langenberg – in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 7 (13.02.2009), S. A-312 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4275.6988

Wie häufig dürfen psychiatrische Gesprächsleistungen angesetzt werden? Welche Voraussetzungen hat die Berechnung dieser Leistungen? Sind mehrere Gesprächsleistungen nebeneinander berechenbar? Solche Fragen stellen sich immer wieder und führen nicht selten zu Auseinandersetzungen zwischen Ärzten, Patienten und Kostenträgern.

Beispielsweise ging es bei einem Verfahren vor dem Landgericht Berlin in zweiter Instanz (LG Berlin 7 S 47/07 vom 3. Juli 2008) um die Frage, ob der Kostenträger gegenüber einer Versicherten die Erstattung für eingehende psychiatrische Untersuchungen nach der Nr. 801 der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und psychiatrische Behandlungen nach der Nr. 806 GOÄ auf eine bestimmte Häufigkeit pro Quartal begrenzen oder sogar ganz ablehnen darf. Ausschlaggebend für die Rechtsprechung in diesem Fall war ein Sachverständigengutachten, das die medizinische Notwendigkeit bezogen auf den Einzelfall bestätigt hatte. Konkret ging es um eine Patientin mit einer chronischen bipolaren affektiven Störung, bei der sich manische und depressive Phasen besonders häufig abwechseln (sogenanntes Rapid Cycling). Bei solchen Patienten kann sich die Notwendigkeit zu häufigen eingehenden psychiatrischen Untersuchungen und Behandlungen ergeben. Der Kostenträger wurde zur Erstattung verurteilt.

Die GOÄ enthält keine formalen Beschränkungen zur Häufigkeit des Ansatzes der Nrn. 801 und 806 GOÄ; deswegen ist auch im Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient allein die medizinische Notwendigkeit gemäß § 1 Absatz 2 GOÄ ausschlaggebend. Dies gilt auch für die Frage der Nebeneinanderberechnung dieser beiden Gebührennummern (siehe hierzu GOÄ-Ratgeber im DÄ, Heft 44/2007).

Die Leistungslegende der Nr. 806 GOÄ lautet: „Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluss eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten –, Mindestdauer 20 Minuten." Beträgt die Dauer weniger als 20 Minuten, kann die Nr. 806 GOÄ nicht angesetzt werden, stattdessen jedoch die – geringer bewertete – Nr. 804 GOÄ: „Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration". Da die Leistungslegende der Nr. 806 GOÄ die der Nr. 804 GOÄ vollständig einschließt, kommt ein Ansatz dieser beiden Gebührennummern nebeneinander (also für denselben Arzt-Patienten-Kontakt) nicht in Betracht. Auch ein Ansatz neben Gebührennummern für psychotherapeutische Gesprächsleistungen, zum Beispiel nach den Nrn. 849 und 860 bis 871 GOÄ, ist aus inhaltlichen Gründen nicht möglich.

Voraussetzung für den Ansatz der Nrn. 804 oder 806 GOÄ ist die Erbringung einer psychiatrischen Behandlung; ein anderes „therapeutisches" oder beratendes Gespräch erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Nrn. 804 und 806 GOÄ. Auch eine analoge Berechnung der Nrn. 804 oder 806 GOÄ für andere Beratungsleistungen ist nicht möglich. Nach § 6 Absatz 2 GOÄ kommt eine Analogbewertung nämlich nur für Leistungen in Betracht, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind. Beratungen sind jedoch bereits im Abschnitt B (beispielsweise Nrn. 1 und 3 GOÄ) in die GOÄ aufgenommen.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 804 ist nach unserer Meinung für alle Arztgruppen abrechnungsfähig. **Brück** kommentiert: „...Nach Auffassung der Bundesärztekammer können die Leistungen nach den Nr. 804 bis 817 der GOÄ unter berufsrechtlichen Aspekten (Weiterbildungsordnung) nur von Neurologen, Nervenärzten, Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Kinderärzten abgerechnet werden. Insofern ist die Zuordnung psychiatrischer Leistungen zur Arztgruppe der Internisten problematisch. Während eine solche Zuordnung nach dem Weiterbildungsrecht nicht begründet werden kann, sind zumindest die hausärztlich tätigen Internisten faktisch in die psychiatrische Versorgung der von ihnen betreuten Patienten in nicht unerheblichem Maße eingebunden. Da zudem im Rahmen der mindestens 6-jährigen Weiterbildung zum Internisten in wesentlichem Umfang auch Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie erworben werden, sollte gegen die Abrechnung psychiatrischer Leistungsansätze durch Internisten nichts eingewendet werden...".

Wezel/Liebold weist in seiner Kommentierung darauf hin, dass die Nrn. 804 und 806 nicht für „präoperative Aufklärungsgespräche oder sonstige zeitaufwendige Beratungsgespräche bei Erkrankungen" abgerechnet werden dürfen, wenn kein psychischer Hintergrund die Leistung erforderlich macht.

Die **Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) informiert** zu den Nummern 804 und 806 im Bayerischen Ärzteblatt 9/2001:

„...Der BLÄK ist bekannt, dass in einigen Seminaren zur GOÄ der analoge Ansatz von psychiatrischen Leistungen für „Therapieerörterungen, länger dauernde Gespräche

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

und dergleichen“ empfohlen wird. Es muss nochmals darauf hingewiesen werden, dass diese Rechnungslegung unzulässig ist.
Es gilt der Grundsatz, dass eventuell abrechnungstechnische Ausschlüsse bei Beratungsleistungen, welche im Abschnitt B der GOÄ enthalten sind, nicht durch einen Abgriff auf psychiatrische oder psychotherapeutische Leistungsziffern umgangen werden können. Eine „Beratung bleibt eine Beratung“, auch wenn diese erheblich vom sonst Üblichen abweicht. Besondere Umstände bei der Ausführung sind lediglich über den Steigerungsfaktor bei der Beratungsleistung erfassbar.
Auch die **Bundesärztekammer** hat dazu bereits eindeutig Stellung bezogen:
„...Der Arzt kann dann Nummern aus dem 800er-Bereich analog heranziehen, wenn er nachvollziehbar begründet, dass die von ihm erbrachte Leistung sich von einer Beratungsleistung nach dem Abschnitt ‚B‘ der GOÄ derart unterscheidet, dass es sich nicht nur um eine besondere Ausführung der Beratung handelt. Dies dürfte im Einzelfall schwierig sein, da der Begriff der ‚Beratung‘ sehr umfassend ist. So ist z.B. auch nur nach den Beratungspositionen aus dem Grundleistungskapitel der GOÄ berechenbar. Werden Leistungsnummern nach den 800er-Nummern der GOÄ bei entspechender Diagnose, fachgerechter und vollständiger Leistungslegende erbracht, so sind diese von Ärzten aller Fachrichtungen berechnungsfähig. Dann muss aber auch tatsächlich die ‚800er-Leistung‘ erbracht worden sein und nicht, wie oben ausgeführt, eine Beratungsleistung.“

Tipp: Die Nr. 804 kann neben den Nrn. 800 und 801 berechnet werden.

806 Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluss eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgesprächs mit Dritten –, Mindestdauer 20 Minuten

250 14,57 33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 806 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 22, 30, 34, 725, 812, 817, 835, 885

Kommentar: Die psychiatrische Behandlung nach Nr. 806 schließt nach der Legende das Gespräch mit dritten Personen ein. Dabei ist es wichtig, dass
1. die Gesamtdauer des Gespräches mit Patient und dritten Personen mindestens 20 Minuten betragen muss und dass
2. das Gespräch mit dem Dritten nicht unbedingt am selben Tag in derselben Situation stattfinden muss.
Wie die Kommentare von **Wezel/Liebold** und **Hach** gehen auch wir davon aus, dass die EBM-Nr. 850 zur differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände analog mit der GOÄ-Nr. 806 abzurechnen ist. Die GOÄ hat für die Diagnostik psychosomatischer Erkrankungen keine spezielle Abrechnungsnummer.
Siehe auch Kommentar zu Nr. 804.

Analog: Analoger Ansatz der Nr. 806 für die Befunderhebung bei psychosomatischem Krankheitsbild.

Tipp: Die Befunderhebung sollte im Rahmen der GOÄ nach der Nr. 808 abgerechnet werden.

807 Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen

400 23,31 53,62 81,60

Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 807 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 22, 30, 34, 801, 817, 835, 860, 885

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 807 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Als Behandlungsfall der GOÄ gilt bei der gleichen Diagnose der Zeitraum eines Monats.

IGeL: Anthroposophische Medizin

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
808	**Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie – einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten –**	**400** 23,31	53,62 81,60
Ausschluss:	Neben Nr. 808 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 865		
812	**Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch auch anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 812 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 804, 806, 886		
Kommentar:	Die Akut- oder Sofortintervention ist im Gegensatz zur psychiatrischen Behandlung nach Nr. 806 mit keinerlei Zeitvorgabe versehen. Werden in der Folge weitere Behandlungen durchgeführt, so sind diese nach den entsprechenden Nrn. 804, 806 oder 849 abzurechnen. Dies bedeutet nicht, dass, wenn erneut eine psychiatrische Notfallbehandlung notwendig ist, diese auch mehrmals durchgeführt werden kann. Muss eine Notfallbehandlung mehrmals an einem Tag durchgeführt werden, dann ist es sinnvoll, die Uhrzeit anzugeben.		
816	**Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung – gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen –**	**180** 10,49	24,13 36,72
Ausschluss:	Neben Nr. 816 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 34, 804.		
Kommentar:	Die Abrechnung der psychiatrischen Beratung der Bezugsperson eines psychisch gestörten Kindes oder Jugendlichen erfolgt immer zu Lasten des Kindes oder Jugendlichen. Dies ist auch dann der Fall, wenn es sich um therapeutische Maßnahmen innerhalb einer Familie handelt, wie z.B. Beratung der Eltern, im Hinblick auf die Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen.		
Tipp:	Die Leistung kann mehrmals abgerechnet werden, wenn auch mehrmals die Beratung einer Bezugsperson oder Bezugspersonen erforderlich ist.		
817	**Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen**	**180** 10,49	24,13 36,72
Ausschluss:	Neben Nr. 816 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 34, 804.		
825	**Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbständige Leistung**	**83** 4,84	11,13 16,93
Ausschluss:	Neben Nr. 825 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 800, 801.		
826	**Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung – gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung –** Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.	**99** 5,77	13,27 20,20
Ausschluss:	Neben Nr. 826 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 800, 801, 1412		
827	**Elektroenzephalographische Untersuchung – auch mit Standardprovokationen –**	**605** 35,26	81,11 123,42
Ausschluss:	Neben Nr. 827 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 827a, 828, 1409		

Beschluss BÄK:

► **„Kleines Schlaflabor" – Kardiorespiratorische Polygraphie** Ausschnitt aus Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer zum „Kleinen Schlaflabor und Großen Schlaflabor" – Stand: 20.02.2004 veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 8 (20.02.2004), Seite A-526–A-527 – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.4263.4264

„Der Leistungskomplex der kardiorespiratorischen Polygraphie (so genanntes „Kleines Schlaflabor") setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens sechs Stunden Dauer, analog Nr. 653 GOÄ.
- Messung der Sauerstoffsättigung übermindestens sechs Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ.
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ.
- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche Registrierung beziehungsweise Überwachung über eine mindestens sechsstündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

Großes Schlaflabor – Polysomnographie – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.4263.4265

Der Leistungskomplex der Polysomnographie (so genanntes „Großes Schlaflabor") setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG-Aufzeichnung übermindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 827.
- EOG-Registrierung übermindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237.
- EKG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 653.
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 602.
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605.
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 839.
- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714.
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295.
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-/BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427.
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer n-CPAP-/oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518.

Polygraphische Vigilanzmessung am Tag (Schlafmedizinische Leistungen)

Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde:

Der Leistungskomplex der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus den nachfolgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827, einmal pro Untersuchungstag
- EOG nach Nr. 1237, einmal pro Untersuchungstag
- EMG nach Nr. 838, einmal pro Untersuchungstag.

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten muss an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils 2-stündigem Abstand gemessen werden.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Videoüberwachung bei idiopathischem Parkinsonsyndrom**

Dipl.-Oek. Dr. med. Ursula Hofer in Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 47 (21.11.2008), S. A-2546 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4275.6833

Die medikamentöse Einstellung Parkinsonkranker stellt eine Herausforderung für jeden Arzt dar. Die Gabe von L-Dopa oder Dopaminagonisten im Stationsablauf einer Klinik entfaltet oft erst nach der Entlassung ihr volles Wirkungsspektrum, sodass die erforderliche exakte Klassifikation, Quantifizierung und Dokumentation von motorischen Fluktuationen unter Umständen ausbleibt. Vor allem die Lebensqualität betroffener Patienten kann durch eine kontinuierliche Betreuung und jederzeit mögliche Dokumentation von Problemen in dieser sensiblen Behandlungsphase gesteigert werden.

Eine Langzeitbehandlung des idiopathischen Parkinsonsyndroms unter häuslichen Bedingungen muss dem neuronalen Zelltod vorbeugen und zentralnervöse Nebenwirkungen wie Dyskinesien, On-/Off-Phänomene oder eventuell auch psychotische Symptome auf ein Minimum beschränken.

Mit diesem Ziel entwickelten Neurologen ein ambulantes Videomonitoring: Der Patient erhält zu Hause eine Videokamera, die mit einer Aufnahmeeinheit gekoppelt ist. Vier- bis sechsmal nimmt der Patient sich selbst etwa zwei Minuten lang auf, wobei er seine motorischen Fähigkeiten nach einem festgelegten Schema durchexerziert. Nachts werden die Daten auf den Auswerterechner des behandelnden Arztes übertragen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die videogestützte Beobachtung sollte in einem zusammenhängenden Beobachtungszeitraum über 30 Tage stattfinden. Voraussetzung ist, dass innerhalb von fünf Beobachtungstagen ein Ansprechen auf die Medikation verifiziert werden kann. In einem gesamten Beobachtungszeitraum von 30 Tagen müssen die Befunde von mindestens 15 Tagen dokumentiert werden. Das schließt die Rückmeldungen per Fax, Telefon oder Voicemail an den Patienten ein.
Das Videomonitoring bei Patienten mit Parkinsonsyndrom ist einmal pro Tag, maximal 30-mal im einem Kalenderjahr berechnungsfähig und sollte grundsätzlich nicht länger als zwei Tage unterbrochen werden. Pro Sitzung ist die Nr. 827a analog nach § 6 Absatz 2 GOÄ anzusetzen.
Dem variablen Zeitaufwand für anfängliche Patientenschulungen oder bei auftretenden Problemen wird der Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 GOÄ mit der Wahl des jeweiligen Steigerungsfaktors gerecht.
Die Bundesärztekammer arbeitet an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte und bemüht sich um die Implementierung innovativer diagnostischer Maßnahmen und Therapien.

IGeL: Analog für apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen.

827a Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung

950 127,36
55,37 193,81

Ausschluss: Neben Nr. 827a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 827, 1409

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Siehe unter Nr. 827

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt, Heft 7, 15.2.02
Prächirurgische Epilepsiediagnostik
Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierenden Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidalelektroden einschl. Provokationstests, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) + analog Nr. 838 GOÄ (550 Punkte) + analog Nr. 860 GOÄ (920 Punkte), bis zu sechsmal im Behandlungsfall.
Prächirurgische Intensivüberwachung eines Epilepsie-Patienten durch den Neurologen im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT, einschl. aller diesbezüglich erforderlichen ärztlichen Interventionen, von mindestens 24 Stunden Dauer, **analog Nr. 827a** GOÄ (50 Punkte) bis zu sechsmal im Behandlungsfall.
Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation, einschl. Aufzeichnung und Auswertung **analog Nr. 839** GOÄ (700 Punkte).
Unabdingbare Voraussetzung einer operativen Behandlung der Epilepsie ist eine exakte prächirurgische Diagnostik, die sich, abgesehen von der Langzeitbeobachtung unter Intensivüberwachungsbedingungen, aus einem Bündel von ärztlichen Interventionen zusammen setzt. Für die besonderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT durch den Neurologen erbracht werden müssen, hält der Ausschuss „Gebührenordnung" eine **Analogbewertung nach** Leistungsnummer **827a** GOÄ für sachgerecht. Bei der Messung intracranieller kognitiver Potenziale und der kortikalen Elektrostimulation handelt es sich um fakultative invasive Maßnahmen.

827a analog Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierenden Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidalelektroden einschl. Provokationstests, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) + analog Nr. 838 GOÄ (550 Punkte) + analog Nr. 860 GOÄ (920 Punkte), bis zu sechsmal im Behandlungsfall. Prächirurgische Intensivüberwachung eines Epilepsie-Patienten durch den Neurologen im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT, einschl. aller diesbezüglich erforderlichen ärztlichen Interventionen, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) bis zu sechsmal im Behandlungsfall. – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK

950 127,36
55,37 193,81

Unabdingbare Voraussetzung einer operativen Behandlung der Epilepsie ist eine exakte prächirurgische Diagnostik, die sich, abgesehen von der Langzeitbeobachtung unter Intensivüberwachungsbedingungen, aus einem Bündel von ärztlichen Interventionen zusammensetzt. Für die besonderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT durch den Neurologen erbracht werden müssen, hält der Ausschuss „Gebührenordnung" eine Analog-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

bewertung nach Leistungsnummer 827a GOÄ für sachgerecht. Bei der Messung intracranieller kognitiver Potenziale und der kortikalen Elektrostimulation handelt es sich um fakultative invasive Maßnahmen. – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK – Stand: 15.02.2002 in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 7 vom 15.02.02, Seite A-458

828 **Messung visuell, akustisch oder sensosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)** **605** 81,11 35,26 123,42

Ausschluss: Neben Nr. 828 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 827, 1409

828 analog **Elektrophysiologische Stimulation zur Bestimmung der Leitungs- u. Refraktärzeitbestimmung zur Beurteilung der Automatie und/ oder Auslösbarkeit von Tachyarrhythmien jeweils pro eingeführtem Elektrokatheter (s. Leistungskomplex – (analog Nr. 828 GOÄ) Elektrophysiologische Untersuchung am Herzen (s Elektrophysiologische Untersuchung am Herzen – (analog Nr. 828 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK Ziffern der PVS** **605** 81,11 35,26 123,42

829 **Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie –** **160** 21,45 9,33 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 829 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 828, 838 – 840, 1409

829 analog **Isolierte Bestimmung der mot. Nervenleitgeschwindigkeit – (analog Nr. 829 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS** **160** 21,45 9,33 32,64

830 **Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen** **80** 10,72 4,66 16,32

Ausschluss: Neben Nr. 830 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 800, 801

831 **Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z.B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen –** **80** 10,72 4,66 16,32

832 **Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation** **158** 21,18 9,21 32,23

Kommentar: Die **Bundesärztekammer** stellt fest: die bioelektrische Funktionsdiagnostik wird häufig mit Vega-Test oder ähnlichen Geräten durchgeführt. Sie damit verbundenen Umstände sind u.E. am ehesten durch eine analoge Anwendung der GOÄ-Nr. 832 (Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation) erfassbar.

Analog: Nr. 832 analog für Elektroakupunktur nach Voll (EAV) ansetzen.

832 analog **Elektroakupunktur nach Voll (EAV) – (analog Nr. 832 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS** **158** 21,18 9,21 32,23

833 **Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik – einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen –** **285** 38,21 16,61 58,14
Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 833 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 55

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Tipp: Wir folgen **Hach** und seinem Kommentar, der ausführt:
‚...Die Verweilgebühr nach Nr. 56 dürfte auch für die Dauer der Rückfahrt anzusetzen sein.'

835	**Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind**	**64** 3,73	8,58 13,06

Ausschluss: Neben Nr. 835 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 22, 30, 34, 806, 807, 817, 860

836	**Intravenöse Konvulsionstherapie**	**190** 11,07	25,47 38,76
837	**Elektrische Konvulsionstherapie**	**273** 15,91	36,60 55,69
838	**Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln**	**550** 32,06	73,73 112,20
838 analog	**pulsierende Signaltherapie (PST) – (analog Nr. 838 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**550** 32,06	73,73 112,20
839	**Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit**	**700** 40,80	93,84 142,80

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt, Heft 7, 15.2.02

Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierenden Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidalelektroden einschl. Provokationstests, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) + analog Nr. 838 GOÄ (550 Punkte) + analog Nr. 860 GOÄ (920 Punkte), bis zu sechsmal im Behandlungsfall.

Prächirurgische Intensivüberwachung eines Epilepsie-Patienten durch den Neurologen im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT, einschl. aller diesbezüglich erforderlichen ärztlichen Interventionen, von mindestens 24 Stunden Dauer, **analog Nr. 827a** GOÄ (50 Punkte) bis zu sechsmal im Behandlungsfall.

Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation, einschl. Aufzeichnung und Auswertung **analog Nr. 839 GOÄ** (700 Punkte).

Unabdingbare Voraussetzung einer operativen Behandlung der Epilepsie ist eine exakte prächirurgische Diagnostik, die sich, abgesehen von der Langzeitbeobachtung unter Intensivüberwachungsbedingungen, aus einem Bündel von ärztlichen Interventionen zusammen setzt. Für die besonderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT durch den Neurologen erbracht werden müssen, hält der Ausschuss „Gebührenordnung" eine **Analogbewertung nach** Leistungsnummer 827a GOÄ für sachgerecht. Bei der Messung intracranieller kognitiver Potenziale und der kortikalen Elektrostimulation handelt es sich um fakultative invasive Maßnahmen.

839 analog	**1. Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation, einschl. Aufzeichnung und Auswertung (analog Nr. 839 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK – ferner: 2. kontinuierl. EMG-Registrierung an mind. zwei Muskelgruppen) (analog Nr. 839 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK – oder 3. transkranielle Magnetstimulation (analog Nr. 839 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**700** 40,80	93,84 142,80

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
840	**Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie**	**700** 40,80	93,84 142,80
842	**Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik**	**500** 29,14	67,03 102,00

Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK (Dt. Ärzteblatt, Heft 3, 18.2.02)
Analogbewertung der medizinischen Trainingstherapie
Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschl. biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation **analog Nr. 842** GOÄ (500 Punkte).
Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung **analog Nr. 842** ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschl. progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z.B. MedX-Ce-/ und/oder LE-Therapiemaschinen) **analog Nr. 846** (150 Punkte), zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining **analog Nr. 558** GOÄ (je Sitzung, 120 Punkte), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach **Nr. 506** GOÄ (120 Punkte).
Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 analog sind **pro Sitzung jeweils einmal berechnungsfähig.**
Eine Behandlungsserie kann maximal bis zu 25 Sitzungen umfassen. Die Durchführung jeder einzelnen Trainingssitzung muss unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Unter dem Begriff „Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten" fallen beispielsweise spporttherapeutische Trainingskonzepte wie die MedX-Therapie, die medizinische Kräftigungstherapie der Gesellschaft für Medizinische Kräftigungstherapie (GMKT) sowie das Trainingskonzept des Forschungs- und Präventionszentrums (FPZ) Köln. Wie bei allen Methoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin ist die Durchführung therapeutischer, aber auch diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise delegationsfähig an speziell geschultes medizinisches Personal. Allerdings müssen Therapieplanung und Ergebniskontrolle zwinged durch einen Arzt erfolgen; während der therapeutischen Sitzung ist eine ärztliche Aufsicht zu gewährleisten. Fitness- und Krafttrainingsmethoden, die, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten (z.B. MedX-Therapiemaschinen) mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden, nicht den Anforderungen der ärztlich geleiteten medizinischen Trainingstherapie entsprechen, sind nicht als nach GOÄ abrechnungsfähige ärztlichen Leistung anzuerkennen.
Im Deutschen Ärzteblatt (Heft 8, 22.2.02) informiert Dr. R. Klakow-Franck:
„... Die Anerkennung eines Muskeltrainingsprogramms als ärztliche Leistung im Sinne der GOÄ setzt voraus, dass es sich hierbei um eine auf den individuellen Krankheitsfall abgestimmte therapeutische Maßnahme unter ärztlicher Anleitung handelt. In diesem Fall ist die Abrechnung der GOÄ-Nr. 842 analog für die Diagnostik vor Beginn der Behandlungsserie (zwischen 10 und 25 Sitzungen) und der Nr. 846 analog plus Nr. 558 analog plus Nr. 506 für jeweils eine Sitzung der medizinischen Trainingstherapie berechtigt. Dies schließt nicht aus, dass die Überwachung des Trainings teilweise an speziell geschulte Physiotherapeuten delegiert werden kann..."

842 analog	**Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschl. biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation (analog Nr. 842) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**500** 29,14	67,03 102,00
845	**Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose**	**150** 8,74	20,11 30,60
846	**Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten**	**150** 8,74	20,11 30,60

Ausschluss: Ausschlußnummer: Neben Nr. 846 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 725

Kommentar:
- Die Bio-Feedback-Behandlung kann nach Nr. 846 abgerechnet werden.
- Siehe auch **Beschluss** unter Nr. 842.

Rechtsprechung:

Nicht-ärztliche Leistungen als wahlärztliche Leistungen
Fraglich ist die Abrechenbarkeit von „übenden Verfahren" nach den Nrn. 846 und 847 GOÄ aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie bei einer stationären Privatbehadlung als wahlärztliche Leistungen, wenn die Leistungen nicht vom Arzt, sondern von nicht-ärztlichen Mitarbeitern erbracht werden. Das OLG Köln hat entschieden, dass

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

die Übertragung solcher Leistungen an nicht-ärztliches Personal zum Verlust der Abrechnungsmöglichkeit als wahlärztliche Leistung führt. Die Leistungen nach den Nrn. 846 und 847 wurden nicht vom Arzt erbracht. Diagnostische und therapeutische Leistungen können nur dann gesondert berechnet werden, wenn sie vom Arzt geleistet werden. Die bloße Anordnung der Leistungen durch den Arzt ist nicht ausreichend. Dem steht auch nicht § 4 Abs. 2 S. 1,3 GOÄ entgegen; denn danach sind nur selbständige ärztliche Leistungen berechenbar, die der Arzt selbst erbracht hat oder unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden.
Aktenzeichen: OLG Köln, 25.08.2008, AZ: 5 U 243/07
Entscheidungsjahr: 2008

IGeL: Entspannungstechniken, Biofeedback-Therapie, Farbtherapie (analog), Musiktherapie, Quigong. Analog für Feldenkrais-Methode

846 analog

Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschl. progressi-dynamischem Muskeltraining mit spez. Therapiemaschinen (z.B. MedX-CE- und/oder LE-Therapiemaschinen) – analog Nr. 846 GOÄ (150 Pkt.) zzgl. zusätzliches Gerätesequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (120 Pkt.) – je Sitzung), zzgl. begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ (120 Pkt.)

150 20,11
8,74 30,60

847

Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung, mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer

45 6,03
2,62 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 847 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 20, 33, 725

Kommentar: Wenn in der Leistungslegende von 12 Teilnehmern gesprochen wird, so sind damit alle Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus gemeint, die an diesem übenden Verfahren teilnehmen.

Rechtsprechung: Siehe unter Nr. 846

Analog: Die Nr. 847 findet analog Anwendung für die Feldenkrais-Methode.

IGeL: Siehe Hinweise unter Nr. 846.

849

Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten

230 30,83
13,41 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 849 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 725, 726, 804, 806, 812

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Kein Geld für eingehende Beratung**
Dr. med. Regina Klakow-Franck in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 37 (13.09.2002), Seite A-2437) – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4228.4241&all=true
Nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte ist die Befundmitteilung mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten. Ergibt sich daneben die Notwendigkeit einer eingehenderen Befunderläuterung, weil der Patient beispielsweise durch einen überraschenden, schwerwiegenden Verdacht beunruhigt ist, so sind die Abrechnungsmöglichkeiten sehr begrenzt. Die eingehende Beratung nach Nr. 3 GOÄ darf neben gebietsbezogenen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen nicht berechnet werden. Nr. 3 ist nur als einzige Leistung oder neben den „allgemeinen" Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7, 8 sowie gegebenenfalls neben einer neurologischen Untersuchung nach Nr. 800 und psychiatrischen Untersuchung nach Nr. 801 berechnungsfähig, und zwar im Regelfall höchstens einmal im Behandlungsfall. Im Rahmen der Vierten Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995 sollten die fehlsteuernden Gebührenanreize durch die Benachteiligung zuwendungsintensiver Leistungen gegenüber der relativen Überbewertung medizinisch-technischer Leistungen abgestellt werden. Sofern neue Beratungsleistungen in das Gebührenverzeichnis aufgenommen wurden, sind diese, wie zum Beispiel die „Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinisch orientierte Beratung", nach Nr. 29 GOÄ (Gesundheitsuntersuchung) oder die Homöopathische Erstanamnese nach Nr. 30 GOÄ jedoch an einen sehr eng definierten Leistungskontext geknüpft. Die Knebelung der allgemeinen Beratungsleistung nach Nr. 3 hat dazu geführt, dass diese Gebührenposition weder dem tatsächlichen Aufwand der „sprechenden Medizin" noch dem Beratungsaufwand in der hausärztlichen Medizin, noch

den fachgebietsübergreifenden Erfordernissen eines zeitgemäßen, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestellten Gespräches gerecht werden kann. Genau betrachtet ist aus Gebührenposition Nr. 3 eine etwas besser bewertete Befundmitteilungsgebühr geworden (Dauer mindestens zehn Minuten, „auch mittels Fernsprecher") – eine „Umgewichtung der Bewertungsrelationen zwischen medizinisch-technischen Leistungen und zuwendungsintensiven Grundleistungen" dürfte damit nicht erzielt worden sein.
Engagierte Ärzte stehen heute vor dem Problem, wie sie ein eingehendes Arzt-Patienten-Gespräch, zum Beispiel anlässlich eines Chemotherapie-Zyklus, aber auch im Zuge der anamnestischen Aufarbeitung chronisch-rezidivierender, auf den ersten Anschein banaler Beschwerden, aufwandsentsprechend und GOÄ-konform abrechnen sollen. Wird hilfsweise statt Nr. 3 die Gebührenposition Nr. 34 (Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung) analog für eine ausführliche Beratung abgerechnet, sind teilweise grotesk anmutende Auseinandersetzungen mit dem Krankenversicherungsunternehmen über die Relativität der „Lebensbedrohlichkeit" durch den im Einzelfall vorliegenden Befund die Folge.
Das alternative Ausweichen auf Gebührenpositionen der Psychiatrie und Psychotherapie, zum Beispiel Nr. 849 (Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven Störungen), ist aus Sicht der Bundesärztekammer deshalb problematisch, weil es sich hierbei um spezielle Behandlungsleistungen handelt, die – wenn überhaupt – ebenfalls nur analog abgegriffen werden könnten. Die Neubewertung des eingehenden Arzt-Patienten-Gesprächs, auch – wie in Nr. 29 GOÄ bereits angedacht – unter Berücksichtigung präventiver Aspekte, ist dringend erforderlich.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.9.2003 (Quelle: GOÄ:Datenbank www.blaek.de) – **Verbale Intervention**
Aufwendungen für eine verbale Intervention (Nr. 849A) sind abrechnungsfähig, wenn die Behandlung von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnungen Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut-und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder-und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Urologie durchgeführt wird.
Es muss kein Qualifikationsnachweis gegenüber der Krankenversicherung vorgelegt werden.

Kommentar: **Brück** listet in seinem Kommentar Krankheitsbilder auf, die einer psychosomatischen Grundversorgung besonders bedürfen:

- seelische Krankheiten mit psychischer Symptomatik unterschiedlicher Ätiologie (z.B. psychoreaktive Depression, larvierte Depression)
- neurotische Erkrankungen mit Angst- und Zwangssymptomatik (in diesen Fällen kann die psychosomatische Intervention ggf. in die Einleitung einer Psychotherapie münden)
- seelische Krankheiten mit funktioneller Symptomatik und Organbeschwerden, bei denen eine organische Ursache ausgeschlossen werden konnte (z.B. Oberbauchbeschwerden, Herzbeschwerden)
- psychosomatische Erkrankungen, bei denen eine psychische Verursachung bereits nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung scheinlich ist (z.B. Anorexia nervosa, Asthma bronchiale)...

Nach den Beihilfe-Vorschriften ist die Abrechnung nach Nr. 849 nur dann beihilfefähig, wenn die Leistung von einem Arzt erbracht wird, der eine der folgenden Gebietsbezeichnungen führen darf.
Brück kommentiert zu dieser Liste: „...Diese Zusammenstellung berücksichtigt offensichtlich Kriterien der Weiterbildungsordnung; sie ist jedoch unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten keineswegs verbindlich. So kann die Nr. 849 auch von Ärzten aus anderen Gebieten erbracht werden, auch wenn die Beihilfestellen in diesen Fällen eine Kostenübernahme ablehnen sollten. Die aus den Beihilfevorschriften des Bundes sich ergebende Auslassung ist jedoch auch aus medizinischen Gründen zweifelhaft, denkt man z.B. nur an die enorme Bedeutung der psychosomatischen Zusammenhänge für Beschwerden des Bewegungsapparates und damit für die orthopädische Behandlung...".
In der Medical Tribune vom März 1989 nimmt der Fachanwalt für Sozialrecht Maximilian Guido Broglie zur Frage der Abrechnungsfähigkeit der Nr. 849 Stellung. Diese Nr. 849 ist unverändert vom Text in die GOÄ '96 übernommen worden, so dass die Stellungnahme weiterhin Gültigkeit hat. „...Wenn der Arzt die Leistung nach Nr. 849 erbringt, kann er auch dafür Honorar verlangen. Eine ganz andere Frage ist es, ob der Patient Anspruch auf Erstattung durch die Beihilfestelle hat." In dem Fall, zu dem Broglie Stellung nimmt, handelt es sich um einen Patienten, den die Beihilfestelle zur Überprüfung der Diagnose zum Amtsarzt geschickt hat und auch hier die Abrechnung der Nr. 849 nur ausnahmsweise zulassen und bezahlen wollte, und das auch höchstens 3 x im Krankheitsfall. „...Katathymes Bildererleben und psychotherapeutsche Behandlung zur Lösung von Sozialkonflikten sind nach Nr. 849 abzurechnen."

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
855*	**Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt**	**722** 42,08	75,75 105,21

Kommentar: Ebenso wie der Rorschach-Test sind unter der Nr. 855 abzurechnen z.B. : Baumtest, Familie-in-Tieren, Kinder-Apperzeptions-Test (CAT), Mann-Zeichen-Test (MTZ), Rosenzweig P-F, Sceno-Test, Schul-Angst-Test (SAT), Thematischer Apperzeptionstest (TAT), Wartegg-Zeichen-Test (WZT). Testmaterial gemäß GOÄ § 10 berechenbar

856*	**Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt**	**361** 21,04	37,88 52,60

Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 856 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 715 – 718

Kommentar:

- Wird ein Intelligenz- und Entwicklungstest nach den Nrn. 856 und 857 zur Klärung einer sozial-psychologischen oder schulischen Fragestellung (nach Brück) durchgeführt, so ist nicht damit zu rechnen, dass die private Krankenversicherung bzw. die Beihilfestellen die Kosten hierfür übernehmen.

Dies sollte dem Patienten bzw. seinen Eltern mitgeteilt werden, denn die haben die Kosten zu zahlen.

- Die Nr. 856* findet analog Anwendung für andere vergleichbare Testverfahren.
- Auch wenn mehrere Tests in einer Sitzung durchgeführt werden, ist die Abrechnung der Nr. 856 nur einmal möglich, da in der Legende der Begriff „insgesamt“ dies verdeutlicht.

Weitere Testverfahren nach GOÄ Nr. 856 sind u.a. nach „GOÄ Auszüge und Anregung“ des Berufsverbands Deutscher Neurologen (bis vor kurzem zugänglich im Internet) und nach Kommentarwerken zur GOÄ von Brück und Hoffmann/Kleinken z.B.: Aachener-Aphasie-Test (AAT), Adaptives IntelligenzDiagnostikum (AID 2), Begabungs-Test-System (BTS), Benton, Bilder-Test (BT), Bochumer Matrizen-Test (BOMAT), Bonner Postkorb-Module (BPM), Diagnosticum für Cerebralgeschädigte (DCS), Diagnostischer Rechtschreibtest (DRT), Entwicklungs-Test 6-Monate – 6 Jahre (ET6-6), Fragebogen zum hyperkinetischen Syndrom und Therapieleitfaden (HKS), Frostigs Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW), Göttinger Formreproduktions-Test (GFT), Griffiths Entwicklungs-Skalen (GES), Grundintelligenztest (CFT), Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE), Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK), Intelligenz-Struktur-Test (IST), Leipziger Lerntest (LLT-BAK), Leistungsprüfsystem (LPS), Leistungsprüfsystem (LPS) , Lincoln-Oseretzky-Skala Kurzform 18 (LOS KF 18), Kaufmann-Assessment-Battery for Children (K-ABC), Konzentrations-Leistungs-Test (KLT), Konzentrations-Verlauf-Test (KVT), Körper-Koordinationstest für Kinder (KTK), Kramer-Intelligenztest (KIT), Mannheimer Intelligenztest (MIT), Mannheimer Sprachverständnis-Test für Kinder (MSVK), Osnabrücker Test zur Zahlbegriffsentwicklung (OTZ), Prüfsystem für die Schul- und Bildungsberatung (PSB), Schulreifetest (z.B. Hetzer oder Binet-Henry-Simon), Wiener-Entwicklungs-Test (WET).
Testmaterial gemäß GOÄ § 10 berechenbar.

IGeL: Prüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus eines Kindes zur Planung der Schulkarriere (Hauptschule, Realschule, Gymnasium) auf Wunsch der Eltern.

856 **analog**	**Einsatz neurophysiologischer Testverfahren zur Schlafdiagnostik (s. Leistungskomplex Schlaflabor) – (analog Nr. 856 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK**	**361** 21,04	37,88 52,60

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

857* **Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des sogenannten Lüscher-Tests), insgesamt** **116** 6,76 12,17 16,90

Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 857 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 716, 717

Kommentar: Auch wenn mehrere Tests in einer Sitzung durchgeführt werden, ist die Abrechnung der Nr. 857 nur einmal möglich, da in der Legende der Begriff „insgesamt" dies verdeutlicht. Die Nr. 857 reiht zahlreiche Verfahren aneinander, für deren Bearbeitung ein oft erheblich unterschiedlicher Aufwand erforderlich ist.
Wie **Brück et alii** meinen wir, dass eine Hilfestellung für den Arzt, der im Rahmen der GOÄ Testuntersuchungen abrechnet, die Aufstellungen des EBM seit 1987 zu den Testkriterien sein kann.
Testverfahren nach GOÄ Nr. 857 sind u.a. nach „GOÄ Auszüge und Anregung" des Berufsverbands Deutscher Neurologen (bis vor kurzem zugänglich im Internet) und nach Kommentarwerken zur GOÄ von Hoffmann/Kleinken und Brück z.B.:16-Persönlichkeits-Faktoren-Test (16 PF), Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), Beck-Angst-Inventar (BAI), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Beschwerdenliste (BL), Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), c.i.-Test, c.i.-Fragebogen, Diagnostischer Elternfragebogen (DEF), Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS), Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI), Eyssenk Personality Profiler, Fragebogen zur Erfassung von gressionsfaktoren (FAF), Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI), Gießen-Test (GT), Hamburger Neurotizismus und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES), Hamburger Zwangs-Inventar (HZI), Hamilton-Skala, Kinder-Angst-Test (KAT), Leistungsmotivationsinventar (LMI), Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Missbrauch-Screening (LAST), Miller Forensik-Assessment (M-Fast), Mini-Mental-Status (MMST), Raven-Test (CPM und SPM), Reisberg-Skalen, III-R (SKID), Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI), Syndrom-Kurztest (SKT), Symptom-Check-Liste (SCL-90), Uhrentest.
Testmaterial gemäß GOÄ § 10 berechenbar.
Siehe auch unter Kommentar zu Nr. 856.

IGeL: Hirnleistungscheck (sog. Brain Check) zur Früherkennung von Demenzen. Psychometrische Tests

860 **Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen** **920** 53,62 123,34 187,69

Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 860 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 807, 835

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Biografische Anamnese**
Dr. med. Hermann Wetzel M. Sc. in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 48 (27.11.2009), S._A-2432 – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4275.7909
Für die Durchführung einer Psychotherapie ist – unabhängig vom Verfahren oder Krankheitsbild – die Kenntnis der Lebensgeschichte des Patienten von essenzieller Bedeutung. Nicht zu Unrecht ist daher die Position Nr. 860 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) „Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen" mit einer vergleichsweise hohen Punktzahl ausgestattet: Die Bewertung spiegelt die potenzielle Bedeutung für die Behandlung und deren Erfolg wider. Der Text der Leistungslegende bezieht sich zwar auf die Einleitung und Indikationsstellung zu einer tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, doch kann die Nr. 860 GOÄ auch für die Erhebung der biografischen Anamnese und Lerngeschichte im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung in analoger Weise angesetzt werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Abrechnungsbestimmung zur Nr. 860 GOÄ sieht vor, dass sie im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig ist. Der Begriff des Behandlungsfalls bezieht sich hier nicht – wie in Abschnitt B I – auf den Zeitraum eines Monats, sondern auf die jeweils vorliegende Erkrankung oder Krankheitsepisode. Der Ausdruck Behandlungsfall ist daher mit Bezug auf Nr. 860 GOÄ als Krankheitsfall zu verstehen. Eine erneute Berechnung der Nr. 860 GOÄ in derselben Krankheitsepisode ist somit in der Regel nicht möglich, sondern erst, wenn deren Behandlung abgeschlossen ist und sich im Intervall bei erneuter oder wesentlich veränderter Symptomatik wiederum eine Therapiebedürftigkeit ergibt.
Die biografische Anamnese kann sowohl im Rahmen eines Besprechungstermins als auch, wie in der Leistungslegende vermerkt, in mehreren Sitzungen erhoben werden. Der Leistungsinhalt ist erst dann erfüllt, wenn die biografische Anamnese vollständig erhoben und die Befragung zur Vorgeschichte der Erkrankung oder Krankheitsepisode somit abgeschlossen ist.
Die vergleichsweise hohe Bewertung dieser Gebührenposition sollte sich dabei – auch im Erleben des Patienten – in einer hierfür tatsächlich aufgewandten angemessenen Zeitdauer widerspiegeln. Wenn beispielsweise eine Behandlung nach ein oder zwei psychotherapeutischen Sitzungen abgebrochen wird und die jeweiligen Patientenkontakte dabei kaum länger als die jeweilige Dauer der – abgerechneten – Behandlungssitzungen waren, sind daher Liquidationsstreitigkeiten programmiert, wenn zusätzlich die Nr. 860 für im Zusammenhang damit nebenbei erörterte biografische Fragestellungen angesetzt wird.
Andere ausführliche Anamnesen, etwa im Rahmen von internistischen Erkrankungen, müssen über Gebührenpositionen im Kapitel B, Grundleistungen und allgemeine Leistungen, zum Beispiel über die Nrn. 1, 3 oder 34 GOÄ abgerechnet werden.
Für eine biografische psychiatrische Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen ist die korrespondierende Gebührenordnungsposition Nr. 807 GOÄ anzusetzen. Diese sieht in der Leistungslegende als obligaten Bestandteil auch die Befragung von Bezugs- und Kontaktpersonen vor.

Kommentar: Wenn hier in der Anmerkung von der Berechnungsfähigkeit nur einmal im Behandlungsfall gesprochen wird, so ist hier sicher nicht – wie in den Allgemeinen Bestimmungen B. I ausgeführt – der „Monatsfall" gemeint, sondern der Zeitraum, den die psychosomatische Behandlung in Anspruch nimmt.
Dies sieht **Wezel/Liebold** in seiner Kommentierung auch so und führt dann weiter aus „...erst nach einer längeren behandlungsfreien Zeit ist die erneute Notwendigkeit einer solchen ausführlichen Anamnese denkbar...".

IGeL: Analoger Ansatz für Kunst- und Körpertherapie.

861 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten** **690** 92,50 / 40,22 / 140,76

Ausschluss: Neben Nr. 861 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 862, 863, 864

IGeL: Auch analoger Ansatz der Nr. 861 bei Kunst- und Körpertherapie.

862 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer** **345** 46,25 / 20,11 / 70,38

Ausschluss: Neben Nr. 862 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 20, 22, 30, 33, 34, 861, 863, 864

863 **Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten** **690** 92,50 / 40,22 / 140,76

Ausschluss: Neben Nr. 863 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 861, 862, 864

864 **Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer** **345** 46,25 / 20,11 / 70,38

Ausschluss: Neben Nr. 864 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 20, 22, 30, 33, 34, 861, 862, 863

865 **Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung** **345** 46,25 / 20,11 / 70,38

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
870	**Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten –**	**750** 43,72	100,55 153,00
Ausschluss:	Neben Nr. 870 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 871		
IGeL:	Training zur Stressbewältigung oder Selbstbehauptung. Verhaltenstherapie bei Flugangst.		
871	**Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer** Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.	**150** 8,74	20,11 30,60
Ausschluss:	Neben Nr. 871 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 20, 22, 30, 33, 34, 870		
Kommentar:	Wenn in der Leistungslegende von 8 Teilnehmern gesprochen wird, so sind damit alle Patienten – unabhängig von ihrem Versicherungsstatus – gemeint, die an dieser Verhaltenstherapie teilnehmen.		
IGeL:	Siehe Hinweis unter Nr. 870.		
885	**Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 885 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 4, 806, 807, 817		
886	**Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten**	**700** 40,80	93,84 142,80
Ausschluss:	Neben Nr. 886 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 22, 30, 34, 804, 806, 812, 817, 887		
887	**Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer**	**200** 11,66	26,81 40,80
Ausschluss:	Neben Nr. 887 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3, 20, 22, 30, 33, 34, 804, 806, 812, 817, 887		
A 888	**Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmern und Sitzung (analog Nr. 887 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**200** 11,66	26,81 40,80

H Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

Werden mehrere Eingriffe in der Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung der Bauchhöhle enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 3135 zu kürzen.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Gynäkologische Zytologie: Neue Verfahren**

Dr. med. Anja Pieritz – Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 33 (18.08.2006), Seite A-2194 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4277.4278

Häufig gefragt wird nach der Abrechnung neuer Verfahren der gynäkologischen Zytologie nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die flüssigkeitsgestützte Zytologie (Liquid based Cytology) ist ein neueres Verfahren zum zytologischen Screening des Zervixkarzinoms. Bei der konventionellen Entnahmetechnik werden mittels Bürstchen entnommene Zellen direkt auf dem Objektträger aufgetragen und fixiert. Bei der neueren Technik werden die entnommenen Zellen zunächst in einem Fixierungs- und Transportmedium aufgefangen und versandt. Vor der weiteren Bearbeitung werden im Labor Verunreinigungen wie Blut durch Filtern oder Zentrifugieren beseitigt, gefolgt von einer speziellen Aufbereitung zu einschichtigen Zellverbänden (Monolayer-Technik), die auf den Objektträger übertragen werden. Anschließend erfolgt die übliche Färbung und die automatische rechnergestützte (Vor-)Auswertung des Präparates. Abschließend findet bei einer gewissen Anzahl der Präparate eine manuelle mikroskopische Nachbefundung statt.

Diese Methode kann nicht unter die Leistungen nach den Nummern (Nrn.) 4851 oder 4852 GOÄ als Modifikation subsumiert werden, sondern ist eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten und daher nach § 6 Abs. 2 GOÄ analog zu bewerten ist. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine Abrechnung analog nach der Nummer (Nr.) 4815 GOÄ, da diese nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig ist. Neben der Nr. 4815 GOÄ analog für dieses Verfahren sind die Nrn. 4851 und 4852 GOÄ nicht berechnungsfähig.

Die Nr. 1105 „Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten“ ist nur dann anzuwenden, wenn Material aus der Gebärmutterhöhle gewonnen wird. Die gezielte zytologische Abstrichentnahme unter Spiegeleinstellung von der Portiooberfläche sowie aus dem Zervikalkanal ist mit der Nr. 297 GOÄ „Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – [...]“ zu bewerten, da es sich eben nicht um eine Abnahme von Material aus der Gebärmutterhöhle (Cavum uteri), sondern um Material vom Gebärmuttermund (Portio) und -halskanal (Zervikalkanal) handelt. Die Nr. 297 GOÄ ist neben der Nr. 27 GOÄ „Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich [...] Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, [...]“ nicht berechnungsfähig. Ein Ausweichen auf eine andere Gebührenposition (beispielsweise auch Nr. 1103 GOÄ) ist nicht zulässig. Wird etwa bei Verdacht auf ein Endometriumkarzinom eine Gewebegewinnung aus der Gebärmutterhöhle durchgeführt, so ist der Inhalt der Nr. 1105 GOÄ erfüllt und diese berechnungsfähig. Eine Analogie ist weder notwendig noch korrekt.

Sowohl bei der Entnahme von Zellen nach Nr. 297 GOÄ als auch bei der nach Nr. 1105 GOÄ sind die Kosten für Material mit der Gebührenposition abgegolten. Dies ist in den Ergänzenden Bestimmungen zu den Nrn. 297 „Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten“ und 1105 „einschließlich Kosten“ eindeutig geregelt. Diese Kosten können auch nicht als Auslagen vom Labor in Rechnung gestellt werden, da die Sachkosten mit der Gebühr für die Entnahme abgegolten sind.

Tipp:

Der Gynäkologe ist bei vielen Frauen gleichzeitig auch der Hausarzt. Er sollte sich daher um den Impfstatus seiner Patientinnen kümmern und die nötigen Impfungen durchführen und auf alle Vorsorge-Untersuchungen, die die Krankenkassen für Patientinnen anbieten, aufmerksam machen.

IGeL – Gynäkologie und Geburtshilfe

Gynäkologische Komplett-Vorsorge – „Frauen-Gesundheits-Check“

Der „Frauen-Gesundheits-Check“ orientiert sich an der ausgedehnten Krebsvorsorge und bezieht ggf. Mammographie und Sonographie der Mammae mit ein. Zu diesem Wunsch-Check-up der Frau gehören

- **Blutdruckmessung**,
- **Blutzuckermessung**
- und auch eine **Kontrolle des Impfstatus** – ggf. Bestimmung Röteln-Antikörper bei ganz jungen Frauen.

Bei z.B. internistisch, dermatologisch oder anderen auffälligen Befunden sollte eine Überweisung zur weiteren Abklärung erfolgen.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_10,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
7	Untersuchung weiblicher Genitaltrakt	9,33	**21,45**
410	Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter	11,66	**26,81**
420 (2x)	Ultraschalluntersuchung der Ovarien rechts und links	4,66 (2x)	**10,72** (2x)
403*	Transvaginale Ultraschalluntersuchung	8,74	**15,74**
5265*	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	17,49	**31,48**
5266*	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	26,23	**47,21**
5267*	Ergänzende Ebene(n), Spezialprojektion(en), im Abschluss an Nr. 5266	8.74	**15,74**
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse z.B. rechts	12,24	**28,15**
420	+ Ultraschalluntersuchung linke Mamma	4,66	**10,72**
250*	Blutentnahme	2,33	**4,20**
		1fach €	1,15fach €
3508**	Nativpräparat Vaginalsekret	4,66	**5,36**
3550**	Blutbild	3,50	**4,02**
3551**	Differenzial Blutbild	1,17	**1,34**
3511**	Urin-Teststreifen (nicht neben Nr. 27)	2,91	**3,35**
3560*	Glukose	2,33	**2,68**
3500*	Stuhl auf Blut, 3mal	5,25	**6,03**

Einlage Kupfer-IUP

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
7	Untersuchung weiblicher Genitaltrakt	9,33	**21,45**
298	Abstrich	2,33	**5,36**
1075	Vaginale Behandlung	2,62	**6,03**
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses	8,63	**19,84**
1091	Einlage oder Wechsel IUP	6,18	**14,21**
410	Ultraschall eines Organs	11,66	**26,81**
420	Ultraschalluntersuchung bis zu 3 weiteren Organen, je Organ	9,32	**21,44**
403*	Zuschlag transcavitäre Untersuchung	8,74	**15,74**

Auslagen: Materialkosten für IUP

IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
410	Ultraschall Gebärmutter	11,66	**26,81**
403*	Zuschlag transcavitäre Untersuchung	8,74	**15,74**

Mammographie zur Früherkennung des Mammakarzinoms

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
5265*	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	17,49	**31,48**
5266*	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	26,23	**47,21**
5267*	Ergänzende Ebene(n), Spezialprojektion(en), im Abschluss an Nr. 5266	8,74	**15,74**
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse z.B. rechts	12,24	**28,15**
420	+ Ultraschalluntersuchung linke Mamma	4,66	**10,72**

Osteoporose-Vorsorge

Bei Frauen in der Postmenopause wie auch Männern ab dem 50. Lebensjahr und Patienten mit bekannten Risikofaktoren wie

- Menopause vor dem 45. Lebensjahr
- einseitige Ernährung mit Defizit an Kalzium und Vitamin D
- Bewegungsmangel
- starkem Nikotin- und Alkoholabusus
- Chronischen Colonerkrankungen
- Verwandten ersten Grades mit Osteoporose in der Anamnese

ist eine Bestimmung des Osteoporose-Risikos auf Patienten-Wunsch sinnvoll.

Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	1,8fach €
5380*	Osteodensitometrie von Skelettteilen mit quant. CT oder digitaler Röntgentechnik	17,49	**31,48**
5377	Zuschlag f. computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	**46,63**	**–**
5475*	Osteodensitometrie von Skelettteilen mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	17,49	**31,48**

Abrechnungshinweis: Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit Ifachem Gebührensatz abrechenbar. Der Zuschlag soll nach Vorschlag des Berufsverbandes der Orthopäden den besonderen Aufwand der Auswertung der Messung berücksichtigen

Laborcheck:

Osteoporose- Risiko:

- **kleines Profil:** Knochen-AP, Vitamin D3, Pyridinolin-Crosslinks, Ca, Phosphat.
- **großes Profil, einschließlich hormonelle Ursachen:** Knochen-AP, Calcium, Phosphat, Vitamin D3, Parathormon, Östradiol, Testosteron, Osteocalcin, Pyridinolin-Crosslinks, Ostase.

Osteoporose-Veranlagung/genetisches Risiko: Vitamin-D-Rezeptortyp.

Perimenopausen Status

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
		1fach €	1,15fach€
4021*	Follitropin (FSH)	14,57	**16,76**
4039*	Östradiol	20,40	**23,46**

Ausschlussdiagnostik sexuell übertragbarer Krankheiten

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
31 A	Ausführliche Sexualanamnese (30 Minuten) – **analoger Ansatz**	26,23	**60,33**
7	Untersuchung weiblicher Genitaltrakt	9,33	**21,45**
27	Krebsvorsorge (Frau)	18,65	**42,90**
29	Gesundheitsuntersuchung	25,65	**58,99**
34	Erörterung Lebensveränderung (mind. 20 Min.)	17,49	**40,22**
250*	Blutentnahme venös	2,33	**4,20**
		1,0 €	1,15 €
3765*	Sexualhormonbindendes Globulin*	26,23	**30,16**
3908 H3*	PSA	17,49	**20,11**
4021*	FSH	14,57	**16,76**
4039	Ötradiol	20,40	**23,46**
4042	Testosteron	20,40	**23,46**

Sterilitätsvorsorge auf Chlamydia trachomatis
Als Folge von Chlamydien-Infektionen kann es bei der Frau zu Adhäsionen im Tubenbereich bis zum Tubenverschluss und damit zur Sterilität kommen. Bei Männern sind Verklebungen der Samenkanälchen die Folge der Infektion.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
1	Beratung	4,66	**10,73**
		1 fach €	1,15fach €
4780*	Isolierung von Nucleinsäuren	52,46	**60,33**
4783*	Amplifizierung von Nuleinsäuren oder -fragmenten	29,14	**33,52**
4785*	Identifizierung von Nuleinsäurenfragmenten	58,29	**67,03**

Ultraschall des Unterbauches auf Wunsch der Patientin

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,73**
7	Untersuchung weiblicher Genitaltrakt	9,33	**21,45**
410	Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter	11,66	**26,81**
420	Ultraschalluntersuchung bis zu drei weiteren Organen, je Organ	4,66	**10,73**
403*	Transvaginale Ultraschalluntersuchung	8,74	**15,74**

Geburtshilfe – Schwangerenvorsorge: Zusatzdiagnostik auf Wunsch der Schwangeren

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft	17,49	40,22
415	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Feten in der 6.–8. Schwangerschaftswoche	17,49	40,22
415	Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften („Baby-Fernsehen“) – ggf. einschl. Geschlechtsbestimmung	17,49	40,22
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf	11,66	26,81
250*	Blutentnahme	2,33	4,20
		1 fach €	*1,15fach €
3982*	Blutgruppen-Bestimmung ABO-Merkmale, Rhesusfaktor	17,49	20,11
3987*	Antikörpersuchtest	8,16	9,38
4395*	HIV-Test Toxoplasmose Zytomegalie Triple-Test zur Risikoabschätzung M. Down und Neuralrohrdefekt	17,49	20,11
3743*	AFP	14,57	16,76
4024*	ß-HCG	14,57	16,76
4027*	Ostriol	14,57	16,76

Antikörperbestimmung in der Schwangerschaft

Bestimmte Infektionskrankheiten können während der Schwangerschaft zur Schädigung des noch ungeborenen Kindes führen. Zur Abklärung der Infektionsrisiken werden von den Krankenkassen gesetzmäßig schon einige Laboruntersuchungen übernommen, andere aber, obwohl sie medizinisch sinnvoll wären, müssen bei der Abklärung von den Schwangeren selbst bezahlt werden.

Untersucht werden sollten:
- Hepatitis C-AK (Anti-HCV) • Herpes simplex Virus (HSV) Typ I- und II
- Parvovirus B19 • Varizella-Zoster-Virus (VZV) • Zytomegalie (CMV)

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Toxoplasma gondii – Diese Untersuchung auf Antikörper gegen Toxoplasmose ist dann eine Kassenleistung, wenn anamnestisch das Risiko einer Infektion mit Toxoplasma gondii besteht z.B. Kontakt mit Katzen, regelmäßiger Genuss von rohem Fleisch, Fleischprodukten.

1001* **Tokographische Untersuchung** **120** 12,59
6,99 17,49

Ausschluss: Neben Nr. 1001 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1002, 1003

Kommentar: Ergeben sich bei der Untersuchung Befunde, die weitere tokographische Untersuchungen erforderlich machen, so kann die Leistung nach Nr. 1001 auch mehrmals an einem Tag berechnet werden.

1002* **Externe kardiotokographische Untersuchung** **200** 20,98
11,66 29,14

Ausschluss: Neben Nr. 1002 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1001, 1003

Kommentar: Auch wenn eine Dauerüberwachung mit CTG erforderlich ist, kann die Leistung nach Nr. 1002 trotzdem nur einmal am Tage berechnet werden, ggf. kann die zeitliche Belastung durch eine Erhöhung des Schwellenwertes ausgeglichen werden.

1003 **Interne kardiotokographische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie** **379** 50,81
22,09 77,32

Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach 1001 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1003 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1001, 1002

A 1006 **Gezielte weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung bei auf Grund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage Ic zu Abschnitt B. Nr. 4 oder Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend (analog Nr. 5373 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer GOÄ je Sitzung** **1900** 254,72
110,75 387,61

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden. Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich. Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Sonographische Fetaldiagnostik: Neue Empfehlungen**
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 3 (20.01.2006), Seite A-140 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4277.4279
Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen, in dem neben dem Bundesministerium für Gesundheit, eine Vertreterin der Beihilfe, der Verband der privaten Krankenversicherungen und die Bundesärztekammer stimmberechtigte Mitglieder sind, erstellt in Ergänzung der gültigen Amtlichen Gebührenord-

nung für Ärzte (GOÄ) Beschlüsse zu Analogen Bewertungen und Auslegungsbeschlüsse zu bestehenden Gebührenpositionen.
Dieser Ausschuss hat eine Neufassung der Abrechnungsempfehlungen für die weiterführende sonographische Fetaldiagnostik beschlossen, die in diesem Deutschen Ärzteblatt (DÄ) unter Bekanntgaben veröffentlicht werden. Die erste Fassung dieser Beschlüsse zu den Nummern A 1006, A 1007 und A 1008 wurde 2001 veröffentlicht (DÄ, Heft 24 vom 15. Juni 2001). Die damalige Beschlussfassung erfolgte in Anlehnung an die Gebührenpositionen im damals gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM; gültig bis zum 31. März 2005) und befasste sich mit dem Leistungsinhalt sowie den medizinischen, prozessualen und strukturellen Voraussetzungen zur Durchführung der weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik. Die A 1006 ging im Wortlaut zurück auf die Nummer 103 EBM, die A 1007 auf die Nummern 105 und 106 EBM, und die A 1008 basierte auf der Nummer 107 EBM. Der EBM enthielt einen Ausschluss der Nummern 105 (mit 106) neben der 107 EBM. Bei der Bildung der analogen GOÄ-Gebührenpositionen wurde durch den Wortlaut der Leistungslegenden eine Nebeneinanderberechnung der Gebührenpositionen A 1007 und A 1008 ebenfalls ausgeschlossen.
Im EBM 2000plus (gültig seit 1. April 2005) ist die weiterführende sonographische Fetaldiagnostik unter den Nummern 01773 (vorher 103 EBM), 01774 (vorher 105 und 106 EBM) und 01775 (vorher 107 EBM) beschrieben. Ausschlüsse dieser Gebührenpositionen untereinander gibt es im EBM 2000plus nicht mehr. Die Leistungslegenden der analogen Bewertungen A 1006 bis A 1008 beziehen sich auf unterschiedliche Gebiete und Techniken (Fehlbildung des Fetus per Sonographie = A 1006; Echokardiographie des Fetus = A 1007; Duplex des fetomaternalen Gefäßsystems = A 1008), sodass es keine Überschneidungen gibt. Deshalb wurde der Ausschluss der Nummer A 1007 neben der A 1008 aufgehoben.
Die Leistungslegenden wurden darüber hinaus deutlich gekürzt und die Anforderungen an Qualifikation und Geräte in die Kommentierung übernommen. Nur die Leistungslegende und der Hinweis auf die Analogie müssen auf der Rechnung erscheinen. Die Anforderungen an die fachliche Qualifikation und die Strukturqualität (Geräte) bleiben unverändert und müssen erfüllt werden, damit diese Gebührenpositionen angesetzt werden können. Die Bewertung der A 1006 (analog Nummer 5373 GOÄ) und der A 1007 (analog Nummern 424 GOÄ plus analog Nummer 404 GOÄ [Einfachsatz] plus analog Nummer 406 GOÄ [Einfachsatz]) bleiben erhalten. Die Bewertung der A 1008 erfolgt abweichend vom „alten" Beschluss mit dem analogen Ansatz der Nummer 689 GOÄ, da dies eine ärztliche Gebührenposition ist, die keinen gebührenrechtlichen Ausschluss zu der Nummer 404 GOÄ hat.

► Sonographische Fetaldiagnostik: Analog geht's – aber wie?
Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 99, Heft 1-2 (07.01.2002), Seite A-64 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4277.4280
„Offizielle" Analogbewertungen, die im Deutschen Ärzteblatt bekannt gemacht werden, wie kürzlich zur weiterführenden sonographischen Fetaldiagnostik, sind als Hilfestellungen für die Privatliquidation gedacht. Dennoch lösen sie bei so manchem Arzt mehr Missmut als Freude aus. Ab wann gilt denn die neue Empfehlung? Für welchen Sektor (GKV oder PKV)? Die Nummern A1006, A1007 und A1008 ergänzen das Leistungsverzeichnis der GOÄ über die Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (Nr. 415 GOÄ) hinaus. Eine solche Aktualisierung war überfällig, zumal der EBM schon seit langem zwischen Screening-Untersuchungen und einer höher bewerteten weiterführenden differenzialdiagnostischen Ultraschalldiagnostik unterscheidet. Zwar hat jeder Arzt grundsätzlich das Recht, eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, die im Leistungsverzeichnis der GOÄ nicht enthalten ist, analog nach einer bereits vorhandenen Gebührenposition zu berechnen. Häufig stellt die private Krankenversicherung jedoch solche individuell formulierten Analogbewertungen, nicht zuletzt aus Furcht vor einer unsubstantiierten Mengenausweitung, infrage. Einige Beihilfestellen erkennen ausschließlich „offizielle" Analogbewertungen an.
„Offiziell" und fast so verbindlich wie das gesetzlich verordnete Leistungsverzeichnis der GOÄ ist eine Analogbewertung, die zwischen der Bundesärztekammer, dem Bundesministerium für Gesundheit und den Kostenträgern (BMI für die Beihilfe beziehungsweise PKV-Verband) abgestimmt wurde. Wer die weiterführende Ultraschall-Pränataldiagnostik jetzt noch nach veralteten Empfehlungen abrechnet, läuft Gefahr, dass seine Liquidation nicht anerkannt wird. Die Nummern A1005 und A1005 a beispielsweise gelten nicht mehr. Bei der Umkodierung auf die neuen Analognummern muss folgende Tücke im Detail beachtet werden: Der große Gebührenrahmen (bis zum 3,5-fachen) gilt bei der aus drei Nummern zusammengesetzten Nr. A1007 ausschließlich für die Ultraschallleistung Nr. 424, die Zuschläge nach Nrn. 404 und 406 sind – so steht es im Verordnungstext – nur zum Einfachsatz berechnungsfähig. Für die Nr. A1006 gilt nur der kleine Gebührenrahmen, wie bei der zugrunde liegenden Nr. 5373, denn eine Analogbewertung erbt immer die Rahmenbedingungen der analog abgegriffenen Gebührposition.
Wer aber darf die neuen Analognummern abrechnen? In Anlehnung an die Mutterschaftsrichtlinien und die Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wird eine besondere Qualifikation des Leistungserbringers als qualitätssichernde Maßnahme vorausgesetzt. Die geforderten sonographischen Spezialkenntnisse einschließlich fetaler Echokardiographien und dopplersonographischer Untersuchungen sind Gegenstand der Weiterbildung (Fachkundenachweis oder fakultative Weiterbildung) oder können durch Fortbildung (zum Beispiel DEGUM-Stufe II) erworben werden. Zur Verunsicherung besteht bei näherer Betrachtung kein Anlass: Wer bereits die EBM-Nummern 104 bis 108 abrechnen darf, dem steht auch die Liquidationsberechtigung für die Leistungen nach den Nummern A1006, A1007 und A1008 GOÄ zu.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Werden die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 bei Mehrlingen erbracht, so ist entsprechend der Zahl der Feten die jeweilige Leistung auch mehrmals abrechenbar.
Der Nachweis der Fachkunde „Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde“ oder die Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ oder aber einer anderen gleichwertigen Qualifikation sind die Voraussetzung dafür, dass die Leistungen nach den Nrn. 1006 bis 1008 erbracht und abgerechnet werden können.

A 1007 **Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschl. Bilddokumentation, einschl. eindimensionaler Dopplerechokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschl. Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschl. zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), gegebenenfalls zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 und A 1008, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend. analog Nrn. 424 (700 Pkt.) + 404 (250 Pkt.) + 406 (200Pkt)**

1150 154,17
67,03 234,61

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Dopplerechokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. A 1006 und A 1008 berechnet werden.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 28.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Fetalsonographie – Weiterführende sonographische Diagnostik**
Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe.
-> analog Nr. 5373 GOÄ je Sitzung (1900 Punkte).
Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschaftsrichtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden. Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich. Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.
Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.
Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.
Es ist zu beachten, dass der analoge Abgriff – also die Nr. 5373 – dem Abschnitt O der Gebührenordnung entstammt. Das bedeutet, dass hiernur der ‘kleine Gebührenrahmen’ zur Anwendung kommen kann (1,8fach). Auch bei einer analogen Bewertung bleiben nämlich die Rahmenbedingungen der GOÄ erhalten !

Kommentar: Werden die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 bei Mehrlingen erbracht, so ist entsprechend der Zahl der Feten die jeweilige Leistung auch mehrmals abrechenbar.
Der Nachweis der Fachkunde „Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde“ oder die Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ oder aber einer anderen gleichwertigen Qualifikation sind die Voraussetzung dafür, dass die Leistungen nach den Nrn. 1006 bis 1008 erbracht und abgerechnet werden können.

A 1008 **Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschl. Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend (analog Nr. 649 GOÄ)**

700 93,84
40,80 142,80

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden. Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung
Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Hinweis LÄK: Siehe unter Nr. 1007

Kommentar: Werden die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 bei Mehrlingen erbracht, so ist entsprechend der Zahl der Feten die jeweilige Leistung auch mehrmals abrechenbar.
Der Nachweis der Fachkunde „Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde“ oder die Weiterbildung „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin“ oder aber einer anderen gleichwertigen Qualifikation sind die Voraussetzung dafür, dass die Leistungen nach den Nrn. 1006 bis 1008 erbracht und abgerechnet werden können.

1010 Amnioskopie

148 19,84
8,63 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1010 ist die folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1014

1011 Amniozentese – einschließlich Fruchtwasserentnahme

266 35,66
15,50 54,27

Ausschluss: Neben Nr. 1011 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 315, 410, 415

Tipp:
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.
- Für die unter Ultraschall durchgeführte Amniozentese kann die entsprechende Ultraschallabrechnungsnr. 410 abgerechnet werden.
- Ist aus einem medizinischem Grund die Darstellung mütterlicher Organe (z.B. der Blase) erforderlich, so kann die Nr. 410 (ggf. auch Nr. 420) abgerechnet werden.
- Wird die transabdominelle Blutentnahme unter Ultraschallkontrolle durchgeführt, ist die entsprechende Ultraschallleistung nach Nr. 410 abrechnungsfähig.
- Bei zusätzlicher Abrechnung der Nr. 420 sollte begründet werden, warum weitere Organe zur Darstellung kommen.

1012 Blutentnahme beim Fetus

74 9,92
4,31 15,10

Ausschluss: Neben Nr. 1012 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 250, 251, 307, 315, 410, 415

1013 Blutentnahme beim Fetus – einschließlich pH-Messung(en) im Blut –

178 23,86
10,38 36,31

Ausschluss: Neben Nr. 1013 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 250, 251, 307, 315, 410, 415, 3710

1014 Blutentnahme beim Fetus mittels Amnisokopie – einschließlich pH-Messung(en) im Blut

296 39,68
17,25 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1014 sind die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 250, 251, 307, 315, 410, 415, 1010, 1011, 1012, 1013, 3710

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1014 **analog**	**Transabdominelle Blutentnahme aus der Nabelschnur (unter Ultraschallsicht) Nabelschnurpunktion- (analog Nr. 1014 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**296** 17,25	39,68 60,39
1020	**Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt – gegebenenfalls einschließlich Eipollösung –**	**148** 8,63	19,84 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1020 sind folgende Nrn. nicht berechnungsfähig: 1050, 1052, 1055, 1056, 1060

1021	**Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe**	**266** 15,50	35,66 54,27

Ausschluss: Neben Nr. 1021 ist die folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1022

Kommentar: Als Beistand gilt die dauernde tätige Bereitschaft ohne Ausübung einer abrechnungsfähigen Leistung.
Als Geburt wird in den Gebührenordnungen ein Vorgang von Wehenbeginn bis zum Ende der Nachgeburt bezeichnet.
Neben der Gebühr für den Beistand ist eine Verweilgebühr abrechenbar, wenn nach Ablauf von 2 Stunden ein weiteres Verweilen medizinisch erforderlich ist – Nr. 56 für jede weitere halbe Stunde.
Muss die Plazenta durch einen inneren Eingriff entfernt werden, so können neben der Nr. 1021 die entsprechenden Nrn. 1025 bis 1030 und zusätzlich die Nr. 1041 abgerechnet werden.

1022	**Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung geleitet hat**	**1300** 75,77	174,28 265,21

Ausschluss: Neben Nr. 1022 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1021, 1032.

Kommentar: Als Beistand gilt die dauernde tätige Bereitschaft ohne Ausübung einer abrechnungsfähigen Leistung.
Als Geburt wird in den Gebührenordnungen ein Vorgang von Wehenbeginn bis zum Ende der Nachgeburt bezeichnet.
Neben der Gebühr für den Beistand ist eine Verweilgebühr abrechenbar, wenn nach Ablauf von 2 Stunden ein weiteres Verweilen medizinisch erforderlich ist – Nr. 56 für jede weitere halbe Stunde.
Muss die Plazenta durch einen inneren Eingriff entfernt werden, so können neben der Nr. 1021 die entsprechenden Nrn. 1025 bis 1030 und zusätzlich die Nr. 1041 abgerechnet werden.
Wenn nach einer natürlich beendeten Geburt (Spontanlösung der Plazenta) die Nachtastung beendet ist und dann plötzlich der Verdacht besteht, dass die Plazentalösung unvollständig war, kann die Nr. 1041 berechnet werden.

1025	**Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1025 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1026, 1027

1026	**Entbindung durch Vakuumextraktion**	**832** 48,50	111,54 169,73

Ausschluss: Neben Nr. 1026 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1025, 1027

Tipp: Neben der Leistung nach Nr. 1026 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 einmal zusätzlich abgerechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1027	**Entbindung durch Zange**	**832** 48,50	111,54 169,73
Ausschluss:	Neben Nr. 1027 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1025, 1026		
Tipp:	Neben der Leistung nach Nr. 1027 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich abgerechnet werden.		
1028	**Äußere Wendung**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1028 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1029		
Tipp:	Neben der Leistung nach Nr. 1028 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich abgerechnet werden.		
1029	**Innere oder kombinierte Wendung – auch mit Extraktion –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1029 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1028		
Tipp:	Neben der Leistung nach Nr. 1029 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich abgerechnet werden.		
1030	**Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich**	**370** 21,57	49,60 75,48
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1030 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1032		
1031	**Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion**	**1950** 113,66	261,42 397,81
1032	**Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus**	**2310** 134,64	309,68 471,25
Ausschluss:	Neben Nr. 1032 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1022, 1030		
Kommentar:	In den **Auslegungen der Bundesärztekammer** zur im Legendentext unveränderten Nr. 1032 der 'alten' GOÄ heißt es: „Die normale Entfernung der Plazenta durch Ziehen an der Nabelschnur oder Entfernung mit der Hand ist u. E. Bestandteil der Leistung nach Nr. 1032 und somit nach den Vorgaben des § 4 Abs. 2 der GOÄ nicht gesondert mit der Nr. 1041 berechenbar. Anders stellt sich die Situation bei unvollständiger Plazenta dar, dies liegt bei etwa ein Viertel bis ein Drittel der Schnittentbindungen vor. Die Entfernung der Plazentareste hat hier eine eigenständige Indikation, und somit ist in diesem Fall die Nr. 1041 neben der Nr. 1032 berechenbar. Wir sind uns bewusst, dass die Überprüfung, ob eine unvollständige Plazenta vorgelegen hat, sehr schwierig ist. Dies ändert aber nichts an der sachlichen Richtigkeit des oben Ausgeführten. Ggf. wäre es Aufgabe der Kostenträger, auffällige Häufigkeiten der Berechnung der Nr. 1041 neben der Nr. 1032 zu hinterfragen.“		
1035	**Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation**	**2030** 118,32	272,14 414,13
Kommentar:	Wenn die Leistung erforderlich ist, kann sie zusätzlich zu geburtshilflichen Leistungen berechnet werden.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1036	**Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Kommentar: Wenn die Leistung erforderlich ist, kann sie zusätzlich zu geburtshilflichen Leistungen berechnet werden.

1040	**Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung – auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage**	**350** 20,40	46,92 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 1040 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 427, 427, 429, 501, 1529

Kommentar: Statt der Nr. 1040 kann im Rahmen einer Reanimation die höher bewertete Nr. 429 angesetzt werden (Brück).
Ein Ansatz beider Nrn. nebeneinander ist nicht möglich.
Der Leistungsinhalt der Nr. 1040 ist nicht so umfassend wir der der Nr. 429 und schon erfüllt, wenn eine Maskenbeatmung des Neugeborenen durchgeführt wird.

Tipp: Zusätzlich abrechnungsfähig sind Injektionen, Nabelbindenkatheter, Infusionen.

1041	**Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettement**	**824** 48,03	110,47 168,10

Kommentar: Siehe unter Nr. 1032

Analog: Analog für die intrauterine Nachpastung im Anschluss an eine Spontangeburtbei Zustand nach Schnittentbindung – Empfehlung nach Kommentar Brück.

Tipp:
- Bei unvollständiger Plazenta hat die Entfernung der Plazentareste eine eigenständige Indikation, und somit ist in diesem Falle eine Berechnung der Nr. 1041 neben der Nr. 1032 gerechtfertigt.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.

1042	**Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1042 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1075, 1081, 1082

1043	**Naht des Gebärmutterhalses – einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses**	**620** 36,14	83,12 126,48

Ausschluss: Neben Nr. 1042 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1032, 1097, 1122

Tipp:
- Die Naht eines alten Gebärmutterhalsrisses ist mit Nr. 1122 abrechenbar.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen.

1044	**Naht der weichen Geburtswege – auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung – und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/oder Naht eines Scheidenrisses**	**420** 24,48	56,31 85,68

Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1044 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1032, 1045, 1096, 1120, 1121, 1125 – 1128

Tipp:
- Die Naht eines alten Dammrisses ist mit den Nrn. 1120 oder 1121 abrechenbar.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.

1045	**Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades)**	**924** 53,86	123,87 188,50

Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 1045 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1044, 1121, 3219

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.

1048 Operation einer Extrauterinschwangerschaft

2310 309,68
134,64 471,25

Kommentar: Nach **Wezel-Liebold** rechtfertigt die mikrochirurgische Re-Anastomosierung einer Tube einen höheren Multiplikator als den 2,3fachen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen.

1049 Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren – auch mit Einlage eines Ringes –

296 39,68
17,25 60,39

1050 Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbständige Leistung

296 39,68
17,25 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1050 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020, 1025 – 1027, 1052, 1055, 1056, 1060, 1096

1051 Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe

185 24,80
10,78 37,74

Tipp: Die Leistung nach Nr. 1051 ist kombinierbar z.B. mit den Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 252, 253, 34

1052 Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff

739 99,07
43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1052 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020, 1021, 1022, 1032, 1051, 1060, 1096

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen.

1055 Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals –

800 107,25
46,63 163,20

Ausschluss: Neben Nr. 1055 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020 – 1032, 1041, 1050, 1060, 1096, 1097.

Hinweis BÄK: **Leistungen und Abrechnung eines Schwangerschaftsabbruchs nach GÖÄ**
Die Bundesärztekammer informiert (Dtsch Arztebl 2001; 98(8): A-488 / B-392 / C-370 – www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=26170) unter dem Titel: Gebührenordnung für Ärzte/Abtreibung: Was die Krankenversicherung bezahlt zur Privatliquidation ärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit medikamentös durchgeführtem Schwangerschaftsabbruch:
Nur unter medizinischer oder kriminologischer Indikation ist der Schwangerschaftsabbruch eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dies betrifft etwa ein Prozent der Fälle. In den anderen Fällen des rechtswidrigen, aber straffreien („tatbestandslosen oder indikationslosen") Schwangerschaftsabbruchs muss ein Teil der Leistungen von der Schwangeren selbst bezahlt werden bzw. wird bei „besonderen Fällen" von anderen Kostenträgern (Sozialamt, Landesstellen usw.) übernommen. Lediglich die Leistungen, die sich auf den Abbruch der Schwangerschaft unmittelbar beziehen und zu seiner Durchführung notwendig sind, fallen bei gesetzlich Versicherten nicht in die Leistungspflicht der GKV. Grundlage der vom Arzt zu erstellenden Privatrechnung ist die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Für diese Fälle gilt § 5 a GOÄ, mit welchem die Höhe der Gebühren für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einem „indikationslosen" Schwangerschaftsabbruch auf das 1,8fache des jeweiligen Gebührensatzes begrenzt ist. Die Vergütungsbegrenzung auf das 1,8fache gilt gleichermaßen für gesetzlich und privat versicherte Schwangere und betrifft sowohl den operativen als auch den medikamentösen Abbruch. Zur Abgrenzung von Inhalt und Umfang der selbst zu tragenden Kosten für Leistungen bei „indikationslosem" Schwangerschaftsabbruch sind in § 24 b Abs. 4 SGB V die Leistungen abschließend aufgeführt, die aus der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung entfallen und damit auf der Grundlage des § 5 a GOÄ privat zu liquidieren sind. Diese sind, bezogen auf den operativen Abbruch, die Anästhesie, der operative Eingriff, die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, die Injektion von Medikamenten, die Gabe eines wehenauslösen-

den Medikamentes, die Assistenz durch einen anderen Arzt, die körperliche Untersuchung im Rahmen einer unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung unmittelbar nach der Operation. Die mit diesen Leistungen im Zusammenhang stehenden Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandsmittel, Abdecktücher und Injektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bezogen auf den medikamentösen Abbruch, fallen folgende Leistungen aus der Leistungspflicht der GKV:

- Beratungs- beziehungsweise Untersuchungsleistungen im unmittelbaren Zusammenhang
- mit dem Abbruch,
- der Abbruch einschließlich der Betreuungsphase,
- gegebenenfalls die Applikation eines wehenfördernden Mittels,
- die notwendigen Folgeuntersuchungen einschließlich Ultraschallkontrolle
- sowie die Auslagen für Mifegyne und Prostaglandin.

Eine Härtefallregelung gilt für diejenigen Frauen, denen die Aufbringung der finanziellen Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht möglich ist (Unterschreiten bestimmter Einkommensgrenzen). In diesen Fällen erfolgt die Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gegenüber den Krankenkassen und wird in der Regel vonseiten der Sozialämter erstattet („besondere Fälle"). Die nicht in § 24 b Abs. 4 SGB V aufgelisteten Leistungen im Zusammenhang mit einem „indikationslosen" Schwangerschaftsabbruch werden bei sozialversicherten Frauen über die Krankenkassen abgerechnet. In den „Sonstige-Hilfe-Richtlinien" des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind die Leistungen festgelegt, die im Rahmen der in der vertragärztlichen Versorgung geltenden Bestimmungen und den dazu vereinbarten Vordrucken abzurechnen sind. Die bestehende alternative Möglichkeit des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zum bisher üblichen operativen Schwangerschaftsabbruch erfordert eine Abrechnungsempfehlung. Die Bundesärztekammer hat nach Abstimmung mit dem Berufsverband Deutscher Frauenärzte e.V. und in Absprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Berechnung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs der Gebührenordnungs-Nummer 1055 (Abbruch einer Schwangerschaft ...) zugeordnet. Der Ansatz der Nummer 1055 GOÄ ist somit für beide Abbrucharten heranzuziehen, weil deren Leistungslegende, obwohl von ihrer Entstehungsgeschichte auf den operativen Abbruch bezogen, den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch einschließt. Der nach Nummer 1055 berechnungsfähige medikamentöse Schwangerschaftsabbruch umfasst die Durchführung sowie die Überwachung und Betreuung in der Austreibungsphase. Soweit erforderlich, ist die Erweiterung des Gebärmutterhalskanals ebenfalls mit dieser Position abgegolten.

Den Leistungserschwernissen des „operativen Abbruchs" entspricht beim medikamentösen Abbruch die in der Regel zeitaufwendige Betreuungsleistung des Arztes. Deswegen ist die Überwachung und Betreuung in der Austreibungsphase nicht gesondert berechnungsfähig. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hält eine weitgehende vergütungsrechtliche Gleichbehandlung des operativen mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch für sachgerecht.

Diesem Anliegen kommt die Abrechnungsempfehlung – basierend auf der Nummer 1055 – für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch nahe. Eine gleich hohe Vergütung für beide Arten des Abbruchs ist zurzeit über die geltende GOÄ allerdings nicht möglich, da der OP-Zuschlag Nummer 444 und daraus folgernd der Zuschlag Nummer 448 nur für die Beobachtung und Betreuung bei operativen Eingriffen bei ambulanter Durchführung gewährt werden. Die Aufnahme einer eigenständigen Gebührenposition für den medikamentösen Abbruch ist nur durch eine Weiterentwicklung der GOÄ erreichbar. Aus der Übersicht (Tabelle) sind die Abrechnungsmodalitäten des operativen und medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zu entnehmen.

Die Übersicht ist insofern nicht abschließend, als sie nicht auf alle in diesem Zusammenhang möglichen Fragestellungen eingeht (zum Beispiel Kostenerstattung in Sozialhilfefällen, besonders gelagerte Einzelfälle, in denen weitere Leistungen notwendig sein können, zum Beispiel vor Durchführung der Narkose beim operativen Schwangerschaftsabbruch ein Elektrokardiogramm).

Auf einen Blick:

Leistungen und Abrechnung eines Schwangerschaftsabruchs nach GOÄ § 5a gemäß §24b Abs. 4 SGB V

Der für die Leistungen nach § 5 a der GOÄ zulässige Gebührenrahmen ist auf das 1,8fache (bei Laborleistungen des 1,5fache) beschränkt. Ein Überschreiten ist durch den Text des § 5 a „nur bis zum 1,8fachen" und den Verzicht der Berücksichtigung im § 5 Abs.2 Satz 4 bzw. § 5 Abs.3 sowie dem Verbot der Abdingung in § 2 Abs.1 Satz 2 GOÄ ausgeschlossen. Bei den aufgeführten Laborleistungen wird von der Inanspruchnahme einer Laborgemeinschaft (Basislabor) ausgegangen – s. S. 333.

Leistungen und Abrechnung eines Schwangerschaftsabruchs

Kurzlegende der Leistung	GOÄ Nr.	Schwangerschaftsabbruch		Anmerkungen	
		operativ	medikamentös	operativ	medikamentös
		Honorar in Euro			
Beratung nur 1 x im GOÄ-Behandlungsfall (Zeitraum eines Monats nach der ersten Inanspruchnahme des Arztes in der selben Angelegenheit) abrechenbar.	1	**8,39**	8,39	Erstuntersuchung. Gyn. + Narkoseuntersuchung Anästhesie	Erstuntersuchung. Gynäkologe

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Leistungen und Abrechnung eines Schwangerschaftsabruchs

Kurzlegende der Leistung	GOÄ Nr.	Schwangerschafts-abbruch		Anmerkungen	
		operativ	medika-mentös	operativ	medika-mentös
Untersuchung Genitaltrakt	**7**	16,79	16,79		
Ganzkörperstatus durch Anästhesis-ten(in)	**8**	27,28	–		
Ultraschall, ein Organ	**410**	–	20,99		
Maskennarkose	**460**	42,39	–		
Spinalanästhesie	**470**	41,96	–		
kleines Blutbild	**3550***	4,02	4,02		
Hämatokrit	**3503***	4,69	–	nur bei Spinal-anästhesie	
Kalium	**3557***	2,01	–		
partielle Thromboplastinzeit	**3605**	3,35	–		
Thromboplastinzeit n. Quick	**3607**	3,35	–		
Schwangerschaftsabbruch	**1055**	83,93	83,93		
vaginale Behandlung	**1075**	4,72	–		
i.v. Injektion	**253**	7,34	–		
Infusion	**272**	18,88	–		
Applikation wehenfördernden Medikaments	**1075**	–	4,72		
ggf. Assistenz	**62**	15,73	–		
Ultraschall, ein Organ – bis zu 3 Organen, je Organ – Zuschlag b-transkavitärer Sono	**410** **420** **ggf. 403**	–	20,99 8,39 15,73	Folgeuntersuchung Gynäkologie	
ggf. Beratung	**1**	8,39	–		
Untersuchung, symptombez.	**5**	8,39	8,39		
Sachkosten				Material nach § 10 GOÄ	Mifegyne + Prostaglandin
Zuschlag amb. OP	**444**	75,77	–		
Zuschlag amb. Narkose	**447**	37,89	–		
postop. Überwachung*	**448**	34,97	–		
Summe: Die als resultierende Summe ausgewiesenen Beträge können je nach den Umständen des Einzelfalls abweichen und zu einer anderen Rechnungssumme führen.					

Die Tabelle zum Artikel aus 2001 (Dtsch Arztebl 2001; 98(8): A-488 / B-392 / C-370 – www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=26170) wurde wie oben modifiziert und die Bewertungen der einzelnen GOPs – statt wie 2001 in DM- jetzt in Euro angegeben.

* Auch wenn beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ggf. eine Liegezeit der Patientin in der Praxis erforderlich ist, ist die Nr.444 wegen des Nichterfüllens der Anforderung der Gebührenordnung, dass eine operative Leistung unter Narkose vorangegangen sein muss, nicht abrechenbar.

Kommentar: Entsprechend den Anmerkungen im § 5a darf bei einem Abbruch nach § 218a StGB nur der 1,8fache Satz angesetzt werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen.

1056 Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals – **1200** 160,87 69,94 244,81

Neben der Leistung nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1056 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020 – 1032, 1041, 1050, 1060, 1096, 1097.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1060	**Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 1060 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020, 1050, 1052, 1055, 1056, 1096		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
1061	**Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos**	**185** 10,78	24,80 37,74
1062	**Vaginoskopie bei einer Virgo**	**178** 10,38	23,86 36,31
Ausschluss:	Neben Nr. 1062 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1063		
Analog:	Nach Kommentierung Wezel/Liebold kann für die Vaginoskopie einer Nicht-Virgo die Nr. 1062 als analoge Leistung abgerechnet werden.		
1063	**Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr**	**240** 13,99	32,17 48,96
Ausschluss:	Neben Nr. 1063 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1062		
1070	**Kolposkopie**	**73** 4,25	9,79 14,89
1075	**Vaginale Behandlung – auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen –**	**45** 2,62	6,03 9,18
Ausschluss:	Neben Nr. 1075 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1042, 1081, 1082		
Kommentar:	Werden definierte Leistungen durchgeführt, so ist • für die Kauterisation die Nr. 1083 • für die Hitzekoagulation die Nr. 1084 • und für die Kryochirurgie die Nr. 1085 abrechenbar.		
Tipp:	Die Leistung nach Nr. 1075 ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 1070, 1087, 1088 und Vorsorge-Untersuchungen.		
1080	**Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes**	**106** 6,18	14,21 21,62
1081	**Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbständige Leistung**	**59** 3,44	7,91 12,04
Ausschluss:	Neben Nr. 1081 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1042, 1075, 1082		
Tipp:	Die Leistung nach Nr. 1081 ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 1070, 1075 und Vorsorge-Untersuchungen.		
1082	**Ausstopfung der Gebärmutter – gegebenenfalls einschließlich Scheide – zur Blutstillung, als selbständige Leistung –**	**178** 10,38	23,86 36,31
Ausschluss:	Neben Nr. 1082 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1042, 1075, 1081		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1083	**Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung**	**70** 4,08	9,38 14,28
Ausschluss:	Neben Nr. 1083 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1084, 1086, 1102, 1103		
1084	**Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbständige Leistung**	**118** 6,88	15,82 24,07
Ausschluss:	Neben Nr. 1084 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1083, 1086, 1102, 1103		
1085	**Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbständige Leistung**	**296** 17,25	39,68 60,39
Kommentar:	Nr. 1085 analog für die Kryokoagulation der Portio.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
1085 analog	**Kryokoagulation der Portio – (analog Nr. 1085 GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**	**296** 17,25	39,68 60,39
1086	**Konisation der Portio**	**296** 17,25	39,68 60,39
Ausschluss:	Neben Nr. 1086 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1083, 1084, 1103		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
1087	**Einlegung oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters**	**55** 3,21	7,37 11,22
Ausschluss:	Neben Nr. 1087 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1155, 1156		
Tipp:	Die Leistung ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 1070, 1075 und Vorsorge-Untersuchungen.		
1088	**Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes**	**93** 5,42	12,47 18,97
Tipp:	Die Leistung ist kombinierbar z.B. mit Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6, 7, 8, 1070, 1075 und Vorsorge-Untersuchungen.		
1089	**Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide**	**463** 26,99	62,07 94,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
1090	**Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars**	**52** 3,03	6,97 10,61
Kommentar:	In der Regel kann die Leistung zweimal pro Zyklus erbracht und abgerechnet werden. Bei Zwischenblutungen und bei Fluor kann auch ein häufigeres Wechseln medizinisch erforderlich sein und damit auch abgerechnet werden. Abrechnungsfähig ist die Leistung nur, wenn es gilt, eine gesundheitliche Gefährdung der Patientin durch eine Schwangerschaft zu vermeiden. In allen anderen Fällen, wenn ein Pessar nur zur allgemeinen Schwangerschaftsverhütung benutzt wird, zahlt die private Krankenversicherung und auch die Beihilfestelle nicht.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1091	**Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars**	**106** 6,18	14,21 21,62

Kommentar: Ähnlich wie die Leistung nach Nr. 1090 kann auch die Leistung nach Nr. 1091 mehrmals abgerechnet werden.
Sie wird nur von der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe erstattet, wenn es gilt, wegen einer gesundheitlichen Gefährdung der Patientin eine Schwangerschaft zu vermeiden. In allen anderen Fällen muss die Patientin die entsprechenden Kosten selbst tragen.

1092	**Entfernung eines Intrauterinpessars**	**52** 3,03	6,97 10,61

Kommentar: Ähnlich wie die Leistung nach Nr. 1091 kann auch die Leistung nach Nr. 1092 mehrmals abgerechnet werden. Siehe auch Kommentar zu Nr. 1091.

1095	**Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter**	**2310** 134,64	309,68 471,25
1096	**Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung**	**148** 8,63	19,84 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1096 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1020, 1044, 1050, 1052, 1055, 1056, 1060, 1091, 1092, 1097, 1099 – 1104

1097	**Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt – gegebenenfalls einschließlich Naht –**	**296** 17,25	39,68 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1097 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1043, 1096, 1099 – 1104

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1098	**Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide**	**296** 17,25	39,68 60,39

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1099	**Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra**	**647** 37,71	86,74 131,99

Ausschluss: Neben Nr. 1099 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1096, 1097

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1102	**Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund**	**148** 8,63	19,84 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1102 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1096, 1103

1103	**Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand – gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –**	**185** 10,78	24,80 37,74

Ausschluss: Neben Nr. 1103 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1083, 1084, 1086, 1096, 1102, 1104

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1104	**Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses – gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –**	**647** 37,71	86,74 131,99

Ausschluss: Neben Nr. 1104 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1096, 1097, 1102, 1103

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1105	**Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten –**	**180** 10,49	24,13 36,72

Ausschluss: Ausschlußnummer: Neben Nr. 1105 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 297

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Mehrfachberechnung der 4851. bzw. Nebeneinanderberechnung der Nrn. 4850, 4851, 4852, 1105 GOÄ (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)

Eine Mehrfachberechnung der Nr. 4851 GOÄ (z.B. wenn der gynäkologischen Krebsvorsorge Material sowohl aus der Portio als auch aus der Gebärmutterhöhle (nach Nr. 1105 GOÄ) untersucht wird), ist nicht möglich, weil in der Legende zu Nr. 4851 sowohl auf den zeitlichen Zusammenhang als auch auf den Plural „Präparate" abgestellt ist und zusätzlich noch klargestellt ist, „zum Beispiel aus dem Genitale der Frau".

Damit fallen Untersuchungen beider Abstrichentnahmen unter die nur einmalige Berechenbarkeit der Nr. 4851. Aus denselben Gründen ist auch der eigenständige Ansatz der Nr. 4852 neben der Nr. 4851 für die Untersuchung des Materials nach Nr. 1105 GOÄ nicht möglich, zumal hier auf andere Materialien als diejenigen nach Nr. 4851 abgestellt ist.

Hinsichtlich der Nebeneinanderberechnung der Nrn. 4850 und 4851 sieht der Ausschuss diese als möglich an, da Nr. 4851 nur auf die Krebsdiagnostik abgestellt ist und die Leistung nach Nr. 4850 nicht unter die „gegebenenfalls" in Nr. 4851 eingeschlossene „Beurteilung nicht zytologischer mikroskopischer Befunde" fällt. Zu beachten ist hier aber der Ausschluss der Nr. 297 neben Nr. 4850 aus der Anmerkung nach Nr. 4850. Dies berücksichtigt bereits die partielle Leistungsüberschneidung bei Nebeneinandererbringung der Leistungen nach Nr. 4851 und Nr. 4850.

1110	**Hysteroskopie**	**444** 25,88	59,52 90,58
1111	**Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)**	**739** 43,07	99,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1111 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1110

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich bei Verwendung eines OP-Mikroskopes Zuschlag nach Nr. 440 und bei Anwendung eines Lasers Zuschlag nach Nr. 441 abrechenbar!

1112	**Tubendurchblasung**	**296** 17,25	39,68 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1112 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1113

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1113	**Tubendurchblasung mit Druckschreibung**	**420** 24,48	56,31 85,68

Ausschluss: Neben Nr. 1113 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1087, 1112

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1114	**Insemination – auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens –**	**370** 21,57	49,60 75,48

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) **– Insemination der Oozyte durch Injektion des Spermatozoons durch das Oolemm (ICSI)**
Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.
Die Insemination der Oozyte durch Injektion des Spermatozoons durch das Oolemm ist nach Nr. 1114 berechnungsfähig. Die Leistung ist je Eizelle berechnungsfähig.
Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) **– Embryotransfer, einschließlich Einführen eines speziellen Doppelkatheters (In-vitro-Fertilisation)**
Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde
Der Embryonentransfer, einschließlich Einführen eines speziellen Doppelkatheters, ist mit der Nr. 1114 analog berechnungsfähig. Die Nr. 1114 analog kann nur einmal angesetzt werden, auch wenn mehr als ein Embryo übertragen wird.

Kommentar: Monologe und heterologe Inseminationen sind nach Nr. 1114 abrechenbar.

1114 analog	**Embryotransfer, einschl. Einführen eines spez. Doppelkatheters – (analog Nr. 1114 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK**	**370** 21,57	49,60 75,48
1120	**Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses – auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina –**	**647** 37,71	86,74 131,99

Ausschluss: Neben Nr. 1120 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1044, 1121, 1126, 1128

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1121	**Operation eines alten vollkommenen Dammrisses**	**1660** 96,76	222,54 338,65

Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1121 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1044, 1045, 1126, 1127, 1128.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

1122	**Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses**	**739** 43,07	99,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1122 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1128, 1129.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1123	**Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 1123 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1061, 1124, 1128, 2400.

1123a	**Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter**	**2270** 132,31	304,32 463,09

Ausschluss: Neben Nr. 1123a ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2400.

1124	**Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide**	**3700** 215,66	496,02 754,82

Ausschluss: Neben Nr. 1124 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1123, 1123a.

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

1125 Vordere Scheidenplastik

924 123,87
53,86 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 1125 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1126, 1127, 1128, 1165, 1780

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

1126 Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik

1290 172,94
75,19 263,17

Ausschluss: Neben Nr. 1126 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1121, 1125, 1127, 1128, 1163, 1165, 1780.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

1127 Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik

1660 222,54
96,76 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 1127 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1121, 1125, 1126, 1128, 1163, 1780.

1128 Scheiden- und Portioplastik – gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z.B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik –

2220 297,61
129,40 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 1128 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1121, 1122, 1125 – 1127, 1129, 1135, 1780.

1129 Plastische Operation am Gebärmutterhals und/oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z.B. nach Shirodkar)

739 99,07
43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1129 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1122, 1128, 1135.

Auf einen Blick: **Abrechnung von Uterusoperationen**

Kurzlegende	OP vaginal	OP abdominal
Antefixierende OP des Uterus	**–**	**1147**
Exenteration, Radikaloperation	**–**	**1168**
Korrektur einer **Isthmusinsuffizienz** (z.B. n. Shirodkar)	**1129**	**–**
Operative Entfernung eines Stützbandes oder Metallnaht nach Isthmusinsuffizienz-OP	**1131**	**–**
Myomenukleation	**1137**	**1162**
Scheiden- u. Portioplastik ggf. mit **Zervixamputation**	**1128**	
Uterus Totalextirpation mit Adnexentfernung	**1139**	
Uterus Totalextirpation ohne Adnexentferung	**1138**	
Uterusamputation, supravaginal	**–**	**1161**
Uterusmissbildungen, Beseitigung	**–**	**1160**
Zervix Plastische OP am Gebärmutterhals	**1129**	**–**
Zervixamputation	**1135**	
Radikaloperation des Zervixkrebses mit Entfernung regionärer LK	**–**	**1166**
Radikaloperation des Zervixkrebses mit Entfernung der Lymphstromgebiete	**–**	**1167**

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1131 Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation

379 22,09 50,81 77,32

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1135 Zervixamputation

554 32,29 74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1135 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1128, 1129, 1166. 1167, 1780.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1136 Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie – auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses –, als selbständige Leistung

379 22,09 50,81 77,32

Ausschluss: Neben Nr. 1136 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 316, 317, 1158, 3137.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1137 Vaginale Myomenukleation

1290 75,19 172,94 263,17

Ausschluss: Neben Nr. 1137 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1138, 1139, 1162.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

1138 Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung

2770 161,46 371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 1138 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1139

1139 Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung

3330 194,10 446,42 679,34

Ausschluss: Neben Nr. 1139 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1129, 1138.

Auf einen Blick: **Eingriffe an den Adnexen**

Leistung	GOÄ Nr.
Pelviskopie ggf. Probeexzision oder -punktion	**1555**
Pelviskopie mit abdominellem Eingriff z.B. an Tuben, Ovar (z.B. Tubensterilisation, Inzision, Punktion)	**1156**
Eingriff (abdominal, vaginal, laparoskopisch) **Adnexentfernung einseitig** **Adnexentfernung beidseitig** **Adnexentfernung** mit Hysterektomie	**1145** **1146** **1139**
OP einer Eileiterschwangerschaft	**1048**

1140 Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation

333 19,41 44,64 67,93

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

1141 Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z.B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)

554 32,29 74,27 113,02

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1145	**Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 1145 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1146, 1148, 1149.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1146	**Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyseund/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1146 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1145, 1148, 1149.		
1147	**Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle**	**1480** 86,27	198,41 301,93
1148	**Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), einseitig**	**2500** 145,72	335,15 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1148 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1145, 1146, 1149.		
1149	**Plastische Operation bei Tubensterilität (z.B. Implantation, Anastomose), beidseitig**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1149 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1145, 1146, 1148.		
1155	**Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben der Nr. 1155 sind die nachfolgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 315, 316, 317, 700, 701, 1087, 1156, 2401, 2402.		
Analog:	Analoger Ansatz für die transabdominelle Blutentnahme aus der Nabelschnur.		
Tipp:	• Bei ambulanter OP: Zuschlag nach der Nr. 444 nicht vergessen. • Die Kosten für gebrauchte Füllgase (CO_2) sind gesondert berechnungsfähig.		
1156	**Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –**	**1050** 61,20	140,76 214,21
Ausschluss:	Neben Nr. 1156 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 315, 316, 317, 700, 701, 1155, 2401, 2402.		
Kommentar:	Nr. 1156 ist analog für die transabdominelle Chorionzottenbiopsie ansetzbar.		
Tipp:	• Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen! dazu ggf. 441. • Die Kosten für gebrauchte Füllgase (CO_2) sind gesondert berechnungsfähig.		
IGeL:	Refertilisationsmaßnahmen nach operativer Sterilisation		
A 1157	**Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallicht (analog Nr. 1158 GOÄ) 739 Pkt. – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**739** 43,07	99,07 150,76
1158	**Kuldoskopie – auch mit operativen Eingriffen –**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 1158 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 316, 317.		
Kommentar:	Analog für die transzervikale Chorionzottenbiospie.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1159	**Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile – auch Vulvektomie –**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Kommentar:	Analog für die Abtragung von Schürzenbildung oder für die Vulvektomie bei Kraurosis vulvae ansetzbar.		
Analog:	Nr. 1159 analog für Denervierung der Vulva bei Pruritus oder bei Abtragung einer Schürzenbildung – Empfehlung nach Kommentar Brück		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1160	**Operative Beseitigung von Uterusmißbildungen (z.B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1161	**Uterusamputation, supravaginal**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 1161 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1138, 1139.		
1162	**Abdominale Myomenukleation**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1162 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1137.		
1163	**Fisteloperation an den Geschlechtsteilen – gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1163 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1126, 1127, 1721, 1722, 3220 – 3223.		
1165	**Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses**	**3140** 183,02	420,95 640,58
Ausschluss:	Neben Nr. 1165 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1125, 1126, 1127, 1159.		
1166	**Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten**	**4620** 269,29	619,36 942,51
Ausschluss:	Neben Nr. 1166 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1135, 1167, 1168, 1809.		
1167	**Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphostromgebiete, auch paraaortal**	**4900** 285,61	656,90 999,63
Ausschluss:	Neben Nr. 1167 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1135, 1166, 1168, 1809.		
1168	**Exenteration des kleinen Beckens**	**5900** 343,90	790,96 1203,63
Ausschluss:	Neben Nr. 1168 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1138, 1139, 1161, 1166, 1167.		

I Augenheilkunde

Anmerkungen der Autoren

Für die 5. Auflage der GOÄ (damals erschienen im ecomed Verlag, Landsberg, 2011) hatten die Herausgeber Hermanns, Filler und Roscher unter Mitarbeit des in München niedergelassenen Augenarztes Dr. med. A. Zarth, die Ausschlussziffern zu den einzelnen GOÄ-Leistungspositionen der Augenheilkunde in verschiedenen Kommentarwerken zur GOÄ überprüft. Dabei fiel auf, dass sich die Ausschlüsse in den einzelnen Kommentaren erheblich unterscheiden.

Die Allgemeinen Abrechnungsbestimmungen im Paragraphenteil der offiziellen GOÄ und die – wenn auch nur vereinzelten – Ausschlüsse bei den einzelnen Gebührenpositionen sind nicht immer einfach zu durchschauen.

Hinzu kommt, dass die einzelnen Kommentar-Autoren in ihren Werken noch weitere Ausschlüsse aufführen. Häufig werden aus den oft sehr schwer verständlichen Texten unterschiedliche Schlüsse gezogen.

Dies kann bei der Honorarabrechnung zur Aufführung einander ausschliessender Leistungen (GOÄ Nrn.) oder zum Weglassen zulässiger Leistungen führen. Insofern kommt es bei Auslegung der Gebührenpositionen immer wieder zu strittigen Auseinandersetzungen.

Auch zwischen den Ausschlüssen z.B. in der GOÄ und der UV-GOÄ bestehen Unterschiede.

Wichtig erscheint nach unserer Überprüfung nochmals der Hinweis: NUR der offizielle Text der GOÄ ist rechtsverbindlich. Die Beschlüsse bzw. Empfehlungen der BÄK zu Abrechnungsfragen sind allenfalls rechtsrelevant, da sie für die Auslegung der GOÄ als gewichtig angesehen werden. Ein Gericht kann im Streitfall ein Sachverständigen-Gutachten anfordern, um eine fragliche Auslegung zu klären.

IGeL-Augenheilkunde

Angebotene IGeL-Leistungen von Augenärzten im Internet

Die Autoren haben über 20 Internetseiten von niedergelassenen Augenärzten und einzelnen Augenkliniken auf IGeL-Angebote untersucht.

Die folgende Aufstellung gibt die am häufigsten den Patienten angebotenen Leistungen – in der Diktion der Ärzte im Web – wieder. Teilweise finden Sie in dieser Liste Methoden unter verschiedenen Begriffen aufgeführt.

Der Patient findet auch Leistungen, die primär nicht ins Gebiet der Augenheilkunde fallen, aber vom jeweiligen Augenarzt angeboten werden:

- **Akupunktur**
- **Akupunkturtaping**
- **Arbeitsbrillenanpassung**
- **Arbeitsmedizinische Untersuchung** z. B. auf Veranlassung des Arbeitgebers
- **Beratung vor Auslandsaufenthalten**
- **Besenreiser etc. – Gefäßverödung mit Argonlaser**
- **Biometrie** (IOL Master), Kalkulation der Kunstlinsenstärke
- Untersuchung zur Verordnung einer **Bildschirmbrille** (außerhalb arbeitsmedizinischer Untersuchungen)
- **Brillenberatung**
- **Untersuchung des Farbunterscheidungsvermögens**
- **Fahrgutachten**
- **Fliegerärztliche Untersuchungen**
- **Führerschein-Sehtest, -Zeugnis, -Gutachten**
- **Glaukomvorsorge: Messung der Sehnervenfasern (GDx)**
- **Früherkennung** Grüner Star (**Glaukom**)
- **Homöopathie**
- **Hornhaut-Dickenmessung (Pachymetrie)**
- **Hornhauttopographie**
- **HRT** (Heidelberger-Retina-Tomograph) **Vermessung der Papille, Nervenfaseranalyse**
- **Intravitreale Injektionen** bei feuchter Makuladegeneration (z.B. Avastin, Lucentis oder Macugen)

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_11,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

- **Kinder-Augenvorsorge (Amblyopie)**
- **Kontaktlinsen Anpassung/Beratung** außerhalb der Erstattungsfähigkeit durch die Krankenkassen
- **Lidoperationen:**
  - Korrekturen der Ober- und Unterlider aus kosmetischen Gründen z.B. Schlupflider
  - Entfernung störender Hautveränderungen
  - Laser-Chirurgie z.B. Entfernung von Warzen und Muttermalen
- altersbezogene **Makuladegeneration (AMD)** – Vorsorgeuntersuchungen
- **Untersuchung des Nachtsehens**, der Blendungsempfindlichkeit und der Nachtfahrtauglichkeit
- **Optos-Netzhautuntersuchung** zur Früherkennung von Augenerkrankungen
- **Perimetrie** – Bestimmung des Gesichtsfeldes
- **Photodynamische Therapie (PDT)** von chorioidalen Neovaskularisationen (CNV) im Makulabereich
- **Refraktive Chirurgie**, folgende Verfahren:
  - LASIK (Laser-in-situ-Keratomileusis)
  - PRK (Photorefraktive Keratektomie)
  - PKT (Phototherapeutische Keratektomie)
  - LASEK (Laserassistierte epitheliale Keratomileusis)
- **Sauerstoff-Mehrschnitt-Therapie**
- **Schlaganfall-Vorsorge (ARIC**- Atherosclerosis Risk in Communities) **Bestimmung des Schlaganfall-Risikoprofils**
- **Sehfehlerkorrektur mit Laser**
- **Sportmedizinische augenärztliche Untersuchungen**
- **Stereoskopische Vermessung des Sehnerven** bei Patienten mit Glaukom
- **Tränenfilmanalyse (Tearscope)**
- **Xanthelasmenbehandlung** mit Hochfrequenzchirurgische oder Laser

---

Ohne Wertung – aber mit Verwunderung – werden die folgenden Angebote aus Praxis-Internetseiten einiger Augenärzten aufgeführt:

Alternativtherapie

Maculadegeneration
- Sauerstofftherapie, Nahrungsergänzung: mit Vitaminen und Antioxidantien
- Akupunktur zur Wiederherstellung des Energiegewichtes

Glaucom (Grüner Star)
- Akupunktur zur Wiederherstellung des Energiegewichts, Sauerstofftherapie, Nahrungsergänzung mit Vitaminen und Antioxidation, Entspannungstraining

Complementäre und Alternative Medizin (CAM) hilft bei:
- Maculadegeneration
- Thrombose/Verschlusserkrankungen
- Glaukom
- Kurzsichtigkeit/Myopie
- Allergien
- Schmerztherapie/Kopfschmerzen
- Entwöhnung, Nikotin, Essstörung
- Tinnitus – „Schwindel“

Magnetfeldtherapie
- bei Durchblutungsstörungen, Schmerzzuständen und Wundheilungsstörungen.

Patientenfilme zum IGeL für das Wartezimmer TV
Die Firma docspot.tv bietet 3D-animierte IGeL-Filme LINK: (http://www.docspot.tv/a_igel.php?cat=2) – nicht gerade billig – für die Wartezimmer fast aller Fachgebiete an. Für die Augenheilkunde LINK: (http://www.docspot.tv/a_igel.php?cat=2#Augenheilkunde) werden angeboten:
- Augenärztliches Gutachten
- Eyemedics-Brillenwahl beim Augenarzt
- Fotodokumentation-Verlaufskontrolle

- GDX
- Heidelberg-Retina-Tomographie (HRT)
- Hornhautdickemessung (Pachymetrie)
- IOL-Master
- Kontaktlinsen beim Augenarzt
- LASIK – Augenlaserbehandlung
- LASIK – Augenlaserbehandlung (mit Voiceover)
- Lidkorrektur
- Makula Degeneration
- Makula Degeneration (mit Voiceover)
- Netzhautgefäßanalyse (Schlaganfall)
- Netzhautvorsorgeuntersuchung
- OCT (Optische Kohärenztomographie)
- Photodynamische Therapie
- RTA (Retinal Thickness Analyzer)
- Schielvorsorge für Kleinkinder
- Sehtest
- Selektive Lasertrabekuloplastik (SLT)
- Vorsorge Grauer Star (Pentacam)
- Vorsorge Grüner Star (Glaukomvorsorge)

Über den angegebenen Link können Sie sich jeweils Demo-Versionen ansehen.

Abrechnungsbeispiele

Beachten Sie bitte bei den folgenden Abrechnungsbeispielen ggf. vorliegende Ausschlussregelung. Meist sind nicht alle aufgeführten Leistungen erforderlich und manchmal können nicht alle angebotenen Leistungen nebeneinander bei einem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden.

Früherkennung: Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter Die augenärztliche Untersuchung auf Amblyopie und Strabismus umfasst

- Inspektion der Augen und der Adnexe
- Prüfung der Augenstellung und der Beweglichkeit, dabei sind Ab- und Aufdeck-Test und Brückner-Test anzuwenden
- Bestimmung der Sehschärfe entsprechend dem Alter
- Objektive Refraktionsbestimmung in Zykloplegie (Skiaskopie oder Refraktometer)
- Betrachtung des zentralen Augenhintergrundes
- Prüfung der sensorischen Binokularfunktion mit Stereopsis (z.B. Lang-Titmous-, TNO-Test)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
6	Untersuchung Augen	5,83	13,41
1200	Subj. Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	3,44	7,91
1201	Subj. Refraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
1202	Objekt. Refraktionsbestimmung	4,32	9,92
1203	Messung Maximal- o. Gebrauchsakkommodation	3,50	8,04
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus	5,30	12,20
1217	Qualit. u. quantit. Untersuchung des binokularen Sehaktes	14,11	32,44
A7028	Untersuchung u. Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, z.B. mit Prismenadaptionstest o. Disparometer (analog 1217 GOÄ)	14,11	32,44
831	Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z.B. Minor) einschl. Wärmeanwendung u./o. Injektionen –	4,66	10,72

Blepharochalasis-OP

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
1	Beratung	4,66 €	10,73

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
491	Infiltrationsanästhesie gr. Bezirke	7,05	16,22
1305	OPn der Lidsenkung (Ptosis)	43,07	99,07
1306	OP der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung	64,70	148,81
1311	Augenlidplastik mittels Hautverschiebung	64,70	148,81
2404	Exzision einer Fettgeschwulst	32,29	74,27
443	Zuschlag zu Nr. 2404 bei amb. OP – nur 1 facher Satz abrechenbar	75,77	–
441	Zuschlag zu Nr. 2404 bei amb. OP für Laser	64,70	–

Glaukomfrüherkennung

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3-fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
6	Untersuchung Augen	5,83	13,41
1240	Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
1241	Gonioskopie	8,86	20,38
1256*	Tonometrie	5,83	10,49
A7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits, (analog Nr. 423 GOÄ)	29,14	67,03

Kontaktlinsen-Anpassung

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach€	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
1210	Kontaktlinsen-Anpassung und -Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung (ein Auge)	13,29	30,57
1211	Kontaklinsen-Versorgung (beide Augen)	17,49	40,22
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der Kontaktlinsen – ein Auge	7,69	17,70
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der Kontaktlinsen – beide Augen	11,54	26,54
1201	Subjekt. Refraktionsbestimmung m. sphärisch-zylindrischen Gläsern	5,19	11,93
1203	Messung Maximal- o. Gebrauchsakkommodation	3,50	8,04
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – ggf. einschl. qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes	5,30	12,20
1217	Qualit. u. quantit. Untersuchung des binokularen Sehaktes	14,11	32,44

Ausschlüsse: Nr. 6 nicht neben 103, 1204,1210–1213,1228,1240

Entfernung eines kleineren Lidtumors/Chalazion

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
1	Beratung	4,66	10,73
491	Infiltrationsanästhesie gr. Bezirke	7,05	16,22
1282	Entfernung einer Geschwulst	8,86	20,38
204	Kompressionsverband	5,54	12,74
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – ggf. einschl. qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes	5,30	12,20
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	8,86	20,38

Zur kosmetische Lidchirurgie gehört die Behandlung von:
- Blepharochalasis (Schlupflider)
- Chalazion (Hagelkorn)
- Kosmetische Lidstraffung
- Gutartige Lidtumoren
- Ptosis
- Xanthelasma

Refraktionschirurgie auf Patientenwunsch

Die Kommission Refraktive Chirurgie (KRC) der DOG und des BVA (http://www.augeninfo.de/krc/qualit.pdf) informiert (Ausschnitt):

Behandlungshonorare
„...Die refraktiv-chirurgische Versorgung und eventuell zusätzliche, damit in Zusammenhang stehende vorangehende und nachfolgende ärztliche Leistungen sind grunsätzlich keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nicht möglich, da es sich nach derzeitiger Rechtsauffassung bei komplikationslosem Verlauf um eine selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit handelt und somit kein Anspruch auf Lohnfortzahlung besteht.

Die refraktive Chirurgie ist von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Katalog der individuell zu finanzierenden Gesundheitsleistungen aufgenommen worden. Sie zählt zudem gemäß der „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB Richtlinien)“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10.12.1999 nach Anlage B zu den
„**Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen**“ (publiziert im Deutschen Ärzteblatt 2000; 97: A-864 – A-868).

Die ausführliche Beratung vor einem refraktiven Eingriff mit eventuell zusätzlich notwendigen Untersuchungen sowie ggf. die Weiterleitung an einen entsprechenden Operateur sind von dem die Leistung erbringenden Augenarzt direkt nach GOÄ in Rechnung zu stellen; eine Erstattung von Honoraranteilen des Operateurs an den Zuweiser ist rechtlich unzulässig. Für die Honorierung der Operation selbst sind ebenfalls die Bestimmungen der GOÄ unter Hinzuziehung von Analogziffern anzuwenden. Die Bundesärztekammer hat hierzu Empfehlungen herausgegebenen (z.B. für die PRK bzw. PTK die Ziffer A 5855, für die LASIK die Ziffer 1345 in Kombination mit der Analogziffer A 5855).

Da es sich bei refraktiv-chirurgischen Eingriffen nicht um kosmetische Operationen handelt, kann die Behandlung eventueller postoperativer Komplikationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bei komplikationslosem Verlauf ist davon auszugehen, dass nach 3 Monaten die Behandlung im Rahmen des refraktiv-chirurgischen Eingriffes abgeschlossen ist.
Die nach Implantation phaker IOL jährlich erforderliche Untersuchung des Hornhautendothels kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, sondern ist vom Untersucher nach GOÄ zu liquidieren (siehe Analogziffern des BVA)...“

1. Präoperative Diagnostik vor Refraktionschirurgie*
Bei analoger Bewertung ist in der Patienten-Rechnung immer auch der Kurztext der ursprünglichen Leistung aufzuführen. Hinweise zur korrekten Abrechnung siehe bei GOÄ **§ 6 Gebühren für andere Leistungen.**

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3-fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	20,11
1	Beratung	4,66	10,73
6	Untersuchung aller Augenabschnitte	5,83	13,41
1203	Messung Maximal- o. Gebrauchsakkommodation	3,50	8,04
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	2,62	6,03
1256*	Tonometrie	5,83	10,49
1217	Qualit. u. quantit. Untersuchung des binokularen Sehaktes	14,11	32,44
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)	5,30	12,20

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3-fach €
1202	Objekt. Refraktionsbestimmung	4,32	9,92
1201	Subj. Refraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
1234 analog	Pupillenweite Helligkeit	5,30	12,20
1234 analog	Pupillenweite Dunkelheit	5,30	12,20

R. Hess und R. Klakow geben in ihrem **IGeL-Kompendium für die Arztpraxis (2005)** auf Seite 126 für die **Präoperative Untersuchung vor einem refraktionschirurgischen Eingriff auf Wunsch des Patienten** folgende GOÄ Leistungspositionen an

GOÄ Nrn. 1, 6, 1201, 1202 1209, 1216, 1234, 1235, 1242, 1256

und erläutern dazu*: „...Der Umfang der prä- und postoperativen Diagnostik schwankt je nach individuellem Bedarf und Operationsergebnis...":*

Voruntersuchung Abberometer

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3-fach €
415 analog	Hornhauttopographie ([1]3,5facher Satz berechnet)	17,49	61,22[1]
424 analog	Abberometrie ([1]3,5facher Satz berechnet)	40,80	142,80[1]
405	Zuschlag für Farbkodierung (nur Ifacher Satz möglich)	11,66	–
1201	Subj. Refraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
1242	Biokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	8,86	20,37

2. Refraktionschirurgie - LASIK (Femtolaser) beide Augen an einem Tag

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
415 analog	Hornhauttopographie ([1]3,5facher Satz berechnet)	17,49	61,22[1]
410	Ultraschall Biometrie 1. Auge	11,66	26,81
420	Ultraschall Biometrie 2. Auge	4,66	10,72
410 analog	Pachymetrie 1. Auge	11,66	26,81
420 analog	Pachymetrie 2.Auge	4,66	10,72
5855* analog	Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung rechtes Auge – analog Ansatz – ([2] 3facher Satz berechnet)	402,18	1.208.64[2]
5855* analog	Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung linkes Auge – analog Ansatz – (3facher Satz berechnet)	402,18	1.208.64[2]
1345	Laser in situ – Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung rechtes Auge – ([3] 8facher Satz berechnet)	96,76	774.08[3]
1345	Laser in situ – Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung linkes Auge – ([3] 8facher Satz berechnet)	96,76	774.08[3]
6	Untersuchung aller Augenabschnitte	5,83	13,41
445	Zuschlag amb. OP (nur 1facher Satz möglich)	128,23	–
440	Zuschlag f. OP-Mikroskop (nur 1facher Satz möglich)	23,32	–

3. Postoperatative Kontrolle nach Refraktionschirurgie

Nachuntersuchung 1. Tag

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
1202	Objekt. Refraktionsbestimmung	4,32	9,92
1201	Subj. Refraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
6	Untersuchung aller Augenabschnitte	5,83	13,41
415 analog	Hornhauttopographie ([1]3,5facher Satz berechnet)	17,49	61,22[1]

Nachuntersuchung 1–3 Wochen

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
1202	Objekt. Retraktionsbestimmung	4,32	9,92
1201	Subj. Retraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
6	Untersuchung aller Augenabschnitte	5,83	13,41
415 analog	Hornhauttopographie ([1]3,5facher Satz berechnet)	17,49	61,22[1]

R. Hess und R. Klakow geben in ihrem **IGeL-Kompendium für die Arztpraxis** auf Seite 125 für die **Nachuntersuchung innerhalb von 1–3 Wochen nach einem refraktionschirurgischen Eingriff auf Wunsch des Patienten** folgende GOÄ Leistungspositionen an:
GOÄ Nrn. 6, 1201, 1202, 1216, 1234, 1235, 1242 und 1256.

Nachuntersuchung 6–8 Wochen

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
1	Beratung	4,66	10,73
1202	Objekt. Retraktionsbestimmung	4,32	9,92
1201	Subj. Refraktionsbestimmung mit. sphärischen-zylindr. Gläsern	5,19	11,93
6	Untersuchung aller Augenabschnitte	5,83	13,41
1256*	Tonometrie	5,83	10,49
415 analog	Hornhauttopographie ([1]3,5facher Satz berechnet)	17,49	61,22[1]

Leistungsketten für IGeL-Leistungen
Das **Privatärztliche Rechenzentrum Gerhard Lauterbach**, das seit 1985 speziell Augenärzte betreut, hat uns für zahlreiche IGeL-Leistungen die Abrechnungsnrn. nach GOÄ aufgelistet, die von ihren Augenärzten abgerechnet werden. Wir geben diese Aufstellung als Anregung für Ihre eigene individuelle Abrechnung weiter.
Die einzeln aufgenommen Beratungs- und Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 1, 3 und die Leistung der Untersuchung nach Nr. 6. wird der Arzt individuell ansetzen. Wichtig ist, dass nicht immer alle hier aufgeführten Leistungen nebeneinander abrechenbar sind.

Augenbrauenlift

	GOÄ Nrn.
Beratung vor OP und präoperative Leistungen	**34, 1, 3, 6, 1200, 1216, 75**
Operation	**602, 444, 440, 650**
Rechtes Auge	**1320, 491, 1305, 2382 analog (Verschiebeplastik oberhalb der Augenbrauen)**
Linkes Auge	**1320, 491, 1305, 2382 analog (Verschiebeplastik oberhalb der Augenbrauen)**
Postoperative Leistungen	**530, 1240, 75**

Levatorrezession

	GOÄ Nrn.
Beratung vor OP und präoperative Leistungen	**34, 1, 3, 6, 1200, 1216, 75**
Operation	**602, 444, 440, 650**
Rechtes Auge	**1305, 491,** **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1283** (Fettgewebsresektion), **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Linkes Auge	**1305, 491,** **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1283** (Fettgewebsresektion), **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Postoperative Leistungen	**530, 1240, 530, 75**

Transcutane Levatorresektion

	GOÄ Nrn.
Beratung vor OP und präoperative Leistungen	**34, 1, 3, 6, 1200, 1216, 75**
Operation	**602, 444, 440, 650**
Rechtes Auge	**1306, 491,** **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Linkes Auge	**1306, 491,** **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Postoperative Leistungen	**530, 1240, 45, 75**

Unterlidblepharoplastik, bds. inkl. Fettgewebsresektion, 3 Logen

	GOÄ Nrn.
Beratung vor OP und präoperative Leistungen	**34, 1, 3, 6, 1200, 1216, 75**
Operation	**602, 444, 440, 650**
Rechtes Auge	**1320, 491,** **1311** (Blepharoplastik), **1283** (Fettgewebsresektion), **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Linkes Auge	**1320, 491,** **1311** (Blepharoplastik), **1283** (Fettgewebsresektion), **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie** **1304 analog (Lidfurchenrekonstruktion),** **1291 analog (transkutane vordere Orbitotomie)**
Postoperative Leistungen	**530, 1240, 45, 75**

Kommentar:
Alle im Kapitel I. Augenheilkunde angegebenen diagnostischen Leistungen beziehen sich – soweit in der Leistungslegende nicht etwas anderes beschrieben ist – auf die Untersuchung beider Augen. Die Untersuchungen sind daher nur einmal abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1200	**Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern**	**59** 3,44	7,91 12,04

Ausschluss: Neben Nr. 1200 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1201 – siehe dazu den Kommentar.

Kommentar: Die Leistungen nach Nr. 1200 und 1201 sind nach Brück nebeneinander abrechenbar, wenn nur ein Auge Astigmatismus aufweist, dann beim anderen Auge Nr. 1201 abrechnen.

Analog: siehe Nr. A 7002 Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennerverfahren analog Nr. 1200

IGeL: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind u.a. die Leistungen nach den Nrn. 1200 oder 1201, 1202, 1216 und die Untersuchungen nach Nr. 6 abrechenbar.

1201	**Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern**	**89** 5,19	11,93 18,16

Ausschluss: Neben Nr. 1201 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1200 – s. Kommentar zu Nr. 1200

Kommentar: Siehe Nrn. 1216, 1217.

IGeL: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind u.a. die Leistungen nach den Nrn. 1200 oder 1201, 1202, 1216 und die Untersuchungen nach Nr. 6 abrechenbar.

1202	**Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers**	**74** 4,31	9,92 15,10

Ausschluss: Neben Nr. 1202 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1210 – 1213

Tipp: Neben Nr. 1202 können die Nrn. 1200 oder 1201 abgerechnet werden.

IGeL: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind die Leistungen u.a. nach den Nrn. 1200 oder 1201, 1202, 1216 und die Untersuchungen nach Nr. 6 abrechenbar.

1203	**Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer**	**60** 3,50	8,04 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 1203 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8

Kommentar: Nach **Hoffman und Kleinken** ist der Leistungsinhalt der Nr. 1203 „*...auch nit der dynamischen Nahbrillenbestimmung nach Reiner erfüllt...*“

IGeL: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind die Leistungen u.a. nach den Nrn. 1200, 1201, 1202, 1203, 1216 und die Untersuchungen nach Nr. 6 abrechenbar.

1204	**Messung der Hornhautkrümmungsradien**	**45** 2,62	6,03 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 1204 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 1210 – 1213.

Kommentar: Nach **Brück** ist bei irregulärem Astigmatismus eine mehrmalige Untersuchung und Abrechnung möglich. Leistung nach Nr. 1204 gerade in der Kontaktlinsenanpassung – aber auch bei unklaren Visusminderungen – sinnvoll, besser aber die Untersuchung mit dem Keratographen – Abrechnung nach A 7009 analog Nr. 415.

1207	**Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit**	**70** 4,08	9,38 14,28

Kommentar: Die Leistung ist auch bei der Messungen von Einstärkenbrillen nach Empfehlung des Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer – laut Kommentar **Wezel/Liebold** – ansetzbar. Bei Messung mehrerer Brillen mehrfach ansetzbar.

1209	**Nachweis der Tränensekretionsmenge (z.B. Schirmer-Test)**	**20** 1,17	2,68 4,08

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Analog: Nr. 1209 analog für break-up-time ansetzen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1210	**Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –**	**228** 13,29	30,57 46,51

Ausschluss: Neben Nr. 1210 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6, 1202, 1211, 1213, 1240

Kommentar: Die GOÄ enthält keine Indikationsliste. Augenärzte und PKV-Kassen halten sich aber meist an die Indikationsliste im entsprechenden Paragraphen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 16. Oktober 2008, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 61 S. 462, in Kraft getreten am 7. Februar 2009 (http://www.g-ba.de/downloads/62-492-309/RL-Hilfsmittel-Neufassung-2008-10-16.pdf).

Hilfsmittel-Richtlinie § 15 Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe
(1) Bei erfüllter Kontaktlinsenindikation zur Verbesserung der Sehschärfe (Abs. 3) ist primär eine beidäugige Versorgung anzustreben, sofern medizinisch zweckmäßig. Verordnungsfähig sind ausschließlich Ein-stärken-Kontaktlinsen. Formstabile Kontaktlinsen stellen die Regelversorgung dar.
(2) Die Verordnung weicher Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe bedarf einer besonderen Begründung. Ein ausreichender Trageversuch mit formstabilen Linsen muss erfolglos durchgeführt worden sein.
(3) Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe können nur bei nachstehend aufgeführten Indikationen verordnet werden:

1. Myopie = 8,0 dpt,
2. Hyperopie = 8,0 dpt,
3. irregulärer Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent-punkte verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
4. Astigmatismus rectus und inversus = 3,0 dpt,
5. Astigmatismus obliquus (Achslage 45°+/- 30°, bzw. 135° +/- 30°) = 2 dpt,
6. Keratokonus,
7. Aphakie,
8. Aniseikonie $>$ 7 % (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
9. Anisometropie = 2,0 dpt.

(4) Weichlinsen als Austauschsysteme zur Verbesserung der Sehschärfe für die begrenzte unterbrochene – im Einzelfall bei Handhabungsproblemen auch ununterbrochene – (7 bis 30-tägige) Tragedauer sind nur dann verordnungsfähig, wenn formstabile Linsen nicht getragen werden können und wenn konventionelle Weichlinsen trotz sachgerechter Pflege mit konventionellen Reinigungsverfahren aufgrund nicht entfernbarer Eiweißab-lagerungen in hoher Frequenz verworfen werden müssen.
(5) Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht regelhaft ununterbrochen getragen werden sollen, ist bei nach Absatz 3 und Absatz 4 verordneten Kontaktlinsen die zusätzliche Verordnung von Brillengläsern möglich. Bei Alterssichtigkeit sind zusätzlich zu Kontaktlinsen Einstärkenbrillengläser für den Nahbereich verordnungsfähig.
(6) Nicht verordnungsfähig sind:

1. Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse/Verbandschale) nach nicht zu Lasten der GKV erbringbaren Eingriffen,
2. Kontaktlinsen in farbiger Ausführung zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris (Ausnahme Irislinse gemäß § 17 Absatz 1 Nr. 11 und § 17 Absatz 2),
3. so genannte One-Day-Linsen,
4. multifokale/Mehrstärken-Kontaktlinsen,
5. Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
6. Reinigungs- und Pflegemittel.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Brück erweiterte in seinem Kommentar die Liste noch um folgende Indikationen
- „... als Verbandslinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrenden Hornhautverletzungen oder bei Einsatz als Medikamententräger
- als Occlussionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut..."

Müssen wegen Unverträglichkeit von harten Kontaktlinsen (Haftschalen) weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind dafür nur die Leistungen nach den GOÄ Nrn. 1212 oder 1213 abrechnungsfähig.
Beihilfe: Die Beihilfe übernimmt ähnli'ch wie die GKV nur die Kosten für Kontaktlinsen, wenn eine Sehbehinderung Grad I nach WHO vorliegt, d. h. der Visus am besseren Auge mit Brille korrigiert unter 0,3 liegt.

IGeL: Anpassung von Kontaktlinsen und entsprechende Kontrolluntersuchungen bei Kontaktlinsen-Verordnung auf Patientenwunsch ohne Indikation nach GKV- oder PKV-Richtlinien. Dies gilt auch für die Nrn. 1211 – 1213, 1215.

1211 Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen zum Zwecke der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie

300 40,22
17,49 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 1211 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6, 1202, 1204, 1210, 1212, 1213, 1240

Kommentar: Müssen wegen Unverträglichkeit von Kontaktlinsen (Haftschalen) weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind dafür nur die Leistungen nach den GOÄ Nrn. 1212 oder 1213 abrechnungsfähig. Siehe Kommentar zu Nr. 1210 hinsichtlich der Beihilfe.

IGeL: Anpassung von Kontaktlinsen und/oder entsprechende Kontrolluntersuchungen bei Kontaktlinsen-Verordnung auf Patientenwunsch ohne Indikation nach GKV- oder PKV-Richtlinien.

1212 Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –

132 17,70
7,69 26,93

Ausschluss: Neben Nr. 1212 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6, 1202, 1204, 1210, 1211, 1213, 1240

Kommentar: Siehe Kommentierung Nr. 1210.

IGeL: Anpassung von Kontaktlinsen und/oder entsprechende Kontrolluntersuchungen bei Kontaktlinsen-Verordnung auf Patientenwunsch ohne Indikation nach GKV- oder PKV-Richtlinien.

1213 Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls Anpassung anderer Kontaktlinsen (Haftschalen), einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –

198 26,54
11,54 40,39

Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.
Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepaßt werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1213 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6, 1202, 1204, 1210, 1211, 1212, 1240

Kommentar: Siehe Kommentierung Nr. 1210.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

IGeL: Anpassung von Kontaktlinsen und/oder entsprechende Kontrolluntersuchungen auf Patientenwunsch ohne Indikation nach GKV- oder PKV-Richtlinien.

1215 Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung

121 16,22
7,05 24,68

Analog: Nr. 1215 analog für die differenzierte Farbsinnprüfung ansetzen.

1216 Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes –

91 12,20
5,30 18,56

Hinweis BÄK: Siehe Hinweis bei GOÄ Nr. 1217.

IGeL: Zur Früherkennung von Amblyopie und Strabismus sind die Leistungen nach den Nrn. 1200, 1201, 1202, 1216 und ggf. Nrn. 1203 und 1217 abrechenbar.

1217 Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes

242 32,44
14,11 49,37

Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1217 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5, 6

Hinweis BÄK: **Die BÄK erklärt am 6.1.1997 zur Überprüfung der Angemessenheit verschiedener augenärztlicher Liquidationen zu Nrn. 1240 / 1242 und 1216/ 1217**
Durch die Textfassung der Nr. 1242 „ggf. einschl. Spaltlampenmikroskopie der vorderen und hinteren Augenabschnitte“ und die in Nr. 1240 „ggf.“enthaltene Untersuchung des hinteren Poles ist Nr. 1240 nicht neben Nr. 1242 berechenbar. Zwar ist die Fassung der Nr. 1242 GOÄ fachlichunverständlich, da hier unterschiedliche Untersuchungsvorgänge mit unterschiedlichen Geräten und unterschiedlichen Zielsetzungen zusammengefasstsind, an der Textfassung kommt man jedoch nicht vorbei.
Die Leistung nach **Nr. 1216** ist eine mehr orientierende Untersuchung des beidäugigen Sehaktes ohne genauere quantitative Untersuchung (vgl. **Nr.1217** „qualitative und quantitative Untersuchung“). Die Leistung nach **Nr. 1217** kommt erst in Frage, wenn bei der Untersuchung nach **Nr. 1216** ein krankhafter Befund erhoben wurde. Dies wird im Wesentlichen durch die Diagnose begründet. Der von der Bundesärztekammer vertretene „Indikationskatalog“

- Parese
- Doppelbilder
- Schwankender Schielwinkel
- Kongenitales Schielsyndrom
- Kopfzwangshaltungen
- Vor- und Nachuntersuchzungen im Zusammenhang mit einer Schieloperation

wird vom Berufsverband der Augenärzte als überholt eingestuft. Nähere Ausführungen hierzu enthält jedoch der „augenärztliche Gebührenkommentar“ von Freigang nicht. Enthalten ist aber „nicht gerechtfertigt ist die Nebeneinanderberechnung (der Nrn 1216 und 1217) jedoch bei reinen Verdachtsdiagnosen, bei Zum-Beispiel-Begründungen und ähnlichen, eine Indikation nicht erkennbar machenden Situationen. Nur wenn die Untersuchung nach Nr. 1216 die Diagnosen ‘Strabismus’ oder ‘Heterophorie’ ergibt, ist die **Nr. 1217** ansetzbar, um das Ausmaß der motorischen Fehlstellung und das Ausmaß der Veränderungen bei den sensorischen Parametern festzustellen und zu quantifizieren.“ Da im vorliegenden Fall die Diagnose ‘Heterophorie’ vorliegt, erscheint uns in diesem Fall die Nebeneinanderberechnung der Nrn 1216 und 1217 GOÄ gerechtfertigt.

Kommentar: Bei komplizierten unklaren Bewegungsstörungen der Augen z.B., Augenmuskelparesen, frühkindlichem Innenschielen (Eso- und Exophorie), komplizierter nichtparetischer Kopfzwangshaltung ist eine Abrechnung der Nrn. 1216 und 1217 nebeneinander möglich.

1218 Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge

700 93,84
40,80 142,80

Ausschluss: Neben Nr. 1218 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1268 – 1270

Kommentar: Die Leistungslegende der GOÄ Nr. 1218 fordert die Motilitätsdiagnostik (in mind. 36 Blickrichtungen), während die Legende der GOÄ Nr. A 7024 nur 9 Blickrichtungen for-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

dert: **A 7024** Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test, analog Nr. 1217.

1225 Kampimetrie (z.B. Bjerrum) – auch Perimetrie nach Förster – **121** 16,22 / 7,05 / 24,68

Kommentar: Neben Nr. 1225 sind nach Kommentar von Brück folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1226, 1227. Nach Vorstellungen des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA) allerdings ist die GOÄ Nr. 1225 neben Nr. 1226 oder 1227 abrechenbar. Nach Wezel/Liebold ist nach Nr. 1225 auch die Prüfung des zentralen Sehens mit Amsler-Gitter berechnungsfähig.

1226 Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte **182** 24,40 / 10,61 / 37,13

Ausschluss: Neben Nr. 1226 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1227

Kommentar: Siehe unter GOÄ-Nr. 1225

1227 Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie **248** 33,25 / 14,46 / 50,59

Ausschluss: Neben Nr. 1227 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1226

Kommentar: Siehe unter GOÄ-Nr. 1225

IGeL: Glaukomfrüherkennung (Perimetrie, Ophtalmoskopie u/o Tonometrie) – siehe auch Nrn. 1242, 1256

1228 Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z.B. Farbtafeln) **61** 8,18 / 3,56 / 12,44

Ausschluss: Neben Nr. 1228 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8

Kommentar: Nr. 1228 ist wichtig auch für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte zur Diagnostik von Neuropathien, Hypovitaminosen, Intoxikationsschäden, Diagnostik von Berufsfähigkeit, bei Untersuchungen für Kfz-Führung, bei Sportuntersuchungen (Segelschein, Motorbootführerschein, Flugschein).

1229 Farbsinnprüfung mit Anomaloskop **182** 24,40 / 10,61 / 37,13

1233 Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation **484** 64,89 / 28,21 / 98,74

Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1233 sind Leistungen nach den Nrn. 1234-1236 nicht abrechnungsfähig.

1234 Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung **91** 12,20 / 5,30 / 18,56

Ausschluss: Neben Nr. 1234 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1233.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1235	**Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung**	**91** 5,30	12,20 18,56
Ausschluss:	Neben Nr. 1235 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1233.		
1236	**Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaptation)**	**91** 5,30	12,20 18,56
Ausschluss:	Neben Nr. 1236 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1233.		
1237	**Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)**	**600** 34,97	80,44 122,40
1240	**Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z.B. Hruby- Linse) –**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1240 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 1210 – 1213, 1242		
Hinweis BÄK:	Die BÄK erklärt am 6.1.1997 zur Überprüfung der Angemessenheit verschiedener augenärztlicher Liquidationen zu Nrn. 1240 / 1242 und 1216/1217.... Durch die Textfassung der Nr. 1242 „ggf. einschl. Spaltlampenmikroskopie der vorderen und hinteren Augenabschnitte“ und die in Nr. 1240 „ggf.“ enthaltene Untersuchung des hinteren Poles ist Nr. 1240 nicht neben Nr. 1242 berechenbar. Zwar ist die Fassung der Nr. 1242 GOÄ fachlich unverständlich, da hier unterschiedliche Untersuchungsvorgänge mit unterschiedlichen Geräten und unterschiedlichen Zielsetzungen zusammengefasst sind, an der Textfassung kommt man jedoch nicht vorbei.		
1241	**Gonioskopie**	**152** 8,86	20,38 31,01
1242	**Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z.B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung –**	**152** 8,86	20,38 31,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1242 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1240.		
Hinweis BÄK:	Siehe bei GOÄ Nr. 1240.		
IGeL:	Glaukomfrüherkennung (Perimetrie, Ophtalmoskopie u/o Tonometrie) – siehe auch Nrn. 1227.		
1243	**Diasklerale Durchleuchtung**	**61** 3,56	8,18 12,44
1244	**Exophthalmometrie**	**50** 2,91	6,70 10,20
1248	**Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Applikation des Teststoffes –**	**242** 14,11	32,44 49,37
Ausschluss:	Neben Nr. 1248 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 1249		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1249	**Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes –** Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.	**484** 28,21	64,89 98,74
Ausschluss:	Neben Nr. 1249 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 1248		
1250	**Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt**	**273** 15,91	36,60 55,69
1251	**Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff**	**273** 15,91	36,60 55,69
Kommentar:	Die Leistung nach GOÄ Nr. 1251 ist sowohl vom Operateur wie auch vom Zuweiser präoperativ abrechenbar. Der pathologische Befund muss sich in den hinteren Augenabschnitten befinden. Ein Ansatz der Leistung bei einer nachfolgenden Cataract-Op ist nicht möglich.		
1252	**Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenphotographie**	**100** 5,83	13,41 20,40
Kommentar:	Die Leistung kann nach Kommentar von **Lang, Schäfer** et al. je Sitzung nur einmal berechnet werden.		
1253	**Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie**	**150** 8,74	20,11 30,60
Kommentar:	Die Leistung kann nach dem Kommentar von **Lang, Schäfer** et al. je Sitzung nur einmal berechnet werden, obwohl „Augenhintergrund“ im Singular steht.		
1255*	**Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers**	**70** 4,08	7,34 10,20
Ausschluss:	Neben Nr. 1255 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1256, 1257, 1262, 1263		
Kommentar:	Die Nrn. 1255 und 1256 dürfen bis zu 3x erbracht werden. z.B. bei Tensions-Tagesprofil oder bei Provokationstest. Wenn mehr als 3 Messungen gemacht werden, ist die Nr. 1257 abrechenbar.		
1256*	**Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers**	**100** 5,83	10,49 14,57
Ausschluss:	Neben Nr. 1256 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1255, 1257, 1262, 1263		
Kommentar:	Die Nrn. 1255 und 1256 dürfen bis zu 3x erbracht werden. z.B. bei Tensions-Tagesprofil oder bei Provokationstest. Wenn mehr als 3 Messungen gemacht werden, ist die Nr. 1257 abrechenbar. Sinnvoll neben der Leistung nach GOÄ Nr. 1256* die Hornhautpachymetrie nach GOÄ Nr. 410 analog oder 420 analog mit Angabe des Korrekturkoeffizienten.		
IGeL:	Glaukomfrüherkennung (Perimetrie, Ophtalmoskopie u/o Tonometrie) – siehe auch Nrn. 1227, 1242		
1257*	**Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) – auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflußwiderstandes –**	**242** 14,11	25,39 35,26

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 1257 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1255, 1256, 1262, 1263

Tipp:
- Die Nrn. 1255 und 1256 dürfen bis zu 3x erbracht und berechnet werden, z.B. bei Tensions-Tagesprofil oder bei Provokationstest.
- Wenn mehr als 3 Messungen gemacht werden, ist die Nr. 1257 abrechenbar.

1259*	**Pupillographie**	**242** 14,11	25,39 35,26
1260*	**Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln**	**560** 32,64	58,75 81,60
1262*	**Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, erste Messung**	**242** 14,11	25,39 35,26

Ausschluss: Neben Nr. 1262 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1255 – 1257

Analog: Nrn. 1262 und/oder 1263 analog für Ophtalmodynamographie ansetzen.

1263*	**Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, jede weitere Messung**	**152** 8,86	15,95 22,15

Ausschluss: Neben Nr. 1263 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1255, 1256, 1257

Analog: Nrn. 1262 und/oder 1263 analog für Ophtalmodynamographie ansetzen.

1268*	**Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten**	**152** 8,86	15,95 22,15

Kommentar: In der Rechnung für den Patienten ist die Mindestdauer der Leistung (hier 20 Minuten) anzugeben.

1269*	**Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z.B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten**	**152** 8,86	15,95 22,15

Kommentar: In der Rechnung für den Patienten ist die Mindestdauer der Leistung (hier 20 Minuten) anzugeben.

1270*	**Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatz- oder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten**	**54** 3,15	5,67 7,87

Kommentar: In der Rechnung für den Patienten ist die Mindestdauer der Leistung (hier 20 Minuten) anzugeben.

1271	**Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges**	**46** 2,68	6,17 9,38
1275	**Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder Hornhaut**	**37** 2,16	4,96 7,55

Ausschluss: Neben Nr. 1275 sind folgende Nrn. i.d.R. nicht abrechnungsfähig: 200, 1276, 1277, 1278

Kommentar: An einem Auge ist die Entfernung von Fremdkörpern, auch wenn es sich um mehrere einzelne, gleichartige Fremdkörper handelt, nur einmal abrechnungsfähig, sofern die

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

weitere Entfernung nach der gleichen Position abgerechnet würde. Die Nebeneinanderabrechnung der Nrn. 1275, 1276, 1277 und auch 1278 ist aber theoretisch möglich, wie es bei manchen Übersplitterungen (unterschiedliche Lokalisation und Material der Fremdkörper) der Fall ist.
Neben der Fremdkörperentfernung kann die Nr. 200 für den Verband nicht angesetzt werden. Die Nr. 204 ist in der Augenheilkunde fast nur nach Blepharoplastiken und Lidoperationen möglich, nicht aber nach üblichen Augenoperationen (zum Beispiel ppV/ Cataract-OP oder ähnliches). Betrifft es Fremdkörper in beiden Augen, so ist natürlich ein 2x-Ansatz möglich.

Auf einen Blick:

Fremdkörperentfernung in der Augenheilkunde

	GOÄ-Nr.					
Fremdkörper	**Lid**	**Bindehaut**	**Hornhaut**	**Lederhaut**	**Augeninneres**	**Augenhöhle**
oberflächlich	–	**1275**	**1276**	**1276**	–	–
Kalkinfarkt	**1282**	**1282**	–	–	–	–
eingebrannt	–	**1276**	**1276**	–	–	–
eisenhaltig, eingebrannt	–	–	**1277**	–	–	–
eingespießt	–	–	**1278**	–	–	–
eisenhaltig, Entfernung mit Magnet	–	–	–	–	**1280**	–
nicht magnetisch	–	–	–	–	**1281**	**1283**
mit Muskelablösung	–	–	–	–	–	**1284**
mit Orbitalwandresektion	–	–	–	–	–	**1285**

Tipp: Bei intraocularem Fremdkörper oft die ppV Position berechnen.

1276 Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/oder von einbgebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut oder der Hornhaut

74 9,92
4,31 15,10

Ausschluss: Neben Nr. 1276 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1275, 1277, 1278

1277 Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes

152 20,38
8,86 31,01

Ausschluss: Neben Nr. 1277 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1275, 1276, 1278

1278 Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation

278 37,27
16,20 56,71

Ausschluss: Neben Nr. 1278 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1275, 1276, 1277

1279 Entfernung von Korneoskleralfäden

100 13,41
5,83 20,40

Kommentar: Bei der Entfernung mehrerer Fäden in einer Sitzung kann die Leistung nach Nr. 1279 nur einmal abgerechnet werden.

1280 Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten – einschließlich Eröffnung des Augapfels –

1290 172,94
75,19 263,17

Ausschluss: Neben Nr. 1280 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1281

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1281	**Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern**	**2220** 129,40	297,61 452,89
1282	**Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut**	**152** 8,86	20,38 31,01

Kommentar: Nach der Leistung nach Nr. 1282 ist auch die Entfernung eines Hordeolums/Chalaziosis berechenbar. Die Nr. 200 ist dann neben der Nr. 1282 anzusetzen, wenn der Verband nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Operation steht, z.B. Behandlung einer Erosio. Ähnliches gilt bei anderen OP-Leistungen, bei denen die Nr. 200 im Ausschluss aufgeführt ist.

Analog: Nr. 1282 analog für die Entfernung einer Silikon- oder Plastikplombe ansetzen.

1283	**Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1283 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1284, 1285

Analog: Nr. 1283 analog für die Entfernung einer episkeralen Plombe ansetzen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1284	**Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 1284 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1283, 1285

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1285	**Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1285 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1283, 1284

Tipp: Bei ambulanter OP Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, und ggf. zusätzlich Nr. 440 und Nr. 441 abrechnen.

1290	**Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst**	**1500** 87,43	201,09 306,01
1291	**Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z.B. nach Fraktur)**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 1291 kann meist erst dann erbracht werden, wenn die „vorbereitende“ Leistung nach Nr. 1290 erbracht wurde. Daher sind die Leistungen nach Nr. 1290 und Nr. 1291 nebeneinander abrechnungsfähig. Erforderliche plastische Operationen im Gesicht können zusätzlich berechnet werden.

1292	**Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone**	**278** 16,20	37,27 56,71

Ausschluss: Neben Nr. 1292 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2432

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1293	**Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllungen oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1293 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1294, 1297		
Kommentar:	Erforderliche plastische Operationen im Gesicht können zusätzlich berechnet werden.		
1294	**Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig**	**130** 7,58	17,43 26,52
Kommentar:	Abrechnung der Leistung pro Auge möglich. Bei Dehnung und Durchspülung Ansatz auch mehrfach am gleichen Auge möglich, ebenso zusätzlich zur GOÄ Nr. 1298.		
1297	**Operation des evertierten Tränenpünktchens**	**152** 8,86	20,38 31,01
Kommentar:	Die Leistung ist je behandeltem Auge abrechenbar.		
1298	**Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals**	**132** 7,69	17,70 26,93
Kommentar:	Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen empfiehlt für das **Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge**, die Abrechnung der Nr. A 7018 **analog Nr. 1298**		
1299	**Tränensackexstirpation**	**554** 32,29	74,27 113,02
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Zuschlag nach Nr. 440 und nach Nr. 441 abrechenbar!		
1300	**Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung**	**1220** 71,11	163,55 248,89
Kommentar:	Die Leistung ist je behandeltem Auge abrechenbar.		
1301	**Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse**	**463** 26,99	62,07 94,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1302	**Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus**	**924** 53,86	123,87 188,50
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Zuschlag nach Nr. 440 und nach Nr. 441 abrechenbar!		
1303	**Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte**	**230** 13,41	30,83 46,92
Ausschluss:	Neben Nr. 1303 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1302		
Kommentar:	Die GOÄ formuliert in Nr. 1303 den Leistungsinhalt einer temporären Lidspaltenerweiterung. Aus medizinischer Sicht gibt es keine Grunderkrankung des Lides, die eine NUR temporäre Erweiterung indiziert erscheinen ließe. Der Verordnungsgeber kann		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

bei der Verabschiedung dieser Leistungsziffer also lediglich an eine vorrübergehende Erweiterung der Lidspalte zum Zwecke eines besseren Zuganges zum Augapfel im Rahmen eines anderen operativen Eingriffes gedacht haben. Die Berechnung der Leistung nach Nr. 1303 kann daher nicht mit dem Argument des „Zielleistungsprinzips" versagt werden. Wichtig in der sicher nicht ausbleibenden Diskussion mit der privaten Krankenkasse zur Abrechnung dieser Leistungsziffer ist, dass diese Leistung nicht regelhaft bei Catarct-Operationen angesetzt wird, sondern nur in seltenen Fällen.

1304 Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis

924 123,87
53,86 188,50

Kommentar: Als Erläuterung für den analogen Ansatz der Nr. 1304 wird von Augenärzten angegeben: Würde im Rahmen der Korrektur nur eine Naht der Haut erfolgen, würde in Folge das Lid assymetrisch absinken können und damit der OP-Erfolg in Frage stehen. Daher wird im Rahmen dieser Teiloperation (die aber auch für sich durchgeführt und im Rahmen von Nachkorrekturen, bzw. Revisionsoperationen notwendig sein kann) der Levatorkomplex freigelegt und die Lidfurche mittels spezieller Nahttechnik rekonstruiert.

Analog: Nr. 1304 analog für die Operation des Symblepharons ansetzen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Zuschlag nach Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

IGeL: Im Rahmen ästhetischer OPs zur Lidkorrektur aus kosmetischen Gründen.

1305 Operation der Lidsenkung (Ptosis)

739 99,07
43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1305 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1306

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

IGeL: Im Rahmen ästhetischer OPs zur Lidkorrektur, Schlupflider bzw. Tränensäcke aus kosmetischen Gründen.

1306 Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1306 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1305

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1306 analog Oberlidretraktion (analog GOÄ Nr. 1306)

1110 148,81
64,70 226,45

Kommentar: Als Erläuterung für den analogen Ansatz der Nr. 1306 wird von Augenärzten angegeben:
1) Nr. 1311 zur Berechnung der Korrektur der Augenbrauenptose durch Naht nach Resektion von Haut und Anlegen eines einfachen Hautverschiebelappens.
2) Durchführung eines Nachlassen des Lidhebermuskels bei Oberlidretraktion, wobei Zugangsweg und medizinisch chirurgischer Aufwand entsprechen einer einfachen Ptosis-Korrektur ohne Verkürzung ist

1310 Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1310 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1311, 1312

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

IGeL: Ästhetische OP zur Lidkorrektur aus kosmetischen Gründen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1311	**Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1311 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1310, 1312		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 1311 kann neben der Leistung nach Nr. 1282 bei entsprechender Indikation abgerechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
IGeL:	Ästhetische OP zur Lidkorrektur aus kosmetischen Gründen.		
1312	**Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1312 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1310, 1311		
1313	**Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig**	**30** 1,75	4,02 6,12
Kommentar:	Nach den Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel „C I Anlegen von Verbänden“ ist neben Nr. 1313 kein Verband abrechenbar.		
1318	**Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte**	**74** 4,31	9,92 15,10
1319	**Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel – einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel –**	**1850** 107,83	248,01 377,41
1320	**Einspritzung unter die Bindehaut**	**52** 3,03	6,97 10,61
Ausschluss:	Neben Nr. 1320 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 252		
1321	**Operation des Flügelfells**	**296** 17,25	39,68 60,39
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1322	**Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik**	**1660** 96,76	222,54 338,65
1323	**Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung**	**67** 3,91	8,98 13,67
Ausschluss:	Neben Nr. 1323 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 742		
Kommentar:	Siehe Epilation von Haaren im Gesicht Nr. 742.		
IGeL:	Epilation (außer bei krankhaftem oder entstellendem Haarwuchs an Händen oder im Gesicht) und analog bei mechanischer Entfernung. Siehe auch Nrn. 741, 742.		

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

1325 **Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde** **230** 13,41 30,83 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 1325 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1326, 1327, 1328 – nicht im Rahmen von Operationen (Cataract, Pars-plana-Vitrektomie (PPV) etc.)

1326 **Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde – auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung –** **1110** 64,70 148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1326 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1325, 1327, 1328

1327 **Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse** **1850** 107,83 248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1327 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1325, 1326, 1328

1328 **Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut** **3230** 188,27 433,02 658,94

Ausschluss: Neben Nr. 1328 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1325, 1326, 1327

1330 **Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel** **739** 43,07 99,07 150,76

Auf einen Blick: **Eingriffe zur Korrektur einer Schielstellung**

an einem geraden Augenmuskel	**Nr. 1330**
an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu **Nr 1330**	**Nr. 1331**
an einem schrägen Augenmuskel	**Nr. 1332**
an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu **Nr 1332**	**Nr. 1333**

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1331 **Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330** **554** 32,29 74,27 113,02

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1332 **Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel** **1110** 64,70 148,81 226,45

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1333 **Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332.** **739** 43,07 99,07 150,76

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1338	**Chemische Ätzung der Hornhaut**	**56** 3,26	7,51 11,42
Ausschluss:	Neben Nr. 1338 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1339, 1340		
1339	**Abschabung der Hornhaut**	**148** 8,63	19,84 30,19
Ausschluss:	Neben Nr. 1339 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 1338, 1340		
1340	**Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkankungen (z.B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung**	**185** 10,78	24,80 37,74
Ausschluss:	Neben Nr. 1340 ist die Nr. 1339 nicht berechnungsfähig.		
1341	**Tätowierung der Hornhaut**	**333** 19,41	44,64 67,93
Analog:	Nr. 1345 analog für Keratomileusis ansetzen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. zusätzlich Nr. 440 und Nr.441 abrechenbar.		
IGeL:	Laser in situ-Keratomileusis (Lasik)), ebenso photorefraktive Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte). Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte).		
1345	**Hornhautplastik**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Kommentar:	Nach **Hachs** Kommentar gehören dazu: Lamelläre Keratektomie, Peritonie, Übernähung einer Hornhautulkus mit Bindehaut u.a. – In der Regel reicht diese Abrechnungsnr. für die refraktäre Chirurgie und ein Ansatz der Nr. 1345 analog ist nicht erforderlich. Ein Ausschluss der Leistung Nr. 1345 neben den Leistungen nach Nrn. 1374 oder 1375, wie ihn einige Kommentare vertreten, ist unserer Meinung nach nicht haltbar. Hier liegen nämlich zwei unterschiedliche Zielleistungen vor, einmal die intraoculare OP eines grauen Stars nach den Nrn. 1374 oder 1375, zum anderen die oberflächliche Behandlung z.B. eines astigmatischen Refraktionsdefizits nach Nr. 1345. Beide Operationen haben mit einander nichts zu tun. In gleicher Weise äußert sich auch der Kommentar von **Brück**.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 abrechenbar!		
1345 analog	**Laser in situ-Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung – (analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Pkt.) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Pkt.) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Kommentar:	Medizinisch indiziert bei : Lamelläre Keratektomie, phototherapeutische Keratektomie (PTA), Peritonie, Übernähung einer Hornhautulkus mit Bindehaut u.a. Bei der Excimer-Lasik bzw. PRK handelt es sich – von wenigen medizinischen Indikationen abgesehen (beispielsweise extreme Kurzsichtigkeit oder rezidivierende Hornhauterosionen) – überwiegend um eine Leistung auf Verlangen des Patienten.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1346	**Hornhauttransplantation**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1347	**Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothesis)**	**3030** 176,61	406,20 618,14

Kommentar: Ein Ausschluss der Leistung Nr. 1347 neben der Leistung nach Nr. 1349, wie ihn einige Kommentare vertreten, ist unserer Meinung nach nicht haltbar. Es sind doch vollkommen verschiedene Indikationen (Zielleistungen) nebeneinander vorstellbar.

1348	**Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachtstars**	**832** 48,50	111,54 169,73

Ausschluss: Neben Nr. 1348 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1354, 1355

Kommentar: Nach **Wezel/Liebold** kann Nr. 1348 auch für die Beseitigung von Ablagerungen auf Kunstlinsenm mittels Laser angesetzt werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1349	**Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) – gegebenenfalls mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile –**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1349 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1350, 1351, 1362

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1350	**Staroperation – gegebenenfalls mit Iridektomie – einschließlich Nahttechnik**	**2370** 138,14	317,72 483,49

Ausschluss: Neben Nr. 1350 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1348, 1349, 1351, 1358

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1351	**Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Die Nr. 1351 kann nicht neben Nr. 1350 berechnet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1352	**Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbständige Leistung**	**1800** 104,92	241,31 367,21

Kommentar: Neben der Nr. 1352 kann auch ein anderer operativer Eingriff an den Augen erfolgen, z.B. eine pars-plana Vitrektomie (PPV) oder eine Lidkorrektur.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1353	**Extraktion einer eingepflanzten Linse**	**832** 48,50	111,54 169,73
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1354	**Extraktion der luxierten Linse**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1355	**Partielle oder totale Extraktion des Nachtstars**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1356	**Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung**	**370** 21,57	49,60 75,48
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar! Nicht im Rahmen von Cataract-OPs.		
1357	**Hintere Sklerotomie**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1357 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1358 – 1362		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar! Nicht im Rahmen von Cataract-OPs.		
1358	**Zyklodialyse, Iridektomie**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1358 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1350, 1351, 1359 – 1362, 1380, 1381		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1359	**Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie- Operation**	**500** 29,14	67,03 102,00
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1360	**Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Laser-trabekuloplastik)**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1360 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1357 – 1359, 1361, 1362		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1361	**Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1361 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1357 – 1360, 1362, 1382

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1362	**Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom**	**3030** 176,61	406,20 618,14

Ausschluss: Neben Nr. 1362 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1349 – 1352, 1357 – 1361

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen; dazu ggf. 440, 441.

1365	**Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 1365 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1361, 1366, 1367, 1368, 1369

Kommentar: Nach Kommentar von **Brück** (3. Aufl. 9. Erg. Lfg.) kann die Nr. 1365 auch für die Lichtkoagulation bei Retinopathia diabetica angesetzt werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1366	**Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1366 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1365, 1367, 1368, 1369

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440.

1366 **analog**	**Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung einschl. Infusion des Photosensibilisators)) – (analog Nr. 1366 GOÄ) – n. Beschluss des Gebührenordnungsauschusses der BÄK**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Beschluss BÄK:

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – Stand: 04.04.2003 veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 100, Heft 14 (04.04.2003), Seite A-946 – A-497

Analogbewertung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach § 6 Abs. 2 GOÄ:
Computergestützte Bestrahlungsplanung (einschließlich Berechnung der individuellen Dosis und Einstellung des Bestrahlungsareals) analog Nr. 5800 (Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung, 250 Punkte);
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung einschließlich Infusion des Photosensibilisators) analog Nr. 1366 (Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen, 1110 Punkte).
Neben Nr. 1366 GOÄ analog für die photodynamische Therapie am Augenhintergrund sind bei ambulanter Leistungserbringung berechnungsfähig die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 444 gemäß Allgemeine Bestimmungen nach §3 Abs. C VIII GOÄ.
Die Analogbewertung der PDT am Augenhintergrund nach den Nrn. 5800 beziehungsweise Nr. 1366 bilden die computergestützte Bestrahlungsplanung im Zusammenhang mit der PDT sowie die Laserbehandlung einschließlich Infusion des Photosensibilisators ab.
Gegebenenfalls weitere, in gleicher Sitzung medizinisch erforderliche Leistungen, wie zum Beispiel die Fluoreszenzangiographie oder eine Refraktionsbestimmung, sind als selbstständige Leistungen gesondert berechnungsfähig. Die Sachkosten für das pro Behandlung verbrauchte Verteporfin sind gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 GOÄ als Auslagenersatz geltend zu machen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1367	**Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1367 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1365, 1366, 1368, 1369		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1368	**Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie**	**3030** 176,61	406,20 618,14
Ausschluss:	Neben Nr. 1368 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1365, 1366, 1367, 1369		
1369	**Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1369 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1365, 1366, 1367, 1368		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440, 441 abrechenbar!		
1370	**Operative Entfernung des Augapfels**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 1370 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1371, 1373		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1371	**Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe**	**1290** 75,19	172,94 263,17
Ausschluss:	Neben Nr. 1371 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1370, 1373		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1372	**Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation**	**1850** 107,83	248,01 377,41
1373	**Operative Ausräumung der Augenhöhle**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1373 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1370, 1371		
1374	**Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –**	**3050** 177,78	408,89 622,22
Ausschluss:	Neben Nr. 1374 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1349, 1350, 1351, 1352		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1375	**Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –, mit Implantation einer intraokularen Linse**	**3500** 204,01	469,21 714,02

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 1375 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1320, 1349, 1350, 1351, 1352, 1356

Kommentar: Nach **Hoffmann und Kleinken** ist bei *„...schwierigen Manipulationen am Kapselsack..."* ggf. eine Überschreitung des Schwellenwertes nötig.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1376	**Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens**	**1480** 86,27	198,41 301,93

1377	**Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe**	**280** 16,32	37,54 57,12

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1380	**Operative Entfernung eines Iristumors**	**2000** 116,57	268,12 408,01

Ausschluss: Neben Nr. 1380 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1358

1381	**Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 1381 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1358

1382	**Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom**	**2500** 145,72	335,15 510,01

Ausschluss: Neben Nr. 1382 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1361

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1383	**Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbständige Leistung**	**2500** 145,72	335,15 510,01

1383 **analog**	**Intravitreale Injektion (IVI) /intravitreal operative Medikamenteneingabe (IVOM) analog Nr. 1383 GOÄ – Abrechnungsempfehlung n. Ausschuss „Gebührenordnung der BÄK"**	**2500** 145,72	335,15 510,01

1384	**Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung**	**830** 48,38	111,27 169,32

Kommentar: Der Ausschluss der Leistungsziffern Nr. 1350, 1351, 1374 und 1375 – wie er sich im Kommentar von z.B. **Hoffman u. Kleinken** findet – ist nur dann korrekt, wenn es im Rahmen einer Catarct-OP zu einer Kasulotomie mit Glaskörpervorfall und vorderer Vitrektomie kommt. Ist aber präoperativ bereits ein Glaskörpervorfall (z.B. traumatisch) vorhanden, dann kann neben der Beseitigung des grauen Stars nach Nr. 1375 auch ohne vordere Vitrektomie nach Nr. 1384 abgerechnet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1386	**Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut**	**1290** 75,19	172,94 263,17

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

A 1387	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschl. Pars-plana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschl. Glaskörper-Tamponade, ggf. einschl. Membran Peeling (analog Nr. 2551 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04

Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.

A 1387.1	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen, und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder sumakulärer Chirurgie, einschl. Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie. Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran Peeling, ggf. einschl. Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschl. Daunomycin-Spülung, ggf. einschl. Zell-Transplantation, ggf. einschl. Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschl. weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z.B. Pigmentgewinnung und -implantation) (analog Nr. 2551 GOÄ (7.500 Pkt.) + Nr. 2431 GOÄ (7.500 Pkt.))** – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer	**7500** 437,15	1005,46 1530,04

Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.
Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation.
Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z.B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.

Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und A 1387. 1
Die Abschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387. 1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uveater Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation.
Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 und A 1387. 1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z.B. die Nr. A 1387. 2 für die Macula-Rotation.

A 1387.2	**Macula-Rotation (analog Nr. 1375) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**3500** 204,01	469,21 714,02

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

Die folgenden Leistungspositionen A 7001 bis A7029 sind aus dem Verzeichnis analoger Leistungem der Bundesärztekammer entnommen

A 7001 **Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, zum Beispiel bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit (analog Nr. 1225 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **121** 16,22 7,05 24,68

Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.

Kommentar: Oft zusätzlich zur Refraktionsbestimmung ansetzbar.

A 7002 **Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren, (analog Nr. 1200 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **59** 7,91 3,44 12,04

Kommentar: Die Untersuchung der Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung (nach **Brück** bei z.B. Katarakt-Chirurgie, bzw. Implantation einer intraocularen Linse), und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200 berechnet werden.

A 7003 **Quantitative Aniseikoniemessung, gegebenenfalls einschließlich qualitativer Aniseiprüfung, (analog Nr. 1226 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **182** 24,40 10,61 37,13

A 7006 **Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung, (analog Nr. 1227 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **248** 33,25 14,46 50,59

A 7007 **Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität, (analog Nr. 825 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **83** 11,13 4,84 16,93

Ausschluss: Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6.

A 7008 **Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautdothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation, je Auge, (analog Nr. 1249 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **484** 64,89 28,21 98,74

A 7009 **Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen, (analog Nr.415 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **300** 40,22 17,49 61,20

Kommentar: Werden beide Augen in einer Sitzung untersucht, ist die Nr. A 7009 auch nur einmal berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 7010	**Laserscanning-Ophthalmoskopie, (analog Nr. 1249 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**484** 28,21	64,89 98,74
A 7011	**Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits, (analog Nr. 423 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**500** 29,14	67,03 102,00
Kommentar:	Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschl. Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyser (ONHA). Ansetzbar auch für GDx – Nerve Fiber Analyzer.		
A 7012	**Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie, (analog Nr. 1229 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**182** 10,61	24,40 37,13
A 7013	**Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation (analog 1227 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**248** 14,46	33,25 50,59
Kommentar:	**Brück** hält bei der Prüfung von mind. 150 Prüforten einen erhöhten Steigerungsfaktor von 3,5fach für gerechtfertigt.		
A 7014	**Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung, (analog Nr. 413 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**280** 16,32	37,54 57,12
A 7015	**Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, (analog Nr. 410 GOÄ) –**	**200** 11,66	26,81 40,80
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung, (analog Nr. 420 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer	**80** 4,66	10,72 16,32
Kommentar:	Pachymetrie. Häufig pro Auge berechenbar, wie 410 analog und 420 analog.		
A 7016	**Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge, (analog 1212 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**132** 7,69	17,70 26,93
A 7017	**Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits, – analog Nr. 424 GOÄ (700 Punkte) plus Nr. 406 GOÄ (200 Punkte) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**900** 52,46	120,65 183,60
Kommentar:	Sinnvolle Leistung bei der Optische Kohärenz Tomographie (OCT), relativ anerkannt, zuzüglich GOÄ Nr. 406 für die Farbcodierung.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 7018	**Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge, (analog Nr. 1298 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**132** 7,69	17,70 26,93
A 7019	**Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung, (analog Nr. 1225 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**121** 7,05	16,22 24,68
A 7020*	**Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittes Okulopression, (analog Nr. 1227 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**242** 14,11	25,39 35,26
A 7021	**Operative Reposition einer intraokularen Linse, (analog Nr. 1353 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**832** 48,50	111,54 169,73
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. A7021 ist nur als selbständige Leistung abrechenbar.		
A 7022	**Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings, (analog Nr. 1326 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben A 7022 sind folgende Nrn. nicht abrechenbar: 1327, 1328		
A 7023	**Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie (analog Nr. 1217 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**242** 14,11	32,44 49,37
A 7024	**Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test (analog Nr. 1217 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**242** 14,11	32,44 49,37
Kommentar:	Häufig zusätzlich zur Leistung nach GOÄ Nr. 1217.		
A 7025	**Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (so genannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel (analog Nr. 1376 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**1480** 86,27	198,41 301,93
A 7026	**Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse (analog Nr. 1326 GOÄ). – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, zum Beispiel nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (zum Beispiel subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.	**1110** 64,70	148,81 226,45

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 7027	**Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation (analog 1368 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**3030** 176,61	406,20 618,14
A 7028	**Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer (analog 1217 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**242** 14,11	32,44 49,37
A 7029	**Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung (analog Nr. 1366 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**1110** 64,70	148,81 226,45

J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

IGeL – HNO-Heilkunde

Im Internet werden von HNO-Ärzten als IGeL-Leistungen häufig angeboten:
- Ästhetische Medizin (Behandlungen von Falten, Injektion Botulinustoxin, Lippenaugmentation)
- Akupunktur (z.B. Kopfschmerztherapie, Verspannungen, Allergien, etc.)
- Biologische Vitalitätskuren
- Diätunterstützung
- Eigenblutttherapie (z.B. Allergiebehandlung, Immunstärkung, etc.)
- HNO-ärztliche flugmedizinische Untersuchungen
- Laserchirurgie zur kosmetischen Behandlung von Besenreisern, Altersflecken und Falten im Gesichtsbereich
- Naturheilkundliche Therapien (z.B. bei Schwindel, Tinnitus, rezid. Infekten)
- Neuraltherapie
- Physiotherapeutische Therapie bei Lagerungsschwindel (Befreiungsmanöver)
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
- Vitamin-Kuren (Manager-Vitamine, Vitamin C, etc.)
- Tauchfähigkeitsbescheinigungen

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Empfehlungen zu HNO-Leistungen

Dr. med. Regina Klakow-Franck – Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 25 (18.06.2004), Seite A-1842 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.4286

Moderne Behandlungsmethoden, wie zum Beispiel die endonasal-endoskopische Nasennebenhöhlenchirurgie, sind im Leistungsverzeichnis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht abgebildet. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, das Bundesministerium des Inneren (für die Beihilfe) und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vertreten sind, hat jetzt GOÄ-konforme Abrechnungsempfehlungen für neuere HNO-Behandlungsmethoden beschlossen, die in Kürze im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden.

Bislang war zwischen Leistungserbringern und Kostenerstatterseite zum Beispiel sehr umstritten, ob endonasale Eingriffe an mehreren Nasennebenhöhlen der alten, offenen Radikaloperation nach Nr. 1488 zugeordnet werden müssen. Statt des Ziels der radikalen Schleimhautentfernung bei offener Vorgehensweise hat sich heute das Behandlungsziel einer größtmöglichen Schleimhauterhaltung und Funktionswiederherstellung der Nasennebenhöhlen durchgesetzt. Für endonasale Eingriffe wird nun eine der individuellen Indikationsstellung und Vorgehensweise korrespondierende differenzierte Abrechnung empfohlen (GOÄ-Nr. 1469 oder GOÄ-Nr. 1470 je Seite höchstens zweimal berechnungsfähig).

Der Katalog enthält neben Abrechnungsempfehlungen zur modernen Nasennebenhöhlen-, Mittel- und Innenohrchirurgie auch Klarstellungen, die klassische Zielleistungskonflikte im Zusammenhang mit HNO-Operationen betreffen: So stellt der Zentrale Konsultationsausschuss beispielsweise klar, dass eine intraoperative Blutstillung – mittels Ätzung oder Kauterisation – keinen selbstständigen Leistungscharakter im Sinne der GOÄ hat, mithin GOÄ-Nummern 1429 oder 1435 nicht für eine intraoperative Blutstillung abgerechnet werden können, auch nicht bei starker Blutung. Starke intraoperative Blutungen erhöhen den Zeitaufwand und den Schwierigkeitsgrad des Eingriffs und müssen nach § 5 Absatz 2 GOÄ über den Steigerungsfaktor der Gebührenposition für die Operation geltend gemacht werden.

So befürwortenswert die Abrechnungsempfehlungen des Zentralen Konsultationsausschusses sind, so wenig können sie die längst überfällige Novellierung der GOÄ ersetzen. Hierin ist sich die Bundesärztekammer mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. einig. Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen hat sich für eine zügige und durchgreifende GOÄ-Reform ausgesprochen. Die Bundesärztekammer wirbt hierbei für eine OPS-basierte Neu-Konzeption des Leistungsverzeichnisses. Die Errichtung eines privatärztlichen Bewertungsausschusses im Rahmen des „Vorschlagsmodells" vorausgesetzt, könnte die Kopplung an den amtlichen, beim DIMDI regelmäßig überarbeiteten Operationenschlüssel (OPS) eine Aktualisierung des privatärztlichen Leistungsverzeichnisses ermöglichen, weil jedes Jahr neue Vorschläge zur Aktualisierung des OPS von den medizinischen Fachgesellschaften beim DIMDI eingebracht werden können.

► Abrechnung von Hörprüfungen II

Dr. med. Tina Wiesener – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 12 (25.03.2011), S. A-676 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144. 4285.9144

Die Gebührenpositionen für die Abbildung der Hörprüfungen auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werfen immer wieder Fragen auf. Bei der Abrechnung der audiometrischen Leistungen ist häufig strittig, welche Untersuchungsinhalte erbracht sein müssen, um eine bestimmte Gebührennummer zutreffend in Ansatz zu bringen (siehe auch GOÄ-Ratgeber, Heft 6/2011).

Bei der Hörprüfung nach Nr. 1404 GOÄ „Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig ..." handelt es sich um eine Untersuchung zur Prüfung des Sprachverständnisses in Abhängigkeit von der Lautstärke. Aus den unterschiedlichen, in der Prüfung verwendeten Lautstärken ergeben sich Prozentsätze richtig verstandener Zahlen, Wörter oder Sätze, die – anders als die Tonaudiometrie (Leistung nach Nr. 1403 GOÄ) – Rückschlüsse auf das Sprachverständnis des Patienten erlauben.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_12,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Zur Erfüllung der Leistungslegende der Nr. 1404 GOÄ sind bestimmte Anforderungen zu erfüllen, die auch die Ausstattung der Hörprüfeinrichtung betreffen: Die Ermittlung des Hörverlusts für Sprache und des Diskriminationsverlusts nach DIN-Norm haben über normiertes Testmaterial, zum Beispiel Freiburger Sprachtest (DIN 45625), getrennt für das rechte und linke Ohr, über Kopfhörer mit unterschiedlicher Lautstärke oder im freien Schallfeld über Lautsprecher zu erfolgen. Die Leistung nach Nr. 1404 GOÄ beinhaltet auch, falls erforderlich, eine Knochenleitungsprüfung und gegebenenfalls eine zusätzliche Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher. Darüber hinaus sind nach der ergänzenden Bestimmung zu den Nrn. 1403 und 1404 GOÄ die Leistungen nach den Nrn. 1400 „Genaue Hörprüfung ...“ und 1401 GOÄ „Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren ...“ neben Nr. 1404 GOÄ nicht ansatzfähig.
Für die „Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld“ ist Nr. 1405 GOÄ heranzuziehen. Hierbei ist zu beachten, dass für eine Kinderuntersuchung die Leistungslegende der Nr. 1406 GOÄ „Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) ...“ auch die „Messungen zur Hörgeräteanpassung“ als fakultative Leistung mit beinhaltet.
Eine gegebenenfalls notwendige Vertäubung zur Verhinderung der Wahrnehmung des Prüfreizes auf dem Gegenohr ist Leistungsbestandteil aller Hörtestungen und nicht gesondert in Ansatz zu bringen. Nr. 1407 GOÄ bildet die Leistungen „Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (zum Beispiel Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig“ ab. Hierbei handelt es sich um Verfahren der Impedanzaudiometrie zur Funktionsprüfung des Mittelohrs. Bei Kombination der Messungen am Trommelfell (Tympanometrie) und an den Binnenohrmuskeln (Stapediusreflexprüfung) ist diese Gebührennummer nur einmal ansatzfähig (Verknüpfung mit „und/oder“). Auch bei beidseitiger Messung ist Nr. 1407 GOÄ insgesamt nur einmal berechnungsfähig.
Audiologische, aber auch audioenzephalographische Verfahren (zum Beispiel die Messung akustisch evozierter Hirnpozentiale) zum Ausschluss oder zur Diagnose einer Hörstörung beziehen sich in der Regel auf die Untersuchung beider Ohren (beziehungsweise beider Hörbahnen). Die Untersuchung nur eines Ohrs, etwa zur Kontrolle einer Seite bei bekanntem Befund des von der aktuellen Erkrankung nicht betroffenen Gegenohrs, berechtigt jedoch – bei vollständiger Leistungserbringung des in der jeweiligen Leistungslegende aufgeführten (Mindest-)Umfangs – bereits zum Ansatz der inhaltlich zutreffenden Gebührennummer, eine beidseitige Untersuchung jedoch nicht zum zweifachen Ansatz dieser Position.

► Behandlung nach Nasennebenhöhlen-Operation (I)
Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 41 (14.10.2011), S. A-2182) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.9848
Die Abrechnung von therapeutischen Maßnahmen nach erfolgter Nasennebenhöhlen-Operation (NNH-Op) auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wirft immer wieder Fragen auf. Je nach Ausmaß des zumeist endonasal durchgeführten Eingriffs befinden sich unterschiedlich große Wundflächen und -verhältnisse in der Nase, die eine individuell angepasste Nachsorge durch den HNO-Arzt erfordern.
Als oberstes Ziel der Behandlung nach NNH-Op gilt, die im Rahmen des Eingriffs neu geschaffenen beziehungsweise wiedereröffneten Zugangswege zu den einzelnen Höhlen(-systemen) frei zu halten und gegebenenfalls bei Verlegung durch zum Beispiel Schwellung, Sekret oder Krusten wieder zu eröffnen und unerwünschte Verwachsungen beziehungsweise Narbenbildungen zu verhindern, um so den Erfolg der Operation zu sichern. Die Nachbehandlung ist erst dann beendet, wenn die Wundflächen abgeheilt, die Entzündung beseitigt, das heißt die Schleimhaut reizlos ist und ihre Funktion wieder aufgenommen hat. Dies kann in Abhängigkeit vom Einzelfall zu längeren Behandlungszeiträumen mit der Notwendigkeit der Erbringung verschiedener HNO-ärztlicher Leistungen führen, deren Inrechnungstellung beim Patienten beziehungsweise dessen Kostenträger zu Nachfragen und Rechnungskritik führen kann.
Die Empfehlungen des Zentralen Konsultationsausschusses der Bundesärztekammer, die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen mit der Nr. 1427 GOÄ analog und die Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints mit Nr. 1430 GOÄ analog abzurechnen, können im GOÄ-Ratgeber „Rhinochirurgie abrechnen – wie geht das? (II)“ (DÄ, Heft 24 vom 29. Januar 2010) nachgelesen werden.
Nach Entfernung der Tamponaden werden vielfach Sekret und Krusten abgesaugt, hierfür ist die Nr. 1480 GOÄ „Absaugen der Nasennebenhöhlen“ zutreffend. In den Fällen, in denen es im Rahmen der Nachbehandlung zum Beispiel zur Bildung festsitzender Borken und/oder Nekrosen kommt und eine (auch instrumentelle) Abtragung erforderlich wird, kann die Leistung nach Nr. 2006 GOÄ „Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde – „ einmal je Nasenseite in Betracht kommen.
Für eine sogenannte hohe Einlage zur Wiederherstellung des Abflusses aus dem Bereich der Nasennebenhöhlen – hierbei handelt es sich um eine instrumentelle Einlage eines speziell präparierten Medikamententrägers zum Beispiel in den mittleren Nasengang und dessen Entfernung nach einer gewissen Einwirkzeit – kann die Nr. 1425 GOÄ analog herangezogen werden. Da der Leistungstext der Nr. 1425 GOÄ „Ausstopfung der Nase von vorn, als selbstständige Leistung“ jedoch auf die Nase als Organ insgesamt abgestellt ist und die Rahmenbedingungen der abgegriffenen Leistung bei der Analogbewertung erhalten bleiben, kann nur der einmalige Ansatz im Analogabgriff empfohlen werden, auch wenn auf beiden Nasenseiten eine „hohe Einlage“ durchgeführt wird.

► Behandlung nach Nasennebenhöhlen-Operation (II)
Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 49 (09.12.2011), S. A2684)
Die Gebührenpositionen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für die Abbildung der Leistungen im Rahmen der Behandlung nach Nasennebenhöhlen(NNH)-Operation sind, da vielfach verschiedene Maßnahmen über einen längeren Zeitraum vonseiten des nachbehandelnden HNO-Arztes erbracht werden müssen, häufig Anlass für Nachfragen beziehungsweise Rechnungskritik.
Wie bereits unter dieser Rubrik erläutert (DÄ, Heft 41/2011), ist die Nachbehandlung nach NNH-Operation jedoch erst dann beendet, wenn die Wundflächen abgeheilt, die Entzündung beseitigt, das heißt die Schleimhaut reizlos ist und ihre Funktion wieder aufgenommen hat. Wenn zusätzlich Komplikationen auftreten, kann dies in Abhängigkeit vom Einzelfall zu nochmals verlängerten Behandlungszeiträumen führen, in deren Verlauf unterschiedliche ergänzende fachärztliche Maßnahmen erfor-

derlich werden können. Kommt es im Rahmen der Nachsorge zum Beispiel zu intranasalen Verwachsungen, etwa weil gleichzeitig mit dem NNH-Eingriff zusätzlich eine (ausgedehntere) Nasenmuschelchirurgie mit daraus resultierenden großen Wundflächen erfolgte, so kann eine gegebenenfalls notwendige operative Synechielösung mit der Nr. 1430 GOÄ „Operativer Eingriff in der Nase, wie ... Synechielösung ...“ in Ansatz gebracht werden.
Treten, zum Beispiel durch Bildung von unerwünschten Gewebsbrücken, Stenosen auf und wird eine endoskopische „Licht- oder Laserkoagulation zur Beseitigung von Stenosen...“ im Naseninneren erforderlich, so ist zur Abbildung dieser Leistung die Nr. 706 GOÄ, einmal „je Sitzung“ heranzuziehen.
Ist nach erfolgter sanierender Stirnhöhlen-Operation im Einzelfall eine „Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus ...“, etwa mittels Ritter-Bougies zur Sicherstellung beziehungsweise Wiedereröffnung des (neu geschaffenen) Abflussweges, erforderlich, ist diese Leistung mit der Nr. 1478 GOÄ gesondert berechnungsfähig.
In den seltenen Fällen, in denen es im Gefolge zum Beispiel einer kombinierten Nasenscheidewand-/NNH-Operation zu einer Abszessbildung im Bereich des Septums kommt, ist die Nr. 1459 GOÄ „Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand“ für die Entlastung des Septumabszesses heranzuziehen.
Eine, zur Überprüfung des Behandlungserfolges im Verlauf auch gegebenenfalls mehrfach, notwendige „Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums...“ kann mit der Nr. 1418 GOÄ berechnet werden. Daneben kann die Leistung nach Nr. 1466 GOÄ „Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) ...“ im Hinblick auf die ergänzende Bestimmung zu Nr. 1418 GOÄ, in der es heißt: „Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig“ jedoch nicht in Ansatz gebracht werden.
Bei längeren beziehungsweise komplikationsträchtigen Behandlungsverläufen nach NNH-Operation(en) kann, wie nach anderen operativen Eingriffen auch, eine entsprechende Dokumentation der einzelnen, im Rahmen der Nachbehandlung durchgeführten Maßnahmen wesentlich dazu beitragen, im Zweifelsfalle einer Rechnungskritik wirksam entgegentreten zu können.

► Rhinochirurgie abrechnen – wie geht das? (I)
Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 1–2 (07.01.2009), S. A-54) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.7975
Die Rhinochirurgie ist, wie viele der operativen Fachgebiete, eines der Sorgenkinder der GOÄ-Auslegung. So ist zum Beispiel die Frage, welche operativen Maßnahmen neben einer Operation am Nasenseptum nach Nr. 1447 GOÄ „Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung ...“ beziehungsweise Nr. 1448 GOÄ „... und am knöchernen Nasengerüst ...“ zusätzlich berechnungsfähig sind, immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen.
Im Jahr 2004 veröffentlichte der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern (Beihilfe) und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vertreten sind, Abrechnungsempfehlungen für die Rhinochirurgie (DÄ, Heft 25 vom 18. Juni 2004). Demnach ist die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) an der Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, dem Eingriff nach Nr. 1441 GOÄ „Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen“ (296 Punkte) zuzuordnen. Die Leistung nach Nr. 1441 GOÄ ist ein eigenständiger Eingriff und bei entsprechender Leistungserbringung neben den Nasenscheidewandoperationen nach den Nrn. 1447 GOÄ oder 1448 GOÄ je operierter Nasenseite einmal berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist hingegen mit dem Ansatz der Nrn. 1447 beziehungsweise 1448 GOÄ abgegolten.
Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 GOÄ „Knochenspanentnahme“ (647 Punkte) zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septumoperationen nach den Nrn. 1447 beziehungsweise 1448 GOÄ berechnungsfähig.
Eindeutig wurde festgestellt, dass die routinemäßige Reimplantation von gecrashtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-korrektur außerhalb der oben genannten Indikation mit dem Ansatz der Nrn. 1447 beziehungsweise 1448 GOÄ abgegolten ist. Der Ansatz der Nr. 1447 GOÄ oder 1448 GOÄ beinhaltet auch die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums als eine unselbstständige Teilleistung.
Die Empfehlungen zur Abrechnung der endonasalen Eingriffe an einer oder mehreren Nasennebenhöhlen und die Stellungnahme des Zentralen Konsultationsausschusses zu der Frage der gesonderten Inrechnungstellung der intraoperativen Blutstillung mit den Nrn. 1429 bzw. 1435, die das Gremium verneint hat, können im GOÄ-Ratgeber „Empfehlungen zu HNO-Leistungen“ (DÄ, Heft 25 vom 18. Juni 2004) nachgelesen werden.

► Rhinochirurgie abrechnen – wie geht das? (II)
Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 4 (29.01.2010), S. A-162) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.8023
Die Gebührenpositionen für die Abbildung der Leistungen der Nasenchirurgie sind in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) überwiegend im Abschnitt J. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde aufgeführt. Darüberhinaus erfolgt bei der Inrechnungstellung einzelner operativer Maßnahmen vielfach auch ein Rückgriff auf Leistungen anderer Kapitel der GOÄ, zum Beispiel auf das Kapitel V. Knochenchirurgie.
Wie bereits unter dieser Rubrik erläutert, ist bei der Abrechnung der Rhinochirurgie häufig strittig, welche operativen Maßnahmen neben einer Operation am Nasenseptum nach Nr. 1447 GOÄ „Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung ...“ bzw. Nr. 1448 GOÄ „... und am knöchernen Nasengerüst ...“ zusätzlich berechnungsfähig sind. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern (für die Beihilfe) und der Verband für private Krankenversicherung e.V. vertreten sind, hat im Jahr 2004 zu der Frage der gesonderten Berechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen, die im Rahmen rhinochirurgischer Eingriffe anfallen können, unter anderem auch nachstehende Beschlüsse gefasst (DÄ, Heft 25, vom 15. Juni 2004):

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Die Knochenzerbrechung zur Begradigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447 oder 1448 GOÄ abgegolten und kann nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 2267 GOÄ „Knochenzerbrechung“ (analog), neben den genannten Nummern berechnet werden.
Die „Ausstopfung der Nase ...“ nach Nr. 1425 GOÄ oder Nr. 1426 GOÄ kann ebenfalls nicht neben den Nrn. 1447 oder 1448 GOÄ berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.
Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 GOÄ „Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, ...“ analog berechnungsfähig. Dabei kann Nr. 1427 GOÄ analog gemäß Beschlussfassung dieses Gremiums nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden.
Die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist mit der Nr. 1430 GOÄ „Operativer Eingriff an der Nase, ...“ analog berechnungsfähig. Allerdings kann Nr. 1430 GOÄ analog ebenfalls nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.
Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer hat durch die Verabschiedung dieser Abrechnungsempfehlungen im Konsens mit den Kostenträgern einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, mehr Rechtssicherheit in den strittigen Fragen zur Abrechnung rhinochirurgischer Leistungen zu schaffen und Abrechnungsauseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient zu vermeiden.

1400 **Genaue Hörprüfung mit Einschluss des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)** **76** 4,43 — 10,19 15,50

Ausschluss: Neben Nr. 1400 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 800, 801, 1403, 1404, 1406

1401* **Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)** **60** 3,50 — 6,30 8,74

Ausschluss: Neben Nr. 1401 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8, 1403, 1404, 1406

1403* **Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung mit Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung –** **158** 9,21 — 16,58 23,02

Ausschluss: Neben Nr. 1403 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1400, 1401, 1406

1404* **Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)** **158** 9,21 — 16,58 23,02

Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1404 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1400, 1401, 1406

1405* **Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld** **63** 3,67 — 6,61 9,18

Kommentar: Die Leistung ist für beide Ohren zusammen ist nur einmal ansatzfähig.

1406* **Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen – gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteanpassung –** **182** 10,61 — 19,09 26,52

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1406 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1400, 1401, 1403, 1404

Kommentar: Wenn in der Leistungslegende von einem Alter „... in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres ...“ gesprochen wird, handelt es sich um **keine absolute** Begrenzung des Lebensalters. Die absolute Grenze für die Leistungserbringung liegt beim vollendeten 14. Lebensjahr. Dies ist die Grenze des Begriffes „Kind“.

Analog: Die Leistung nach Nr. 1406 ist analog für die Anpassung eines Hörgerätes beim Kind ansetzbar.

1407	**Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z.B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig**	**182** 10,61	24,40 37,13
1408	**Audioelektroenzephalographische Untersuchung**	**888** 51,76	119,05 181,16

Ausschluss: Neben Nr. 1408 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 827, 828, 829, 1409

Analog: Prächirurgische epilepsiediagnostische Messung intracranieller kognitiver Potenziale, einschl. Aufzeichnung und Auswertung analog Nr. 1408.

1408 **analog**	**Empfehlung der BÄK: Prächirurgische epilepsiediagnostische Messung intracranieller kognitiver Potenziale, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung, (analog 1408 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**	**888** 51,76	119,05 181,16
1409	**Messung otoakustischer Emissionen**	**400** 23,31	53,62 81,60

Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1409 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 827 – 828, 829, 1408

IGeL: Neugeborenen-Hörscreening mittels otoakustischer Emissionen.

1412	**Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)**	**91** 5,30	12,20 18,56

Ausschluss: Neben Nr. 1412 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 826, 1413

1413	**Elektronystagmographische Untersuchung**	**265** 15,45	35,53 54,06

Ausschluss: Neben Nr. 1413 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1412

1414	**Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase**	**42** 2,45	5,63 8,57

Ausschluss: Neben Nr. 1414 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5 – 8

1415	**Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung**	**91** 5,30	12,20 18,56

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 1415 ist nicht für die routinemäßige binokularmikroskopische Untersuchung von Trommelfell und/oder Paukenhöhle abrechenbar. Nur wenn es um die diagnostische Abklärung krankhafter Veränderungen geht, ist die Leistung berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1416	**Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder**	**121** 7,05	16,22 24,68

Kommentar: Wird eine Videostroboskopie der Stimmbänder durchgeführt, so ist diese nach der Nr. 1416 abzurechnen.
Der höhere Aufwand kann über einen erhöhten Multiplikator abgegolten werden.

1417	**Rhinomanometrische Untersuchung**	**100** 5,83	13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 1417 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 393, 394, 395, 396

1418	**Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder**	**180** 10,49	24,13 36,72

Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach der Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1418 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1466

Analog: Nr. 1418 analog für die endoskopische Untersuchung des Kehlkopfes ansetzen

1425	**Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung**	**50** 2,91	6,70 10,20

Ausschluss: Neben Nr. 1425 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1426, 1435, 2320

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer** im DA, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Nr. 1425 bzw 1426 nicht neben Nrn. 1447 bzw. 1448
Die Ausstopfung der Nase nach den Nrn. 1425 und 1426 kann nicht neben den Nrn. 1447 und 1448 berechnet werden.
Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.
Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

Kommentar: Zur Tamponade der Nase als selbständige Leistung stehen mehrere Leistungsziffern zur Verfügung: – Tamponade der Nase von vorne nach Nr. 1425 – Tamponade der Nase von hinten nach Nr. 1426 – Tamponade zur Stillung von Nasenbluten nach Nr. 1435

1426	**Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung**	**100** 5,83	13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 1426 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1425, 1435, 2320

Kommentar: Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

Tipp: Die beidseitige Durchführung einer Nasentamponade ist 2x nach Nr. 1426 abrechnungsfähig.

1427	**Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung**	**95** 5,54	12,74 19,38

Ausschluss: Neben Nr. 1427 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1428

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer** im DA, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Postoperative Entfernung von Tamponaden
Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist die Nr. 1427 analog berechnungsfähig.
Die Nr. 1427 A kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden.
Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

Kommentar: Werden Fremdkörper aus beiden Nasengängen entfernt, so kann die Nr. 1427 zweimal abgerechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Wenn allerdings mehrere Fremdkörper aus einem Nasengang entfernt werden, so ist die Nr. 1427 nur einmal berechnungsfähig.
Die Leistung kann auch für das Entfernen von Nasentamponaden angesetzt werden.

1427 analog **Postoperative Entfernung von Tamponaden n. Nasen- u./o. Nasennebenhöhlen-Eingriffen – (analog Nr. 1427 GOÄ) – n. Beschlüssen d. Zentralen Konsultationsausschusses bei d. BÄK – 1x berechenbar** **95** 5,54 12,74 19,38

1428 **Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase** **370** 21,57 49,60 75,48

Ausschluss: Neben Nr. 1428 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1427

Kommentar: Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440, Nr. 441.

1429 **Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung** **76** 4,43 10,19 15,50

Ausschluss: Neben Nr. 1429 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1430

Kommentar: Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

1430 **Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision** **119** 6,94 15,95 24,28

Ausschluss: Neben Nr. 1430 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1428, 1438, 1439, 1445 – 1448, 1455, 2401, 2402

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer** im DA, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Postoperative Schienen-/Splintentfernung
Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist die Nr. 1430 analog berechnungsfähig.
Die Nr. 1430 A kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.
Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Nr. 1430 neben Nr. 1448
Die Nr. 1430 (operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision) kann bei entsprechender Indikation bis zu 6x notwendig werden, auch neben Nr. 1448; es handelt sich um einen eigenständigen Eingriff und nicht um eine Zugangsleistung.
(s. dazu auch Kommentierung zur GOÄ, Dr. Brück – S. 657 – „Ausnahmen sind gegeben bei eigenständiger Indikation, z.B. Muschelhyperplasie neben Septumdeviation“)

1430 analog **Postoperat. Schienen-/Splintentfernung – (analog Nr. 1430 GOÄ) – n. Beschlüssen d. Zentralen Konsultationsausschusses bei d. BÄK – 1x berechenbar** **119** 6,94 15,95 24,28

1435 **Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig** **91** 5,30 12,20 18,56

Ausschluss: Neben Nr. 1435 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 746, 1425, 1426, 1429, 1430, 2320

Kommentar: Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

1436 Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig

36	4,83
2,10	7,34

Kommentar: Eine zusätzliche Lokalanästhesie nach Nr. 483 ist berechnungsfähig.

Tipp: Ggf. kann die Erbringung der Leistung nach Nr. 1436 unter Lokalanästhesie nach Nr. 483 erforderlich sein. Die beiden Leistungen sind dann nebeneinander abrechenbar.

1438 Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel

370	49,60
21,57	75,48

Ausschluss: Neben Nr. 1438 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439, 1445 – 1448, 1455, 1470

Hinweis BÄK: **Beschluss des „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" bei der Bundesärztekammer Stand: 18.06.2004 – veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 25**
1) Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438
„Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z.B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten. Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 neben Nr. 1438 berechnet werden ..."

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 1448

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441.

1439 Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite

370	49,60
21,57	75,48

Ausschluss: Neben Nr. 1439 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1438, 1445 – 1448, 1470

Kommentar: Die Nr. 1439 kann auch für die Entfernung einer Nasenmuschelhyperplasie angesetzt werden.

Tipp: Müssen Auswüchse an beiden Seiten der Nasenscheidewand abgetragen werden, so kann die Leistung nach Nr. 1439 entsprechend 2mal abgerechnet werden.

1440 Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite

130	17,43
7,58	26,52

Ausschluss: Neben Nr. 1440 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439, 1441

1441 Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen

296	39,68
17,25	60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1441 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439, 1440

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/)
– **Nr. 1441 neben Nrn. 1447 bzw. 1448**
Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 zuzuordnen.
Nr. 1441 ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447 bzw. 1448 berechnungsfähig.
Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nr. 1447 bzw. 1448 abgegolten.

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 1448

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441!

1445 Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand

463 62,07
26,99 94,45

Ausschluss: Neben Nr. 1445 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439, 1440, 1446 – 1448, 1455

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441!

1446 Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste

739 99,07
43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1446 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439, 1440, 1445, 1447, 1448, 1455, 1492

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441!

1447 Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446, und 1456, –, auch in mehreren Sitzungen

1660 222,54
96,76 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 1447 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1438, 1439, 1445, 1446, 1448, 1455, 1456

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004
(Quelle: GOÄ-Datenbank http://www. blaek.de/) –

Nrn. 1429 / 1435 nicht neben 1447 bzw. 1448
Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nr. 1447 bzw. 1448, ggf. durch Ansatz eines höheren Faktors, abgegolten und können nicht als selbständige Leistung, z.B. nach den Nrn. 1429/1435 bzw. 1448 berechnet werden.

Nr. 1438 oder Nr. A 2382 neben Nr. 1448
Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 oder Nr. A 2382 neben den Nrn. 1447 bzw. 1448 berechnet werden.

Knochenzerbrechnung (z.B. Nr. A 2267) nicht neben Nrn. 1447 bzw. 1448
Die Knochenzerbrechung zur Begradingung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447 bzw. 1448 abgegolten und kann nicht als selbständige Leistung, z.B. nach Nr. 2267 (analog) neben Nrn. 1447 bzw. 1448 berechnet werden.

Nr. A 2256 für die Abtragung der Lamina perpendicularis nicht neben Nr. 1447 bzw. 1448
Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 bzw. 1448 abgegolten

Nr. A 2253 für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperation oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447 bzw. 1448
Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nr. 1447 bzw. 1448 berechnungsfähig.
Die routinemäßige Reimplantation von gecrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikationen ist mit dem Ansatz der Nr. 1447 bzw. 1448 abgegolten.
Siehe Anmerkungen zu Nr. 1448

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Berechenbarkeit von Septumsplints in der Rhinochirurgie**
Dr. med. Tina Wiesener – Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 49 (10.12.2010), S. A2472 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.8894
Bei der Abrechnung rhinochirurgischer Leistungen ist häufig strittig, welche operativen Maßnahmen neben einer Operation am Nasenseptum nach Nr. 1447 GOÄ „Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung ...“ beziehungsweise Nr. 1448 GOÄ „ ... und am knöchernen Nasengerüst ...“ zusätzlich berechnungsfähig sind.
Auch die Frage, ob die Einführung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints in die Nasenhaupthöhle (zur Stabilisierung/Abstützung der Nasenscheidewand und Schleimhautadaptation) neben Nr. 1447 oder 1448 GOÄ einen zusätzlich berechnungsfähigen Eingriff im Sinne der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

(GOÄ) darstellt, wird in Abhängigkeit vom Einzelfall durchaus kontrovers diskutiert. Dabei wird oft vorgebracht, dass es sich um einen Bestandteil der operativen Leistung nach Nr. 1447/1448 GOÄ handele und nicht um eine selbstständige Leistung (sogenanntes Zielleistungsprinzip nach § 4 Abs. 2 a GOÄ).
Nimmt man für eine gebührenrechtliche Beurteilung jedoch zum Beispiel die Auflistungen in der Knochenchirurgie der GOÄ in den Blick, so erscheint die Nebeneinanderberechnung von Operation und Stabilisierung gebührenrechtlich durchaus möglich. Denn dort sind, neben der operativen Maßnahme am Knochen, gesonderte Positionen für eine (zusätzliche) Stabilisierung mit Eigen- oder Fremdmaterial aufgeführt, und aus § 6 Abs. 2 GOÄ ergibt sich die Möglichkeit, für eine Leistung, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen ist, eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung analog zu berechnen.
Daher ist es durchaus vertretbar, für die Einlage von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints neben Nr. 1447 oder 1448 GOÄ, die Nr. 2700 GOÄ „Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme“ (350 Punkte) analog einmal für beide Nasenseiten in Ansatz zu bringen.
Im Hinblick auf die in § 6 Absatz 2 GOÄ geforderte „Gleichwertigkeit“ kommt hingegen für diese Leistung ein analoger Ansatz der Nr. 2701 GOÄ „Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkorrekturen –“ mit einem Punktwert von 1800! Punkten nicht in Betracht. Dass ein solcher Ansatz nicht angemessen wäre, ergibt sich auch schon aus dem Vergleich mit den Punktwerten der vorangehenden umfassenden rhinochirurgischen Leistungen nach Nr. 1447 GOÄ (1660 Punkte) beziehungsweise Nr. 1448 GOÄ (2370 Punkte).
Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist gemäß Beschlussfassung des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer die Nr. 1430 GOÄ analog einmal berechnungsfähig, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich bei Verwendung eines OP-Mikroskopes Zuschlag nach Nr. 440 und bei Anwendung eines Lasers Zuschlag nach Nr. 441 abrechenbar!

IGeL: Ästhetische Operation zur Nasenkorrektur.

1448 Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen

2370 317,72
138,14 483,49

Ausschluss: Neben Nr. 1448 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1438, 1439, 1445, 1446, 1447, 1455, 1456, 2250, 2253, 2255, 2256

Beschluss BÄK:

Operationen am Nasenseptum

Beschluss des „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ bei der Bundesärztekammer – Stand: 18.06.2004 – veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 25 (18.06.2004), Seite A-1845–A-184

1) Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438

Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z.B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten!
Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 neben Nr. 1438 berechnet werden.

2 a) Nr. 1438 oder Nr. 2382 analog neben Nr. 1448

Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 oder analog nach Nr. 2382 neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2 b) Nr. 1441 neben Nrn. 1447/1448

Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 zuzuordnen. Nr. 1441 ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2 c) Nr. 2253 analog für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperationen oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447/ 1448

Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchfüh-

rung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/ 1448 berechnungsfähig. Die routinemäßige Reimplantation von gecrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikationen ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2 d) Nr. 2256 (analog) für die Abtragung der Lamina perpendicularis nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 oder Nr. 1448 abgegolten.

2 e) Nr. 2267 (analog) nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Knochenzerbrechung zur Begradigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 abgegolten und kann nicht als selbstständige Leistung, z.B. nach Nr. 2267 (analog), neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2 f) Nrn. 1425/1426 nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Ausstopfung der Nase nach Nr. 1425 oder 1426 kann nicht neben den Nrn. 1447/1448 berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.

2 g) Postoperative Tamponaden-/Schienen-/Splintentfernung analog Nr. 1427 bzw. analog Nr. 1430

Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 analog berechnungsfähig. Nr. 1427 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden. Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist Nr. 1430 analog berechnungsfähig. Nr. 1430 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.

2 h) Nrn. 1429/1435 in derselben Sitzung nicht neben Nrn. 1447/1448

Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448, ggf. durch Ansatz eines höheren Faktors, abgegolten, und können nicht als selbstständige Leistungen, z.B. nach den Nrn. 1429/1435, neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Nasenmuschelchirurgie abrechnen – aber wie?**

Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 36 (04.09.2009), S. A-1756 – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.7726

Die Abrechnung rhinochirurgischer Leistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), hier insbesondere der Nasenmuschelchirurgie, führt immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Ärzten. So ist häufig strittig, ob eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (zum Beispiel Turbinoplastik) zutreffend mit der Nr. 1438 GOÄ „Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel" in Ansatz zu bringen ist oder ob diese Leistung eine Analogbewertung gemäß § 6 Absatz 2 GOÄ rechtfertigt.

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern (für die Beihilfe) und der Verband der privaten Krankenversicherungen vertreten sind, hat im Jahr 2004 auch Abrechnungsempfehlungen für die Nasenmuschelchirurgie beschlossen und veröffentlicht (DÄ, Heft 25/2004).

Danach ist eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel, wie zum Beispiel die Turbinoplastik oder der Eingriff nach der Legler'schen Operationsmethode mit der Nr. 2382 GOÄ analog zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 GOÄ sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und gegebenenfalls knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten. Wird hingegen eine konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) durchgeführt, so ist diese Leistung Nr. 1438 GOÄ zuzuordnen.

In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung beziehungsweise Muschel-(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 GOÄ „Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen" neben Nr. 1438 GOÄ berechnet werden.

Wer die Nasenmuschelchirurgie jetzt noch nach veralteten Empfehlungen, ohne Zugrundelegung der zwischen den Kostenträgern und Ärzten konsentierten Beschlussfassung abrechnet, läuft Gefahr, dass seine Liquidation kritisiert und letztlich nicht anerkannt wird.

Kommentar: Nach Kommentar von **Brück** zur GOÄ (3. Auflage, 8. Erg.Lfg.) kann die Leistung nach Nr. 2250 analog neben der Nr. 1448 berechnet werden, wenn im Rahmen der Septum-OP der Prämaxillen-Knochen sich als deviiert darstellt.
Eine blutige Reposition in der Nasenchirurgie kann analog nach Nr. 2255 neben der Nr. 1488 berechnet werden.
Siehe auch Kommentar zu Nr. 1438

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich bei Verwendung eines OP-Mikroskopes Zuschlag nach Nr. 440 und bei Anwendung eines Lasers Zuschlag nach Nr. 441 abrechenbar!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1449	**Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 1449 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1450, 1452, 1453, 1456, 1457		
1450	**Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen**	**7400** 431,33	992,05 1509,64
Ausschluss:	Neben Nr. 1450 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1449, 1452, 1453, 1456, 1457, 2381		
1452	**Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 1452 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1449, 1450, 1453		
1453	**Operative Entfernung der gesamten Nase**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1453 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1449, 1450, 1452		
1455	**Plastische Operation zum Verschluß einer Nasenscheidewandperforation**	**550** 32,06	73,73 112,20
Ausschluss:	Neben Nr. 1455 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1445, 1446, 1447, 1448		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1456	**Operative Verschmälerung des Nasensteges**	**232** 13,52	31,10 47,33
Ausschluss:	Neben Nr. 1456 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1446, 1447, 1448, 1450		
1457	**Operative Korrektur eines Nasenflügels**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1457 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1449, 1450		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1458	**Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses**	**1290** 75,19	172,94 263,17
Ausschluss:	Neben Nr. 1458 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1439 (als Zugangsleistung)		
1459	**Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1459 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2430		
1465	**Punktion einer Kieferhöhle – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten –**	**119** 6,94	15,95 24,28
Ausschluss:	Neben Nr. 1465 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 1466, 1467, 1468, 1479, 1480, 1486, 1488		
1466	**Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 –**	**178** 10,38	23,86 36,31
Ausschluss:	Neben Nr. 1466 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1418, 1465, 1467, 1468		
Analog:	Nr. 1466 analog für Tympanoskopie – Empfehlung nach Kommentar **Brück**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1467	**Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus – einschließlich Fensterung**	**407** 23,72	54,56 83,03

Ausschluss: Neben Nr. 1467 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1468, 1485, 1486, 1488

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1468	**Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus**	**296** 17,25	39,68 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1468 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1467, 1485, 1486, 1488

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1469	**Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1469 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1470, 1471, 1485 – 1488

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Mehrfachberechnung der Nrn. 1469 bzw. 1470

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist die Nr. 1469 (oder 1470) zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellensystem gewählt werden.

Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) maximal 4mal berechnet werden. Voraussetzung dafür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden.

Bei Operation von mehr als einer Kammer der septierten Keilbeinhöhle kann die Nr. 1469 (oder 1470) nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

Kommentar: Wird in einer Sitzung eine Keilbeinhöhlenoperation und eine Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus durchgeführt, so handelt es sich um zwei voneinander unabhängigen Leistungen und die Nr. 1469 ist zweimal berechnungsfähig.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1470	**Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus – einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand –**	**739** 43,07	99,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1470 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1430, 1438, 1439, 1440, 1469, 1471, 1486, 1487, 1488

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Mehrfachberechnung der Nrn. 1469 bzw. 1470

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist die Nr. 1469 (oder 1470) zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellensystem gewählt werden.

Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) maximal viermal berechnet werden. Voraussetzung dafür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden.

Bei Operation von mehr als einer Kammer der septierten Keilbeinhöhle kann die Nr. 1469 (oder 1470) nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1471	**Operative Eröffnung der Stirnhöhle – gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen – vom Naseninnern aus**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1471 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1469, 1470, 1478, 1485, 1487, 1488

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer,** veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004
(Quelle: GOÄ-Datenbank http:// www.blaek.de/) –
Berechnung der Nrn. 1469 oder 1470 neben Nr. 1471
Werden bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operationstechnik neben einer Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung die vorderen Siebbeinzellen nicht nur eröffnet, sondern ausgeräumt, so ist das Ausräumen der vorderen Siebbeinzellen mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten.
Bei zusätzlicher Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) zusätzlich neben Nr. 1471 berechnungsfähig, vorausgesetzt, dass ein separater Zugangsweg zu den hinteren Siebbeinzellen geschaffen wurde.

Kommentar: Ein Ansatz der Nr. 1471 für Infundibulotomie ist nicht möglich. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ... besteht keine Möglichkeit der Analogbildung zur Abrechnung der mikrochirurgisch-endoskopischen Pansinusoperation. Die Leistungslegende der Nr. 1471 hat die endonasale Stirnhöhlenoperation zum Inhalt ...
Auch wenn diese Leistung, wie fast alle operativen Eingriffe in der GOÄ, vergleisweise unterbewertet ist, ist eine zusätzliche analoge Anwendung nicht möglich, da es sich hier um eine Modifikation der Leistung handelt, welche nach den Vorgaben des Verordnungstextes lediglich durch den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden kann. Dies ist bedauerlich, da auch die Anwendung des 3,5fachen Steigerungssatzes die besonderen Umstände der Ausführung hier nicht genügend erfasst ...
Die Bundesärztekammer schlägt als Ausweg eine Abdingung vor oder eine individuelle Lösung (ohne Angabe dieser).

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1472	**Anbohrung der Stirnhöhle von außen**	**222** 12,94	29,76 45,29

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1473	**Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen**	**2220** 129,40	297,61 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 1473 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1485

1478	**Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –**	**178** 10,38	23,86 36,31

Ausschluss: Neben Nr. 1478 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 321, 1479, 1480

1479	**Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus – auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln –**	**59** 3,44	7,91 12,04

Ausschluss: Neben Nr. 1479 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 321, 1465, 1478, 1480

1480	**Absaugen der Nebenhöhlen**	**45** 2,62	6,03 9,18

Ausschluss: Neben Nr. 1480 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1478, 1479

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http:// www.blaek.de/) –
Nr. 1480 nicht neben Eingriffen an der Nasennebenhöhle

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Die Nr. 1480 kann nur als selbständige Leistung, nicht für die intraoperative Absaugung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen berechnet werden.

1485 Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen

924 123,87
53,86 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 1485 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1467 – 1469, 1471, 1472 (Stirnhöhle), 1473, 1486 – 1488 (gleiche Seite)

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1486 Radikaloperation der Kieferhöhle

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1486 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1467, 1468, 1485, 1487, 1488 (dieselbe Seite)

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank) –
Subturbinale Fensterung
Wird bei einer endonasal-mikroskopischen/endoskopischen Kieferhöhlenoperation nach Nr. 1486, ein subturbinales Fester zur Drainge angelegt, so ist diese zusätzliche Maßnahme durch die Berechnung der Nr. 1486 abgegolten und nicht als selbständige Leistung, z.B. nach Nr. 1468, neben Nr. 1486 berechnungsfähig.
Der durch die zusätzliche subturbinale Fensterung verursachte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1487 Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1487 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1471, 1472, 1485, 1486, 1488

1488 Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite

1850 248,01
107,83 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1488 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1465, 1467 – 1469, 1471, 1485 – 1487

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) –
Operationen sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite
Gegenüber dem alten Operationsstandard bei chronischer Sinusitis nach Nr. 1488 (Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite) wird in der modernen endoskopisch/mikroskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie das Ziel der schleimhautschonenden Funktionswiederherstellung der Nebenhöhle(n) unter Vermeidung größerer knöcherner Destruktionen verfolgt. Sofern für die operative Behandlung mehrerer Nasennebenhöhlen einer Seite jeweils getrennte endonasale Zugangswege gewählt werden, ist der je Nasennebenhöhle durchgeführte Eingriff als selbständige Leistung berechnungsfähig.
Voraussetzung für die Anerkennung der Berechnung verschiedener Nasennebenhöhlen-Eingriffe nebeneinander ist, dass sich Indikationsstellung zum jeweiligen Eingriff sowie die Art der operativen Vorgehensweise aus dem OP-Bericht ableiten lassen. Die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschlossenen Abrechnungsempfehlungen für Gebührenpositionen der einzelnen Nasennebenhöhlen-Eingriffe sind dabei jeweils zu beachten:
Bei Durchführung von Eingriffen zur Ausräumung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle müssen die diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen beachtet werden (Nr. 1469 oder Nr. 1470 je Seite max. 2mal berechnungsfähig; vgl. dazu entsprechenden Beschluss).
Erfolgt neben der Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung eine Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen, so ist dies mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten (vgl. dazu entsprechenden Beschluss).
Fakultativ zusätzliche Fensterungen der einzelnen Nasennebenhöhlen, z.B. das Anlegen eines zusätzlichen subturbinalen Fensters bei endoskopischer Kieferhöhlenoperation (Nr. 1486), sind nicht als selbständige

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Leistungen zusätzlich zu der Gebührenposition für den operativen Eingriff dieser Nasennebenhöhle berechnungsfähig; der hierdurch erhöhte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden (vgl. dazu entsprechenden Beschluss).

1492 **Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena** **1290** 172,94 / 75,19 / 263,17

Ausschluss: Neben Nr. 1492 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1438, 1439, 1445, 1446

1493 **Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)** **296** 39,68 / 17,25 / 60,39

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1495 **Entfernung eines Nasenrachenfibroms** **1110** 148,81 / 64,70 / 226,45

1496 **Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus** **2220** 297,61 / 129,40 / 452,89

1497 **Tränensackoperation vom Naseninnern aus** **1110** 148,81 / 64,70 / 226,45

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1498 **Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung, Saugung)** **44** 5,90 / 2,56 / 8,98

Ausschluss: Neben Nr. 1498 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1493

1499 **Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)** **463** 62,07 / 26,99 / 94,45

Ausschluss: Neben Nr. 1499 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1500, 1501, 1505

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004
(Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) –
Tonsillektomie
Die Exzision von hyperplastischem Tonsillen-Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis ist mit dem Ansatz der Nr. 1499 bzw. 1500 abgegolten.

1500 **Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)** **739** 99,07 / 43,07 / 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1500 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1499, 1501, 1505

1501 **Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie** **333** 44,64 / 19,41 / 67,93

Ausschluss: Neben Nr. 1501 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1499, 1500

1505 **Eröffnung eines peritonsillären Abszesses** **148** 19,84 / 8,63 / 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1505 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1499, 1500, 1507, 2428, 2430

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1506	**Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses**	**185** 10,78	24,80 37,74
Ausschluss:	Neben Nr. 1506 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2430		
1507	**Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses**	**56** 3,26	7,51 11,42
Ausschluss:	Neben Nr. 1507 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1505, 2428, 2430		
1508	**Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund**	**93** 5,42	12,47 18,97
1509	**Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1509 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2428, 2430, 2432		
1510	**Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen –**	**190** 11,07	25,47 38,76
1511	**Eröffnung eines Zungenabszesses**	**185** 10,78	24,80 37,74
Ausschluss:	Neben Nr. 1511 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1509, 2428, 2430, 2432		
1512	**Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1512 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1513, 1514, 2803		
1513	**Keilexzision aus der Zunge**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1513 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1512, 1514		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 Nr. 441 abrechenbar!		
1514	**Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae lingualis**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1514 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1512, 1513, 2803		
1518	**Operation einer Speichelfistel**	**739** 43,07	99,07 150,76
1519	**Operative Entfernung von Speichelstein(en)**	**554** 32,29	74,27 113,02
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 abrechenbar!		
1520	**Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)**	**900** 52,46	120,65 183,60
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1521	**Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1521 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1522, 2760		
1522	**Parotisextirpation mit Präparation des Nervus facialis – gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes –**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1522 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1521, 2583, 2760		
1525	**Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung**	**46** 2,68	6,17 9,38
Ausschluss:	Neben Nr. 1525 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 484, 1526		
1526	**Chemische Ätzung im Kehlkopf**	**76** 4,43	10,19 15,50
Ausschluss:	Neben Nr. 1526 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1525		
Kommentar:	Wenn eine Narkose oder Lokalanästhesie erforderlich ist, können die entsprechenden Leistungspositionen zusätzlich abgerechnet werden. (z.B. Nrn. 451, 453, 484).		
1527	**Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettement im Kehlkopf**	**370** 21,57	49,60 75,48
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1528	**Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf**	**554** 32,29	74,27 113,02
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1529	**Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung**	**152** 8,86	20,38 31,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1529 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 429, 435, 462, 463, 489, 1040, 1532		
Analog:	Nr. 1529 analog für den Wechsel der Trachealkanüle ansetzen.		
1530	**Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop**	**182** 10,61	24,40 37,13
Ausschluss:	Neben Nr. 1530 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 462, 463, 1529, 1532, 1533		
Analog:	Nr. 1530 analog für die Kehlkopfendoskopie, einschl. Lupen-Endoskopie ansetzen.		
1532	**Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr**	**182** 10,61	24,40 37,13
	Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1532 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 462, 463, 677, 678, 1529, 1530, 1533		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1533	**Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 1533 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1529 – 1532, 1535		
1534	**Probeexzision aus dem Kehlkopf**	**463** 26,99	62,07 94,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1535	**Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf**	**647** 37,71	86,74 131,99
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 Nr. 441 abrechenbar!		
1540	**Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes**	**1850** 107,83	248,01 377,41
1541	**Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich**	**1390** 81,02	186,34 283,57
1542	**Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1542 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1547		
1543	**Teilweise Entfernung des Kehlkopfes**	**1650** 96,17	221,20 336,61
Ausschluss:	Neben Nr. 1543 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1544, 1545, 1546		
1544	**Teilweise Entfernung des Kehlkopfes – einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik –**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1544 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1543, 1545, 1546		
1545	**Totalexstirpation des Kehlkopfes**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1545 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1543, 1544, 1546		
1546	**Totalexstirpation des Kehlkopfes – einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen –**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 1546 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1543, 1544, 2760		
1547	**Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie – einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1547 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1542		
1548	**Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich**	**2060** 120,07	276,17 420,25

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1549	**Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Tipp:	Neben Nr. 1549 ist die Nr. 1550 abrechenbar.		
1550	**Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels**	**300** 17,49	40,22 61,20
Tipp:	Neben Nr. 1550 ist die Nr. 1549 abrechenbar.		
1551	**Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea – gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie –**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1551 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2381, 2382, 3010		
1555	**Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)** Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.	**119** 6,94	15,95 24,28
Ausschluss:	Neben Nr. 1555 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 715, 717, 718		
1556	**Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmeinsatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfanges und der Sprechstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)**	**119** 6,94	15,95 24,28
1557	**Elektroglottographische Untersuchung**	**106** 6,18	14,21 21,62
1558*	**Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung**	**148** 8,63	15,53 21,57
1559*	**Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z.B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten**	**207** 12,07	21,72 30,16
Ausschluss:	Neben Nr. 1559 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 500 – 510, 719, 725, 726, 1560		
1560*	**Stimmübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z.B. Stimmeinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten**	**207** 12,07	21,72 30,16
Ausschluss:	Neben Nr. 1560 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 500 – 510, 719, 725, 726, 1559		
1565	**Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfchen, auch beidseitig**	**45** 2,62	6,03 9,18

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1566	**Ausspülung des Kuppelraumes**	**45** 2,62	6,03 9,18
1567	**Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1567 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 2428		
1568	**Operation im äußeren Gehörgang (z.B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)**	**185** 10,78	24,80 37,74
Ausschluss:	Neben Nr. 1568 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1567, 1569, 1570, 1577, 1585, 1586, 1595		
1569	**Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1569 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1570 (derselbe Fremdkörper), 1585		
1570	**Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle**	**148** 8,63	19,84 30,19
Ausschluss:	Neben Nr. 1570 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1569, 1585		
1575	**Inzision des Trommelfells (Parazentese)**	**130** 7,58	17,43 26,52
Ausschluss:	Neben Nr. 1575 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1576		
1576	**Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)**	**320** 18,65	42,90 65,28
Ausschluss:	Neben Nr. 1576 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1575		
Tipp:	Die Kosten für das Verweilröhrchen können dem Patienten in Rechnung gestellt werden (nach §10) oder das Verweilröhrchen wird rezeptiert. Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1577	**Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens**	**45** 2,62	6,03 9,18
Ausschluss:	Neben Nr. 1577 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1569, 1570, 1576		
1578	**Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig**	**40** 2,33	5,36 8,16
Ausschluss:	Neben Nr. 1578 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1579		
1579	**Chemische Ätzung in der Paukenhöhle – gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang –**	**70** 4,08	9,38 14,28
Ausschluss:	Neben Nr. 1579 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1578, 1614		
Beschluss BÄK:	**Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610 bzw. 1613 bzw. 1614** Die Nr. 1579 (chemische Ätzung in der Paukenhöhle) kann in derselben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610 bzw. 1613 bzw.1614 berechnet werden.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1580	**Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle**	**89** 5,19	11,93 18,16
Ausschluss:	Neben Nr. 1580 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1568		
1585	**Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe**	**130** 7,58	17,43 26,52
Ausschluss:	Neben Nr. 1585 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1569, 1570		
1586	**Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen**	**296** 17,25	39,68 60,39
Ausschluss:	Neben Nr. 1586 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1569, 1585, 1595, 1596		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1588	**Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z.B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1588 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1596, 1598, 1610, 1614		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1589	**Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors**	**30** 1,75	4,02 6,12
Kommentar:	Wird eine Insufflation beider Eustachischen Röhren durchgeführt, so ist dies auch zweimal abrechnungsfähig.		
1590	**Katheterismus der Ohrtrompete – auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche –, auch beidseitig**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1590 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 321, 1589		
1591	**Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig**	**40** 2,33	5,36 8,16
1595	**Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1595 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1568, 1586		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1596	**Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 1596 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1586		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1597	**Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1597 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1596, 1598, 1600 – 1602, 1620

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1598	**Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)**	**1660** 96,76	222,54 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 1598 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1588, 1597, 1600, 1601, 1602, 1620

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1600	**Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 1600 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1597, 1598, 1601, 1602

1601	**Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 –**	**1660** 96,76	222,54 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 1601 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1597, 1598, 1600

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggtf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1602	**Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 –**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 1602 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1597, 1598, 1600

1610	**Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1610 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1596, 1613, 1614

Beschluss BÄK:

Beschluss des „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" bei der Bundesärztekammer Stand: 18.06.2004

9) Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614

Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfelldefekts oder zur endoprothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelchenkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Präparation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) abgegolten. Die Nr. 2253 analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes bzw. der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

10) Nr. 2583 (Neurolyse) ggf. neben Nrn. 1610/1613/1614

Bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ist ggf. die Neurolyse der Chorda tympani oder des Nervus facialis aus wuchernden Epithelformationen erforderlich. In diesen Fällen ist Nr. 2583 neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

11) Nr. 2253 analog für die Verwendung von autologen Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbstständige Leistung, z.B. nach den Nrn. 2380/ 2381/2382/2383/2384, anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 handelt. Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, der durch aufwendigere Maßnahmen, die in Beschlussvorschlag Nr. 8. a) nach

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nr. 2253 bewertet sind, erforderlich ist. Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 analog einmal neben Nr. 1623 berechnungsfähig.

12) Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610/ 1613/1614

Nr. 1579 (Chemische Ätzung in der Paukenhöhle) kann in derselben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610/1613/1614 berechnet werden.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Mittelohrchirurgie – wie abrechnen?

Dr. med. Tina Wiesener in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 11 (13.03.2009), S. A-528 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4285.7035

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern (für die Beihilfe) und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. vertreten sind, hat im Jahr 2004 Abrechnungsempfehlungen für die Mittelohrchirurgie beschlossen und veröffentlicht (DÄ, Heft 25 vom 15.6.2004).

Gleichwohl führt die Abrechnung otochirurgischer Leistungen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Ärzten. So ist zum Beispiel immer wieder strittig, ob die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes beziehungsweise der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material (Knorpel oder Knochen) neben der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610, 1613 oder 1614 GOÄ gesondert berechnungsfähig sind. Der Zentrale Konsultationsausschuss hat dazu beschlossen: Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfelldefekts oder zur prothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelchenkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Präparation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 GOÄ (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) abgegolten. Die Nr. 2253 GOÄ analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes beziehungsweise der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610, 1613 oder 1614 GOÄ berechnungsfähig.

Auch zur gesonderten Berechnungsfähigkeit des Wiederverschlusses des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen und der Anfertigung der Prothese aus autologem Knorpelmaterial bei der Otoskleroseoperation hat der Zentrale Konsultationsausschuss klarstellende Empfehlungen gegeben: Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 GOÄ könne der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbstständige Leistung, etwa nach den Nrn. 2380, 2381, 2382, 2383 oder 2384 GOÄ, anerkannt werden, da es sich bei der Adaptation der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation handele.

Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 GOÄ ist in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, der durch aufwendigere Maßnahmen, zum Beispiel nach Nr. 2253 GOÄ, zu decken ist.

Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist für die Entnahme des Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 GOÄ analog einmal neben Nr. 1623 GOÄ berechnungsfähig.

Tipp:

- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!
- Neben Nr. 1610 sind die Nrn. 1598, 1600 – 1602 abrechenbar.

1611 Myringoplastik vom Gehörgang aus

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1611 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1610, 1613, 1614

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1612 Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung

1110 148,81
64,70 226,45

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1613 Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung

2350 315,04
136,98 479,41

Ausschluss: Neben Nr. 1613 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1598, 1600, 1601, 1602, 1610, 1614

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 1610.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Kommentar: Siehe auch Kommentar bei Nr. 1610

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1614 Tympanoplastik – einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette

3140 420,95
183,02 640,58

Ausschluss: Neben Nr. 1614 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1588, 1610, 1613, 1623

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 1610.

Kommentar: Siehe auch Anmerkungen bei Nr. 1610

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1620 Fensterungsoperation – einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes –

2350 315,04
136,98 479,41

Ausschluss: Neben Nr. 1620 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1597, 1598

1621 Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1621 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1622

1622 Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen

700 93,84
40,80 142,80

Ausschluss: Neben Nr. 1622 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1621

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1623 Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) – gegebenenfalls einschließlich Interposition –

2350 315,04
136,98 479,41

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 25, 18.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Nr. 2253 analog für die Verwendung von autologem Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperationen nach Nr. 1623

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbständige Leistung, z.B. nach den Nrn. 2380 – 2384 anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 handelt.

Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, durch den aufwendigere Maßnahmen erforderlich sind.

Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels und die Präparation die Nr. 2253 analog einmal neben Nr. 1623 berechnungsfähig.

1624 Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohrs mit Eröffnung des Sacculus

2350 315,04
136,98 479,41

1625 Fazialisdekompression, als selbständige Leistung

2220 297,61
129,40 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 1625 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1626, 2451, 2583, 2584

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1626	**Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen**	**1330** 77,52	178,30 271,33
1628	**Plastischer Verschluß einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel**	**739** 43,07	99,07 150,76
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1629	**Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges**	**3700** 215,66	496,02 754,82
1635	**Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z.B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision)**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 1635 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1636, 1637, 1638		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1636	**Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform**	**887** 51,70	118,91 180,95
Ausschluss:	Neben Nr. 1636 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1635, 1637, 1638		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1637	**Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel**	**1400** 81,60	187,69 285,61
Ausschluss:	Neben Nr. 1637 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1635, 1636, 1638		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1638	**Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1638 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1635, 1636, 1637		
1639	**Unterbindung der Vena jugularis**	**554** 32,29	74,27 113,02

K Urologie

Allgemeine Bestimmungen:

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder 3135 zu kürzen.

IGeL – Facharzt-Check Urologie und weitere Leistungen

WICHTIG: Kostenangaben für IGeL-Leistungen nur mit Angabe der GOÄ Gebührenordnungspositionen und den gewählten Steigerungssätzen:

Im Internet wirbt ein Urologe:

*Die dauerhafte Unterbindung bzw. Teilresektion **beider Samenleiter** beim Mann **(Vasektomie)** ist ein ambulanter, operativer Eingriff, der heute von den gesetzlichen **Krankenkassen nicht mehr getragen** wird (Ausnahme: medizinische Indikation z.B. bei vererbbaren Erkrankungen). Daher wird dieser **Wunscheingriff** inkl. Vor- und Nachuntersuchung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte **(GOÄ) privat vergütet.** Das **erste Beratungsgespräch** mit Ihnen in der Praxis ist eine Leistung, die wir über die **Krankenkasse abrechnen** dürfen.*

Sollten Sie sich nach eingehender Beratung mit Ihrer Frau zur Durchführung der ambulanten Sterilisationsoperation entscheiden, werden danach sämtlich notwendigen Untersuchungen ‚privatärztlich' mit Ihnen abgerechnet:

Eine Übersicht der zu erwartenden Kosten finden Sie hier:

Leistungen	***Preis in Euro***
Blutentnahme u. Gerinnungsstatus	*10,90*
Operationsaufklärung-Beratung	*10,30*
Operation (ambulant, örtliche Betäubung plus Dormicum)	*262,90*
Histologische Begutachtung des entfernten Gewebes	*63,90*
Nachuntersuchung	*21,42*
Spermiogramm-Kontrolle (3x minimum)	*20,10*

Dieses Angebot ist nach GOÄ nicht korrekt. Es fehlen die GOÄ-Abrechnungs-Ziffern und die angewendeten Steigerungssätze!

Im Rahmen urologischer IGEL-Leistungen werden vor allem angeboten:

Für die Frau
- im Rahmen der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung sind keine Früherkennungsuntersuchungen von Krebserkrankungen oder Funktionsstörungen des Nieren- und Harntraktes vorgesehen. Chronische Entzündungen und Steinerkrankungen verursachen oft am Anfang keine Beschwerden.
- Nieren-Check up mit Ultraschall und Laboruntersuchungen

Für den Mann Komplett-Vorsorge
Die Vorsorgeuntersuchungen für den Mann sind oft der erste Einstieg eines Patienten beim Urologen. Dazu kommt es, weil viele Patienten den Urologen mit seinen speziellen Kenntnissen und der apparativen Ausstattung (z.B. transrektale Sonografie) für besonders qualifiziert halten zur Prävention für den Mann.

Schwerpunkte sind
- Komplettvorsorge des Mannes (PCA, TRUS, PSA, Ultraschall der Nieren, Beratung etc.)
- Sterilisationswunsch (Vasektomie)
- Der alternde Mann (aging male, Androgenmangelsyndrom)
- Fruchtbarkeitscheck ohne Krankheitshinweis
- Behandlung von Potenzstörungen
- Paarbezogene Gesprächstherapie zu sexuellen Problemen

In den Internetportalen der Urologen wird für die Komplettuntersuchung entsprechend geworben. Das folgende Beispiel haben wir dem Internet entnommen (http://www.urologie-stadtzentrum.de/34.html#c278), um Ihnen Anregungen zu geben:

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_13,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Was beinhaltet die urologische Komplettvorsorge für den Mann?

Mit nachfolgend genannten, schmerzlosen, in jährlichen Abständen durchgeführten Untersuchungen sinkt die Wahrscheinlichkeit, an einem unheilbaren, bösartigen Tumor zu erkranken, signifikant:

- Erfassung der Krankengeschichte & Risikofaktoren
- Körperliche Untersuchung (Blutdruckmessung, Abdomen & Nierenlager, äußeres Genitale einschließlich Leisten bds., sowie die Tastuntersuchung der Prostata durch den After)
- Urinuntersuchung auf unsichtbare Blutbeimengung (Mikrohämaturie) einschließlich Bakteriologie und Blasentumor-Antigen-Bestimmung (NMP-22)
- Blutuntersuchung: Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA) und eventuell weitere Parameter wie z.B. Hormonstatus, Nierenwerte usw.
- Ultraschall: Untersuchung der Nieren zum Ausschluss von Anomalien, Harnstauung, Nierensteinen, Nierentumoren oder Durchblutungsstörungen. Untersuchung der Prostata mittels einer Sonde, die durch den After eingeführt wird zur Messung der Prostatagröße und zum Ausschluss prostatakarzinomverdächtiger Veränderungen, ggf. Untersuchung der Hoden
- Stuhluntersuchung auf unsichtbare Blutbeimengungen zur rechtzeitigen Erkennung von Darmkrebs

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
6	Untersuchung Nieren und harnableitende Wege, bei Männern zusätzlich Prostata, Bruchpforten, Hoden und Nebenhoden	5,83	**13,41**
8	Ganzkörperstatus	15,15	**34,85**
11	Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms	3,50	**8,04**
28	Krebsvorsorge: Mann	16,32	**37,54**
403*	Zuschlag zur Sonographie bei transrectaler Untersuchung	8,74	**15,74**
410	Sonographie, ein Organ (Prostata)	11,66	**26,81**
420	Sonographie bis zu 3 weiteren Organen (Nieren, Hoden)	4,66	**10,73**
		1fach €	1,15fach €
3908.H3*	PSA-Bestimmung	17,49	**20,11**

Früherkennung Blasenkrebs

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
410	Sonographie, ein Organ (Blase)	11,66	**26,81**
403*	Zuschlag zur Sonographie bei transrectaler Untersuchung	8,74	**15,74**

Bestimmung: Tumormarker NMP22 (Nuclear matrix protein 22)
Der Blasentumor ist eine relativ häufige Krebserkrankung und steht nach dem Prostatakrebs mit ca. 34% an zweiter Stelle der urologischen Tumore. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Der Tumormarker NMP22 wurde in den USA entwickelt und von der FDA (U.S. Food and Drug Administration) **– neben der Therapieüberwachung – auch für die Früherkennung** (z.B. Sreening von Personen mit hohem Risiko für die Entwicklung eines Harnblasenkarzinoms: Raucher, Arbeiter in chemischen Betrieben) zugelassen.

Andrologische Diagnostik ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
3	Eingeh. Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	**8,74**	**20,11**
6	Nieren, harnableitende Wege und männliche Genitalorgane	5,83	**13,41**
		1fach €	1,15fach €
3667*	Spermienzahl, Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	4,08	**4,69**
3668*	Spermiogramm	23,32	**26,81**

Erektile Dysfunktion

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingeh. Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	**8,74**	**20,11**
643*	Nicht direktionale Untersuchungen der Penisgefäße u./o. Skrotalfächer **- analoger Ansatz**	**6,99**	**12,59**
1754	Direktionale Doppler-Sonographie der Penisgefäße u./o. Skrotalfächer	**10,49**	**24,13**
250*	Blutentnahme venös	2,33	**4,20**
		1fach €	1,15fach €
4042	Testosteron*	20,40	**23,46**

Sexualberatung

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
A31	Ausführliche Sexualanamnese (30 Minuten), n. n. Nr. 34	26,23	**60,33**
7	Organsystemuntersuchung	9,33	**21,45**
34	Beratung Lebensveränderung, n. n. Nr. A 31	8,74	**20,11**
250*	Blutentnahme venös	2,33	**4,20**
		1fach €	1,15fach €
3908 H3	PSA	17,49	**20,11**
3765	Sexualhormonbindendes Globulin*	26,23	**30,16**
4021	FSH*	14,57	**16,76**
4039	Otradiol*	20,40	**23,46**
4042	Testosteron*	20,40	**23,46**

* Untersuchungen aus Laborkap. M III kann nur der Arzt abrechnen, der diese Leistungen selber erbracht hat.

Sterilisation des Mannes

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
6	Nieren, harnableitende Wege und männliche Genitalorgane	5,83	**13,41**
1756	Unterbindung beider Samenleiter – auch mit Teilresektion	48,50	**111,54**

Zusätzlich ggf. praeoperative Diagnostik, Anästhesieleistungen und nach Sterilisation Kontrolluntersuchung (Andrologische Diagnostik mit Spermiogramm)

Vorhautbeschneidung ohne medizinische Indikation

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach€	2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
1741	Vorhautbeschneidung ohne medizinische Indikation	21,57	**49,60**
442	Zuschlag bei amb. Durchführung der Leistung nach Nr. 1741 – nur 1fach berechenbar	23,32	**–**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1700	**Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln**	**45** 2,62	6,03 9,18
Ausschluss:	Neben Nr. 1700 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1701, 1702, 1703, 1704, 1713, 1785 – 1790, 1793, 1794, 1798		
Kommentar:	Nach **Wezel/Liebold** kann eine Spülung, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung erforderlich ist, nach Nr. 1700 nicht zusätzlich berechnet werden.		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1701	**Dehnung der männlichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1701 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1702, 1708, 1712, 1713, 1724, 1728 – 1733, 1785 – 1790, 1793, 1794, 1798		
Kommentar:	Kann eine Zystoskopie nicht ohne Dehnung der Harnröhre durchgeführt werden, weil aufgrund krankhaft entstandener oder angeborener Verengung vor der Zystoskopie eine Dehnungsbehandlung nach den Nrn. 1701 oder 1702 erforderlich ist, so können diese Leistungen zusätzlich zur Zystoskopie berechnet werden. Es ist dabei zu raten, für die zusätzliche Berechnung der Nrn. auch eine enstprechende Diagnose anzugeben.		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1702	**Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, erste Sitzung**	**178** 10,38	23,86 36,31
Ausschluss:	Neben Nr. 1702 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1708, 1712, 1713, 1724, 1728 – 1733, 1785 – 1790, 1793, 1794		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 1701		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1703	**Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre**	**148** 8,63	19,84 30,19
Ausschluss:	Neben Nr. 1703 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1704		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1704	**Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1704 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1723		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1708	**Kalibrierung der männlichen Harnröhre**	**75** 4,37	10,05 15,30
1709	**Kalibrierung der weiblichen Harnröhre**	**60** 3,50	8,04 12,24
1710	**Dehnung der weiblichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung**	**59** 3,44	7,91 12,04
Ausschluss:	Neben Nr. 1710 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1709, 1712, 1713, 1724, 1728 – 1733, 1785 – 1790, 1793, 1794, 1798		
Kommentar:	Ähnlich wie bei der Dehnung der männlichen Harnröhre nach den Nrn. 1701 oder 1702, kann bei einer Zystoskopie der Frau die Nr. 1710 dann zusätzlich berechnet werden,		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

wenn eine Verengung der weiblichen Harnröhre eine Dehnung erforderlich macht. Auch hier ist die Diagnose anzugeben, die die zusätzliche Berechnung der Nr. 1710 erforderlich macht.

Tipp: Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!

1711 **Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre** **74** 9,92
4,31 15,10

Tipp: Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!

1712 **Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)** **119** 15,95
6,94 24,28

Ausschluss: Neben Nr. 1712 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1701, 1702, 1709, 1710, 1713, 1728 – 1733, 1785 – 1790, 1800, 1802, 1803

Tipp: Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!

1713 **Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z.B. Papillomkoagulation, Erstbourgierung und/oder Spaltung einer Striktur)** **296** 39,68
17,25 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1713 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1701, 1702, 1709, 1710, 1712, 1714, 1728 – 1733

Tipp:
- Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dzu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!

1714 **Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung** **230** 30,83
13,41 46,92

Ausschluss: Neben Nr. 1714 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1713

1715 **Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis** **300** 40,22
17,49 61,20

A 1716 **Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z.B. nach Sachse) (analog: Nr. 1802 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** **739** 99,07
43,07 150,76

1720 **Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm** **554** 74,27
32,29 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1720 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1722, 1723

1721 **Verschluß einer Harnröhrenfistel durch Naht** **554** 74,27
32,29 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 1721 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1163, 1722, 1723

1722 **Verschluß einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation** **1110** 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 1722 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1163

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1723	**Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 1723 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1704		
Kommentar:	Nach **Wezel/Liebold** ist eine eventuell erforderliche operative Fremdkörperentfernung aus der Harnröhre Bestandteil der Leistung nach Nr. 1723 und daher nicht zusätzlich abrechnungsfähig.		
1724	**Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 1724 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1701, 1702, 1710, 1715		
1728	**Katheterisierung der Harnblase beim Mann**	**59** 3,44	7,91 12,04
Ausschluss:	Neben Nr. 1728 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 488, 1700, 1701, 1702, 1712, 1713, 1729, 1732, 1733, 1791, 1793, 1794, 1798		
Tipp:	Eine erforderliche Anästhesie der Harnröhre kann nach Nr. 488 berechnet werden.		
1729	**Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –**	**104** 6,06	13,94 21,22
Ausschluss:	Neben Nr. 1729 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 488, 1700, 1701, 1702, 1712, 1713, 1728, 1732, 1733, 1793, 1794, 1798		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1730	**Katheterisierung der Harnblase bei der Frau**	**37** 2,16	4,96 7,55
	Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1730 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 7, 435, 488, 1710, 1712, 1713, 1731, 1732, 1791, 1793, 1794, 1798		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1731	**Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation Medikamenten – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –**	**74** 4,31	9,92 15,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1731 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 488, 1710, 1712, 1713, 1730, 1732, 1733, 1793, 1794, 1798		
Tipp:	Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen!		
1732	**Einlegung eines Verweilkatheters – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 –**	**74** 4,31	9,92 15,10
	Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1732 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 488, 1700, 1701, 1702, 1710, 1712, 1713, 1728, 1730, 1733, 1793, 1794, 1795, 1798, 1801		
Tipp:	• Ggf. zusätzlich Lokalanästhesie nach Nr. 488 anwenden und abrechnen! • Wechsel des Verweilkatheters ebenfalls nach Nr. 1732 abrechnen. • Das Entfernen analog nach Nr. 2007 berechnen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1733	**Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter**	**40** 2,33	5,36 8,16
Ausschluss:	Neben Nr. 1733 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 488, 1701, 1702, 1710, 1732, 1793, 1794, 1798		
1737	**Meatomie**	**74** 4,31	9,92 15,10
1738	**Plastische Versorgung einer Meatusstriktur**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1738 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1701, 1702, 1715, 1737		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1739	**Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung**	**60** 3,50	8,04 12,24
1740	**Operative Beseitigung einer Paraphimose**	**296** 17,25	39,68 60,39
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 Nr. 441 abrechenbar!		
1741	**Phimoseoperation**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1741 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1740, 1742		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 1741 gilt für alle gängigen Methoden der Phimoseoperation nach z.B. Zirkumzision, Plastik, Schloffer, Goldstein, mit Gomko-Klemme, mit Plastibellgerät.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
IGeL:	Vorhautbeschneidung, ohne medizinische Indikation		
1742	**Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii**	**85** 4,95	11,40 17,34
Ausschluss:	Neben Nr. 1742 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1741		
Analog:	Nr. 1742 analog für die Durchtrennung des Zungenbändchens ansetzen.		
1745	**Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746**	**554** 32,29	74,27 113,02
1746	**Operation einer Epispadie oder Hypospadie**	**1110** 64,70	148,81 226,45
1747	**Penisamputation**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1747 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1748		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1748	**Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen – einschließlich Verlagerung der Harnröhre –**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1748 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1747		
1749	**Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus**	**2500** 145,72	335,15 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1749 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1750		
1750	**Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus**	**3200** 186,52	428,99 652,82
1751	**Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus**	**924** 53,86	123,87 188,50
1752	**Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese**	**2500** 145,72	335,15 510,01
1753	**Entfernung einer Penisprothese**	**550** 32,06	73,73 112,20
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1754	**Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer Registrierung –**	**180** 10,49	24,13 36,72
Ausschluss:	Neben Nr. 1754 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 401, 404, 644		
1755	**Unterbindung eines Samenleiters – auch mit Teilresektion –, als selbständige Leistung**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1755 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1756, 1757		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1756	**Unterbindung beider Samenleiter – auch mit Teilresektion(en)-, als selbständige Leistung**	**832** 48,50	111,54 169,73
Ausschluss:	Neben Nr. 1756 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1755, 1757		
Tipp:	• Die Infiltrationsanästhesie nach Nrn. 490 oder 491 ist für jede Seite getrennt – also 2x – abrechenbar. • Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1757	**Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1757 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1755, 1756		
1758	**Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters**	**1110** 64,70	148,81 226,45

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1759	**Transpenile oder transskrotale Venenembolisation**	**2800** 163,20	375,37 571,22
Ausschluss:	Neben Nr. 1759 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344 – 347, 5295, 5329, 5331, 5360		
1760	**Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1761	**Operation eines Wasserbruchs**	**739** 43,07	99,07 150,76
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1762	**Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung**	**1200** 69,94	160,87 244,81
1763	**Einlegen einer Hodenprothese**	**740** 43,13	99,20 150,96
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1764	**Entfernen einer Hodenprothese**	**460** 26,81	61,67 93,84
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1765	**Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhoden-entfernung derselben Seite –, einseitig**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 1765 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1766, 1767, 1771, 1772		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441 abrechenbar!		
1766	**Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhoden-entfernung(en) –, beidseitig**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Ausschluss:	Neben Nr. 1766 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1765, 1767, 1771, 1772		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen.		
1767	**Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebe-material**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1767 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 315, 1765, 1766, 2401, 2402		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
1768	**Operation eines Leistenhodens, einseitig**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Ausschluss:	Neben Nr. 1768 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1769		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1769	**Operation eines Leistenhodens, beidseitig**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 1769 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1768		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1771	**Entfernung eines Nebenhodens, als selbständige Leistung**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 1771 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1765, 1766, 1772		
1772	**Entfernung beider Nebenhoden, als selbständige Leistung**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 1772 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1765, 1766, 1771		
1775	**Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) – gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat –**	**45** 2,62	6,03 9,18
1776	**Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm aus**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 1776 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 2428, 2429, 2430		
1777	**Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 1777 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1778, 1779, 1784, 1808		
Analog:	• Alternative Verfahren zur Elektroresektion der benignen Prostatahyperplasie (BHP) können, wenn sie zu einer teilweisen Entfernung von Prostatagewebe führen, analog nach 1777 abgerechnet werden. • Transurethrale Laserresektion oder interstitielle Laserkoagulation werden analog nach Nr. 1777 berechnet. • Bei ambulanter Therapie können die Verbrauchsmaterialien entsprechend § 10 gesondert berechnet werden. • Analog nach Nr. 1777 sind auch abzurechnen: – Transurethrale Hochenergie-Mikrowellen (Thermo)-Therapie (HE-TUMT) – Hochintensive fokussierende Ultraschallwellen (HIFU) – Transurethrale Nadelablation (TUNA) – Blasenhalsschlitzung		
1777 analog	**Empfehlung der BÄK: Blasenhalsschlitzung (z.B. nach Turner Warwick) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**924** 53,86	123,87 188,50
1778	**Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1778 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1777, 1779, 1784, 1808		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Offene transvesikale Adenotomie bei BPH** Die Schaffung eines offenen transvesikalen oder retropubischen Zugangswegs zur Prostata im Rahmen der operativen Entfernung eines Prostataadenoms ist durch den Einsatz der Nr. 1777 GOÄ abgegolten; kann nicht als selbstständige Leistung berechnet werden. (Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1779	**Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen**	**2590** 150,96	347,22 528,37
Ausschluss:	Neben Nr. 1779 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1777, 1778, 1784, 1808		
1780	**Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1780 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1125, 1128, 1781		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Rekonstruktion des Blasenhalses sowie Schließmuskelfunktion nach radikaler Prostatektomie** Für die Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion nach radikaler Prostatektomie kann die Nr. 1780 analog berechnet werden. Die Nr. **1780 analog kann neben der Nr. 1784 berechnet werden**. (Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)		
1781	**Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1781 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1125, 1128, 1780		
1782	**Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
1783	**Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 1783 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1166, 1167, 1779, 1784		
Beschluss BÄK:	► **Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom** (www.baek.de/30/Gebuehrenordnung/40Abrechnung/30Beschluesse/Urologie/Nephrektomie.html) **Beschluss des „Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" bei der Bundesärztekammer – Stand: 13.10.2006** – veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 41 (13.10.2006), Seite A-2739 – A2741 Bei einer über das regionäre Lymphabstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinausgehenden, ausgedehnten extraregionären Lymphknotenentfernung (auch transabdominal oder transthorakal) kann Nr. 1783 GOÄ analog (1850 P.) für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung neben der Nr. 1843 GOÄ berechnet werden. Zusätzlich ist bei eindeutiger medizinischer Indikation (z.B. Verdacht auf Infiltration oder metastatischen Befall) die Entfernung der Nebenniere nach Nr. 1858 GOÄ (3230 P.) als selbstständige Leistung neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig. Die bei fortgeschrittenem Tumorstadium ggf. medizinisch erforderliche Entfernung von Tumorthromben in der Vena cava ist als selbstständige Leistung entsprechend Nr. 2802 GOÄ (2220 P.) neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig. Erfolgt neben der Nephrektomie nach Nr. 1843 GOÄ ein weiterer Eingriff (z.B. nach Nr. 1858 GOÄ) über denselben transabdominellen bzw. transthorakalen Zugang, so ist bei dieser Leistung die Eröffnungsleistung nach Nr. 3135 GOÄ (transabdominaler Zugang) oder Nr. 2990 GOÄ (transthorakaler Zugang) abzuziehen.		
1783 analog	**Extraregionäre Lymphknotenentfernung – (analog Nr. 1783 GOÄ) – n. Beschlüssen d. Zentralen Konsultationsausschusses bei d. BÄK**	**1850** 107,83	248,01 377,41
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	Siehe auch Ratgeber zu Nr. 1809		
1784	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1784 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1777, 1779, 1783		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Pelvine Lymphknotenentfernung bei radikaler Prostatektomie
Die Entfernung der pelvinen Lymphknoten im Rahmen der operativen Behandlung eines Prostatakarzinoms ist mit Ansatz der Nr. 1784 abgegolten, auch bei größerer Radikalität des Eingriffs entsprechend modernem Operationsstandard.
Die intraoperative Einführung eines Darmrohrs im Rahmen einer radikalen Prostatektomie ist als flankierende Hilfsmaßnahme zur Durchführung der Operation zu werten und kann nicht als selbständige Leistung neben Nr. 1784 berechnet werden.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

1785 Zystoskopie

207 27,75
12,07 42,23

Ausschluss: Neben Nr. 1785 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1786 – 1790, 1800, 1802, 1803

1786 Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial

355 47,59
20,69 72,42

Ausschluss: Neben Nr. 1786 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785, 1787, 1789, 1800, 1802, 1803

Tipp: Bei photodynamischer Diagnostik (PDD) zusätzlich Nr. 1248 analog abrechnen.

1787 Kombinierte Zystourethroskopie

252 33,78
14,69 51,41

Ausschluss: Neben Nr. 1787 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785, 1786, 1789, 1800, 1802, 1803

1788 Zystoskopie mit Harnleitersondierung

296 39,68
17,25 60,39

Ausschluss: Neben Nr. 1788 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785, 1786, 1787, 1789, 1790, 1800, 1802, 1803

Analog: Nr. 1788 analog für transvesikale Nierenbeckendrainage bei Nierenstauung ansetzen.

1789 Chromocystoskopie – einschließlich intravenöser Injektion –

325 43,57
18,94 66,30

Ausschluss: Neben Nr. 1789 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785, 1786, 1788, 1790, 1800, 1802, 1803

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/)
Fluoreszenzendoskopie
Die Fluoreszenzendoskopie, einschließlich Instillation des Farbstoffs, kann die Nr. 1789 analog berechnet werden.
Die Kosten für den je Sitzung verbrauchten Farbstoff können entsprechend § 10 Abs.1 Nr.1 GOÄ als Ersatz von Auslagen geltend gemacht werden.
(Beschlussvorschlag des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer)

1789 analog Fluoreszenzendoskopie – (analog Nr. 1789 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK

325 43,57
18,94 66,30

1790 Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) – einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken –

370 49,60
21,57 75,48

Ausschluss: Neben Nr. 1790 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 253, 344 – 347, 370, 1700, 1701, 1702, 1708, 1712, 1728 – 1733, 1785 – 1789, 1800, 1802, 1803

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

1791 **Tonographische Untersuchung der Harnblase und/oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung** **148** 19,84 8,63 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 1791 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1728 – 1733

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Niederdruckirrigation bei TURP
Für die Niederdruckirrigation bei transurethraler Prostataresektion (kontinuierliche Drainage der Spülflüssigkeit über einen zusätzlichen Abflusskanal im Resektoskop oder suprapubischen Zusatz-Trokar) kann die Nr. 1791 analog berechnet werden.
(Indikation: Prophylaxe des TUR-Systems).
Die Nr. 1791 analog kann neben Nr. 1778 berechnet werden.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

Kommentar: Siehe A 704 Analtonometrie (analog Nr. 1791)

1791 analog **Niederdruckirrigation bei TURP – (analog Nr. 1791 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK** **148** 19,84 8,63 30,19

1792 **Uroflowmetrie einschließlich Registrierung** **212** 28,42 12,36 43,25

Tipp: Neben Nr. 1792 ist die Nr. 1791 abrechenbar.

1793 **Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung – einschl. physikalischer Provokationstests** **400** 53,62 23,31 81,60
Die Injektion von pharmakodynamischen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1793 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1710, 1728 – 1733, 1794

1794 **Simultane elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –** **680** 91,16 39,64 138,72
Die Injektion von pharmakodynamischen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1794 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1710, 1728 – 1733, 1793

1795 **Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung** **273** 36,60 15,91 55,69

Ausschluss: Neben Nr. 1795 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1796, 1801

1796 **Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation** **739** 99,07 43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1796 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1795, 1801

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Anlegen eines Urostomas
Für das Anlegen eines Urostomas (Blasen-Haut-Fistel oder Urethra-Haut-Fistel) kann die Nr. 1796 analog berechnet werden.
(Beschlussvorschlag des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer)

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1796 **analog**	**Anlegen eines Urostomas – (analog Nr. 1796 GOÄ) – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**739** 43,07	99,07 150,76
1797	**Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbständige Leistung**	**355** 20,69	47,59 72,42

Kommentar: Nach Wezel / Liebold sind erforderlich Nebenleistungen wie Katheterisierung, Spülung oder Punktion im Leistungsumfang der Nr. 1797 enthalten und damit nicht zusätzlich berechnungsfähig.

1798	**Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –**	**550** 32,06	73,73 112,20

Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1798 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1700, 1701, 1702, 1710, 1728 – 1733

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.

1799	**Nierenbeckendruckmessung**	**150** 8,74	20,11 30,60
1800	**Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 1800 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1712, 1785 – 1790, 1802, 1803

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

– Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL)

Für die perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) – mit Ausnahme von Nierenausgusssteinen – einschließlich pyeloskopischer Entfernung der Steinfragmente und Anlage einer Nierenfistel, kann analog die Nr. 1800 plus 1851 berechnet werden (Indikation: große Nierenbecken- und Kelchkonkremente).

(Ablauf: Ultraschallgeführte Punktion des Nierenbeckenkelchsystems, KM-Darstellung der Konkremente, Aufbougierung des Punktionskanals, Spiegelung, Zertrümmerung – z.B. mittels Ultraschallbohrer, Laser – und Entfernung der Fragmente, erneute KM-Kontrolle, Katheterisierung/Fistelbildung).

Die Nr. 1790 (diagnostische Pyeloskopie) ist neben den Nrn. 1800 plus 1851 analog ansatzfähig.

(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

– Endoskopische Litholapaxie

Für die transurethrale endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen einschließlich Harnleiterbougierung, intrakorporaler Steinzertrümmerung und endoskopischer Entfernung der Steinfragmente, ggf. einschließlich retrograder Steinreposition sind analog die Nrn. 1800 plus 1827 berechnungsfähig.

Die Nr. 1790 ist neben den Nrn. 1800 plus 1827 analog berechnungsfähig.

(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

1800 **analog**	**Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen, (analog Nr. 1800 GOÄ), je Sitzung – n. Abrechnungsempfehlung der BÄK**	**1480** 86,27	198,41 301,93
1801	**Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/oder Koagulation von Geschwülsten – gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters –**	**1480** 86,27	198,41 301,93

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1801 **analog**	**Offene transvesikale Adenotomie bei BPH**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Hinweis LÄK: Trotz Wechsel des OP-Standards bei BPH (standardmäßig transurethrale Vorgehensweise, nur noch in besonderen Fällen offene Adenotomie) ist wegen der umfassenden Leistungsbeschreibung der Nr. 1778 die Berechnung eines aus heutiger Sicht besonderen Zugangswegs zur Proststa neben der Nr. 1778 nicht möglich. Es kann weder die Nr. 1801, 1721, 1780, 1796 noch eine andere Gebührenordnungsposition zusätzlich analog herangezogen werden.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der PKV und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der BÄK und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

1802	**Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z.B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung) unter endoskopischer Kontrolle – auch einschließlich Probeexzision –**	**739** 43,07	99,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 1802 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1712, 1785 – 1790, 1800, 1803

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

1803	**Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 1803 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1712, 1785 – 1790, 1800, 1802

1804	**Operation von Harnblasendivertikel(n), als selbständige Leistung**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1804 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1780, 1781

1805	**Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 1805 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1806

1806	**Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters**	**2220** 129,40	297,61 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 1806 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1805, 1808, 1823

1807	**Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon**	**4070** 237,23	545,63 830,30

1808	**Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter – gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhre- und/oder Samenblasenentfernung –**	**4800** 279,78	643,49 979,23

Ausschluss: Neben Nr. 1808 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1823, 1824

GOÄ-Ratgeber der BÄK: **Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie**
Dr. med. Stefan Gorlas (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 20 (21.05.2010), S. A 1040) – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4287.8612
Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter der Nr. 1809 im Abschnitt K (Urologie) aufgeführt und beinhaltet eine systematische Entfernung aller Lymphknoten entlang der Vena cava, der Aorta, parailiacal und aus den Nierenhili. Dieser Eingriff erfordert mehrere Stunden Operationszeit und wird teilweise über einen thorakoabdominalen Zugang durchgeführt. Dementsprechend hoch ist auch die Bewertung der Nr. 1809 GOÄ mit 4610 Punkten, vergleichbar mit der Nr. 3197 GOÄ („Resektion des ganzen Pankreas“, 4620 Punkte) und Nr. 3147 GOÄ („Totale Magenentfernung“, 4800 Punkte).
Da es in der GOÄ im Abschnitt L XIV (Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie) keine eigenständigen Positionen für die Ausräumung von Lymphabflussgebieten gibt, wird im Rahmen onkologischer viszeralchirurgi-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

scher Eingriffe neben der Hauptleistung die onkologisch erforderliche Lymphadenektomie häufig mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (Leistungslegende: pelvine Lymphknotenausräumung, als selbstständige Leistung), teilweise auch mit einem Analogansatz der Nr. 1809 GOÄ in Rechnung gestellt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass eine solche analoge Berechnung der Nr. 1809 GOÄ neben der Berechnung des viszeralchirurgischen Haupteingriffs nur möglich ist, wenn der Leistungsumfang der Lymphadenektomie beziehungsweise Lymphknotendissektion dem oben genannten Umfang der totalen retroperitonealen Lymphadenektomie, das heißt mehreren Stunden Operationszeit (abzüglich der Zeit der Eröffnungsleistung), entspricht.
Auch ist beispielsweise bei der Abrechnung einer konventionellen onkologischen Hemikolektomie rechts zu berücksichtigen, dass bereits vor der Entstehung der GOÄ vom 10. November 1982 die systematische regionale Lymphadenektomie bei der Durchführung eines solchen Eingriffs Inhalt chirurgischer Lehrbücher war. Da die Lymphadenektomie im Rahmen des vorgenannten Eingriffs heutzutage oft noch ausgedehnter durchgeführt wird, kann diese nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Regel mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (abzüglich der Eröffnungsleistung) neben dem Ansatz der Nr. 3169 GOÄ für den Haupteingriff berechnet werden.

1809 Totale retroperitoneale Lymphadenektomie

4610 618,02
268,70 940,47

Ausschluss: Neben Nr. 1809 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1166, 1167

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie**
Dr. med. Stefan Gorlas (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 20 (21.05.2010), S. A 1040) –
http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4287.8612
Die totale retroperitoneale Lymphadenektomie ist in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter der Nr. 1809 im Abschnitt K (Urologie) aufgeführt und beinhaltet eine systematische Entfernung aller Lymphknoten entlang der Vena cava, der Aorta, parailiacal und aus den Nierenhili. Dieser Eingriff erfordert mehrere Stunden Operationszeit und wird teilweise über einen thorakoabdominalen Zugang durchgeführt. Dementsprechend hoch ist auch die Bewertung der Nr. 1809 GOÄ mit 4610 Punkten, vergleichbar mit der Nr. 3197 GOÄ („Resektion des ganzen Pankreas“, 4620 Punkte) und Nr. 3147 GOÄ („Totale Magenentfernung“, 4800 Punkte).
Da es in der GOÄ im Abschnitt L XIV (Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie) keine eigenständigen Positionen für die Ausräumung von Lymphabflussgebieten gibt, wird im Rahmen onkologischer viszeralchirurgischer Eingriffe neben der Hauptleistung die onkologisch erforderliche Lymphadenektomie häufig mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (Leistungslegende: pelvine Lymphknotenausräumung, als selbstständige Leistung), teilweise auch mit einem Analogansatz der Nr. 1809 GOÄ in Rechnung gestellt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass eine solche analoge Berechnung der Nr. 1809 GOÄ neben der Berechnung des viszeralchirurgischen Haupteingriffs nur möglich ist, wenn der Leistungsumfang der Lymphadenektomie beziehungsweise Lymphknotendissektion dem oben genannten Umfang der totalen retroperitonealen Lymph-adenektomie, das heißt mehreren Stunden Operationszeit (abzüglich der Zeit der Eröffnungsleistung), entspricht.
Auch ist beispielsweise bei der Abrechnung einer konventionellen onkologischen Hemikolektomie rechts zu berücksichtigen, dass bereits vor der Entstehung der GOÄ vom 10. November 1982 die systematische regionale Lymphadenektomie bei der Durchführung eines solchen Eingriffs Inhalt chirurgischer Lehrbücher war. Da die Lymphadenektomie im Rahmen des vorgenannten Eingriffs heutzutage oft noch ausgedehnter durchgeführt wird, kann diese nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Regel mit einem Analogansatz der Nr. 1783 GOÄ (abzüglich der Eröffnungsleistung) neben dem Ansatz der Nr. 3169 GOÄ
für den Haupteingriff berechnet werden.

1812 Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters

340 45,58
19,82 69,36

Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Einlage eines Doppel-J-Katheters
Für die Einlage eines Doppel-J-Katheters in den Ureter ist die Nr. 1812 anzuwenden.
Die Nr. 1812 kann ggf. neben Nr. 1800 plus 1827 analog (endoskopische Litholapaxie) angesetzt werden und stellt auch keinen Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 1815 oder 1827 dar.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

1814 Harnleiterbougierung

900 120,65
52,46 183,60

Ausschluss: Neben Nr. 1814 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1827, 1828

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1815	**Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen – gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostium –** Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.	**1110** 64,70	148,81 226,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
1816	**Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbständige Leistung**	**481** 28,04	64,48 98,13
Ausschluss:	Neben Nr. 1816 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1815		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
1817	**Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)**	**2220** 129,40	297,61 452,89
1818	**Ureterektomie – gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
1819	**Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose**	**3750** 218,58	502,73 765,02
1823	**Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig**	**2590** 150,96	347,22 528,37
Ausschluss:	Neben Nr. 1823 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1806, 1808, 1824, 1825		
1824	**Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig**	**3330** 194,10	446,42 679,34
Ausschluss:	Neben Nr. 1824 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1806, 1808, 1823, 1825		
1825	**Harnleiterplastik (z.B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1825 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1806, 1808, 1823, 1824		
1826	**Eröffnung eines paranephritischen Abszesses**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1826 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1830, 2430		
1827	**Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung – gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung –, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1785, 1786 oder 1787**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1827 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1814, 1815, 1817, 1828		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1828	**Ureterpyeloskopie – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung –**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 1828 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1814, 1815, 1817, 1827		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1829	**Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)**	**2590** 150,96	347,22 528,37
Ausschluss:	Neben Nr. 1829 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1829a		
1829a	**Ureterolyse, als selbständige Leistung**	**1110** 64,70	148,81 226,45
	Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829 a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1829a ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1829		
1830	**Operative Freilegung einer Niere – gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 1830 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 315, 1826, 1831, 1832, 1835 – 1843, 2430		
Analog:	Nr. 1830 für Einlage eines float-J-Katheters mittels Ureteromie ansetzen.		
1831	**Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbständige Leistung**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Analog:	Nr. 1831 für Durchzugsnephrotomie (Nierendurchzugsfistel) ansetzen.		
1832	**Anlage einer Nierenfistel, als selbständige Leistung**	**1660** 96,76	222,54 338,65
1833	**Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband**	**237** 13,81	31,77 48,35
A 1833	**Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband (analog Nr. 1833 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**237** 13,81	31,77 48,35
1834	**Operation eines aberrierenden Nierengefäßes – ohne Eröffnung des Nierenbeckens –, als selbständige Leistung**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 1834 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1835 – 1840		
1835	**Trennung der Hufeisenniere**	**3230** 188,27	433,02 658,94
1836	**Nierenpolresektion, als selbständige Leistung**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1836 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1834, 1837		
1837	**Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation**	**1660** 96,76	222,54 338,65

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1838	**Nierensteinentfernung durch Pyelotomie**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1838 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1834, 1839		
1839	**Nierenausgusssteinentfernung durch Nephrotomie**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 1839 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1834, 1838		
1840	**Nierenbeckenplastik**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **– Endopyelotomie** Für die transurethrale Endopyelotomie, einschließlich Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, ggf. einschließlich Einlage einer Nierenfistel, kann die Nr. 1840 analog berechnet werden (Indikation: Nierenbeckenabgangsstenose; intrinsische/extrinsische – durch Gefäßüberkreuzungen – Stenosen; Durchführung: entweder perkutan oder transurethral). Neben der Nr. 1840 analog ist die Nrn. 1790 (Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) berechnungsfähig. Neben Nr. 1840 analog sind die Nrn. 1827 und 1851 nicht berechnungsfähig. (Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)		
1841	**Nephrektomie**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1841 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1783, 1809, 1842, 1843, 1846, 1847, 1850, 2950, 2951		
1842	**Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) –**	**3230** 188,27	433,02 658,94
Ausschluss:	Neben Nr. 1842 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1783, 1809, 1841, 1843, 1846, 1847, 1850, 2950, 2951		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Organerhaltende Nierenzellkarzinomentfernung** Für die elektive organerhaltende Nierenzellkarzinomentfernung kann die Nr. 1842 analog berechnet werden. (Beschlussvorschlag des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer)		
1843	**Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)**	**4160** 242,48	557,69 848,66
Ausschluss:	Neben Nr. 1843 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1783, 1809, 1841, 1842, 1846, 1847, 1850, 2950, 2951		
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	Siehe unter Nr. 1783: Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom		
1845	**Implantation einer Niere**	**4990** 290,85	668,96 1017,99
1846	**Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden**	**4160** 242,48	557,69 848,66
Ausschluss:	Neben Nr. 1846 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1841, 1842, 1843, 1849, 1850		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
1847	**Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation**	**3230** 188,27	433,02 658,94
Ausschluss:	Neben Nr. 1847 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1841, 1842, 1843, 1846, 1848, 1849, 1850		
1848	**Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 1848 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1849		
1849	**Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 1849 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1848		
1850	**Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere**	**6500** 378,87	871,40 1326,04
Ausschluss:	Neben Nr. 1850 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1841 – 1847		
1851	**Perkutane Anlage einer Nierenfistel – gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband**	**1250** 72,86	167,58 255,01
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
1852	**Transkutane Pyeloskopie – einschl. Bougierung der Nierenfistel**	**700** 40,80	93,84 142,80
Ausschluss:	Neben Nr. 1852 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1853		
1853	**Trankutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung**	**1200** 69,94	160,87 244,81
	Neben der Leistung nach Nummer 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 1853 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1852		
1858	**Operative Entfernung einer Nebenniere**	**3230** 188,27	433,02 658,94
Ausschluss:	Neben Nr. 1858 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1859		
1859	**Operative Entfernung beider Nebennieren**	**4160** 242,48	557,69 848,66
Ausschluss:	Neben Nr. 1859 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1858		
1860	**Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle-, je Sitzung**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
Ausschluss:	Neben Nr. 1860 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 410, 5190 – 5235, 5260, 5295		
Kommentar:	Für die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädisch-chirurgischen und schmerztherapeutischen Indkationen wurde die Nr. 1800 eingeführt. Damit ist für diese Leistung eine analoge Abrechnung der Nr. 1860 nicht mehr möglich.		
IGeL:	Analoge Anwendung für die Stoßwellentherapie bei orthopädischen Erkrankungen, z.B. • Pseudarthrosen • Epicondylitis (therapieresistent) • Tensinosis calcarea • Fersensporn (therapieresistent)		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1861	**Transurethrale endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen einschl. Harnleiterbougierung, intrakorporaler Steinzertrümmerung und endoskopischer Entfernung der Steinfragmente, ggf. einschl.retrograder Steinreposition – (analog Nr. 1817 GOÄ (2.200 Pkt.) + Nr. 1787 (252 Pkt.) GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**2452** 142,92	328,72 500,22

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Hinweise zu einigen modernen operative und/oder endoskopische Verfahren im Fachbereich Urologie Urologie (1) – Endopyelotomie und Steinzertrümmerung**

www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4287.4288

Dr. med. Anja Pieritz – (in: Dt. Ärzteblatt 103, Heft 46 (17.11.2006), S. A-3144) „Für einige moderne operative und/oder endoskopische Verfahren gibt es im Fachbereich
Urologie (Abschnitt K) in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) keine passenden Gebührenpositionen. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer hat abschließend elf Beschlüsse zu verschiedenen urologischen Leistungen gefasst (Bekanntgaben DÄ, Heft 41/2006).

Zunächst werden die Beschlüsse zur Endopyelotomie, zur transurethral-endoskopischen intrakorporalen Harnleitersteinzertrümmerung und zur perkutan intrakorporalen Nierensteinzertrümmerung erläutert:

Mit der **A 1861** kann die transurethral-endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen in Zukunft auf der Rechnung gekennzeichnet werden. In dem ablaufbezogenen Leistungskomplex sind die Harnleiterbougierung, die intrakorporale Steinzertrümmerung und die endoskopische Entfernung der Steinfragmente enthalten. Fakultativer Bestandteil ist die retrograde Steinreposition.

Berechnungsgrundlage dieses ablaufbezogenen Leistungskomplexes sind die analoge Nr. 1817 GOÄ zuzüglich der Nr. 1787 GOÄ (insgesamt 2.472 Punkte).

Mit der **A 1862** kann die perkutan-intrakorporale Nierensteinzertrümmerung beziehungsweise perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) in Zukunft auf der Rechnung gekennzeichnet werden. Im ablaufbezogenen Leistungskomplex sind die intrakorporale Steinzertrümmerung, die pyeloskopische Entfernung der Steinfragmente und die Anlage einer Nierenfistel enthalten. Berechnungsgrundlage sind hier die analoge Nr. 1838 GOÄ zuzüglich der Nr. 1852 GOÄ (insgesamt 2.900 Punkte). Die Entfernung von Nierenausgussteinen (wie durch Nephrotomie) wurde ausdrücklich von diesem Verfahren und der analogen Berechnung ausgenommen und muss wie bisher beispielsweise nach der Nr. 1839 GOÄ berechnet werden.

Mit der **A 1863** können ab sofort sowohl die transurethrale als auch die perkutane Endopyelotomie gekennzeichnet werden, die vor allem Patienten mit Kontraindikationen für eine offene Operation vorbehalten sind. Bei der transurethralen Pyelotomie sind die Ureterorenoskopie und die Harnleiterbougierung im ablaufbezogenen Leistungskomplex enthalten.

Fakultative Leistungsbestandteile sind die retrograde Darstellung von Ureter und Nierenbecken mit Kontrastmittel inklusive Durchleuchtung (Nr. 5220 GOÄ) sowie die Einlage eines transurethralen Katheters (Nr. 1812 GOÄ). Die Darstellung von Urethra und Harnblase mittels Kontrastmittel (Nr. 5230 GOÄ) ist, sofern medizinisch notwendig, neben der transurethralen Pyelotomie berechnungsfähig.

Bei der perkutanen Endopyelotomie sind die Punktion des Nierenbeckens sowie fakultativ die Darstellung desselben mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung (Nr. 5220 GOÄ) sowie die Einlage eines Nierenfistelkatheters (Nr. 1851) enthalten. Berechnungsgrundlage beider Verfahren sind die analoge Nr. 1827 GOÄ plus Nr. 1852 GOÄ (insgesamt 2.200 Punkte).

Der ‚Goldstandard', die offene Nierenbeckenplastik, wird dagegen weiterhin nach Nr. 1840 GOÄ berechnet."

A 1862	**Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) – mit Ausnahme von Nierenausgusssteinen – einschl. intrakorporaler Steinzertrümmerung, pyeloskopischer Entfernung der Steinfragmente und Anlage einer Nierenfistel – (analog Nr. 1838 GOÄ (2.200 Pkt.)+ Nr. 1852 GOÄ (700 Pkt.)) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**2900** 169,03	388,78 591,62

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe bei Nr. A 1861.

A 1863	**Transurethrale Endopyelotomie, einschl. Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, ggf. einschl. der retrograden Darstellung des Ureters und des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschl. Einlage eines transureteralen Katheters oder transkutane Endopyelotomie, einschl. Punktion des Nierenbeckens und Bougierung der Nierenfistel sowie Pyeloskopie, ggf. einschl. der Darstellung des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschl. Einlage eines**	**2200** 128,23	294,93 448,81

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nierenfistelkatheters – (analog Nr. 1827 GOÄ (1.500 Pkt.) + analog Nr. 1861 GOÄ (700 Pkt.)) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer

Die Einlage eines transureteralen Katheters nach Nr. 1812 GOÄ bzw. die Einlage eines Nierenfistelkatheters nach Nr. 1851 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden. Die retrograde bzw. anterograde Darstellung von Ureter und Nierenbecken nach Nr. 5220 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden. Die Darstellung von Harnblase und Urethra nach Nr. 5230 GOÄ ist, sofern erforderlich, neben der transurethralen Endopyelotomie berechnungsfähig.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe bei Nr. A 1861.

A 1870 Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschl. pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen (analog Nr. 1845 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. BÄK

4990 668,96
290,85 1017,99

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Urologie (2) – Radikale Prostatektomie – Ausschnitte aus dem Hinweis der BÄK**
www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4287.4628 – Dr. med. Anja Pieritz

„... Im Folgenden werden die veröffentlichten Beschlüsse zur radikalen Prostatektomie erklärt ...

Insgesamt wurden vier Beschlüsse (A 1870, A 1871, A 1872 und A 1873) zur radikalen Prostatektomie gefasst, die nur alternativ und nicht nebeneinander berechnungsfähig sind.

Die **A 1870** beinhaltet neben der Entfernung von Prostata (Vorsteherdrüse) und Samenblasen die Rekonstruktion des Blasenhalses und des Schließmuskels und die Entfernung der regionalen Lymphknoten. Die (mikrochirurgische) Rekonstruktion von Blasenhals und Harnröhrenschließmuskel stellt ein neuartiges Verfahren dar, welches einerseits dem Erhalt beziehungsweise der Wiederherstellung der Harnkontinenz dient und andererseits die Wahrscheinlichkeit einer postoperativen Stenose (Enge) an der Anastomose (Verbindung) vom Blasenhals zur Urethra (Harnröhre) deutlich senkt. Fakultative Bestandteile des ablaufbezogenen Leistungskomplexes nach A 1870 (wie auch A 1871, A 1872 und A 1873) sind das Legen von Drainagen und eines suprapubischen und/oder transurethralen Blasenkatheters. Selbstverständlich sind das Absetzen und Unterbinden der notwendigen Strukturen wie beispielsweise der Samenleiter und die notwendige Entnahme von Schnellschnitten sowie das Spülen Bestandteil des ablaufbezogenen Leistungskomplexes. Die Berechnung erfolgt analog der Nr. 1845 GOÄ (4.490 Punkte).

Die **A 1871** ist bis auf die zusätzliche (ein- oder beidseitige) Präparation der Nervi erigentes inhaltsidentisch mit der A 1870. Die Neurolyse der Nervi erigentes per Lupenbrille oder mittels Mikroskop ist eine Weiterentwicklung der (radikalen) Prostatektomie, die nur beim lokal begrenzten Prostatakarzinom infrage kommt und in erster Linie dem Erhalt der Erektionsfähigkeit des Patienten dient. Die Berechnung der aufgeführten Leistungen nach A 1871 erfolgt analog Nr. 1860 GOÄ (6.500 Punkte).

Die **A 1872** unterscheidet sich von der A 1870 nur durch das Fehlen der Lymphknotenentfernung. Diese Leistung kommt insbesondere dann vor, wenn die Lymphknotenentfernung zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wurde. Der ablaufbezogene Leistungskomplex nach A 1872 wird analog der Nr. 1843 GOÄ (4.160 Punkte) bewertet.

Die **A 1873** ist bis auf die zusätzliche (ein- oder beidseitige) Präparation der Nervi erigentes inhaltsidentisch mit der A 1872. Die Berechnung für diesen ablaufbezogenen Leistungskomplex erfolgt analog der Nr. 3088 GOÄ (5.600 Punkte)."

A 1871 Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschl. pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen (analog Nr. 1845 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. BÄK Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 1850 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer

6500 871,40
378,87 1326,04

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe auch bei Nr. A 1870.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1872	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 1843 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**4160** 242,48	557,69 848,66

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe bei Nr. A 1870.

A 1873	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 3088 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** Die Analogen Bewertungen nach A 1870, 1871, 1872 und 1873 können nicht nebeneinander, sondern nur alternativ (je nach Leistungsumfang) berechnet werden.	**5600** 326,41	750,74 1142,43

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe bei Nr. A 1870.

A 1880	**Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors ohne Entfernung der regionalen Lymphknoten – (analog Nr. 1842 GOÄ)**	**3230** 188,27	433,02 658,94

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Urologie (3) – Radikale Nephrektomie und Teilnephrektomie** – Ausschnitte aus dem Hinweis der BÄK – www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4287.4670
Dr. med. Anja Pieritz – (in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 50 (15.12.2006), Seite A-3440)

„... Im Folgenden werden die veröffentlichten Beschlüsse zur radikalen Prostatektomie erklärt ...
Der Auslegungsbeschluss zur radikalen Nephrektomie nach Nr. 1843 GOÄ stellt klar, dass bei Entfernung von Lymphknoten über das regionäre Lymphabstromgebiet hinaus neben der Nr. 1843 GOÄ einmalig analog die Nr. 1783 GOÄ berechnet werden kann. Außerdem kann bei entsprechender medizinischer Indikation (wie Verdacht auf Infiltration oder metastatischen Befall) für die Entfernung der Nebenniere zusätzlich die Nr. 1858 GOÄ berechnet werden. In dem Fall, dass Tumorthromben aus der Vena cava entfernt werden müssen, kann zusätzlich die Nr. 2802 GOÄ angesetzt werden. Die Entfernung von Thromben aus der Vena renalis ist dahingegen Bestandteil der Nr. 1843 GOÄ und nicht mit einer eigenen Gebührenposition berechnungsfähig. Für alle zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen gilt, dass ab der zweiten Leistung über denselben Zugang die Eröffnungsleistung (jeweils 1110 Punkte) abgezogen werden muss.
Bei transabdominalem Zugang muss die Nr. 3135 GOÄ, bei transthorakalem Zugang die Nr. 2990 GOÄ und bei retroperitonealem Zugang die Nr. 1830 GOÄ abgezogen werden. Die beiden Beschlüsse zur analogen Bewertung der organerhaltenden Entfernung eines malignen Nierentumors unterscheiden sich nur in dem Leistungsbestandteil ‚Entfernung der regionären Lymphknoten'. Die A 1880 ist die organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors ohne Lymphknotenentfernung, bewertet analog nach Nr. 1842 GOÄ (3230 Punkte). Die A 1881 ist dieselbe Leistung mit Entfernung der regionären Lymphknoten und kann analog nach Nr. 1843 GOÄ (4160 Punkte) berechnet werden. Wenn im Ausnahmefall Lymphknotenmetastasen über das regionäre Lymphabstromgebiet hinaus entfernt werden müssen, kann einmalig analog die Nr. 1783 GOÄ (unter Abzug der Eröffnungsleistung) angesetzt werden.
Die (diagnostische) Fluoreszenzendoskopie (A 1890) beinhaltet die Installation des Farbstoffs und wird analog nach Nr. 1789 GOÄ berechnet. Neben der A 1890 können bei ambulanter Durchführung die Auslagen nach § 10 GOÄ für den Farbstoff zusätzlich in Rechnung gestellt werden. Dieses Verfahren ist insbesondere wichtig bei der Festlegung der Resektionsgrenzen während der Entfernung eines Urothelkarzinoms und zur Nachsorge nach einer solchen Operation sowie zur Aufdeckung eines Rezidivs."

A 1881	**Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors mit Entfernung der regionalen Lymphknoten – (analog Nr. 1843 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** Bei metastatischem Befall von Lymphknoten über das regionäre Lymphstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinaus kann zusätzlich die Nr. 1783 GOÄ analog für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung, nach Abzug der Eröffnungsleistung, neben der Nr. 1843 GOÄ analog berechnet werden.	**4160** 242,48	557,69 848,66

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Beschluss BÄK:

Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom

Bei einer über das regionäre Lymphabstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinausgehenden, ausgedehnten extraregionären Lymphknotenentfernung (auch transabdominal oder transthorakal) kann Nr. 1783 GOÄ analog (1850 Pkt.) für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung neben der Nr. 1843 GOÄ berechnet werden.

Zusätzlich ist bei eindeutiger medizinischer Indikation (z.B. Verdacht auf Infiltration oder metastatischen Befall) die Entfernung der Nebenniere nach Nr. 1858 GOÄ (3230 Pkt.) als selbstständige Leistung neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig.

Die bei fortgeschrittenem Tumorstadium ggf. medizinisch erforderliche Entfernung von Tumorthromben in der Vena cava ist als selbstständige Leistung entsprechend Nr. 2802 GOÄ (2220 Pkt.) neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig. Erfolgt neben der Nephrektomie nach Nr. 1843 GOÄ ein weiterer Eingriff (z.B. nach Nr. 1858 GOÄ) über denselben transabdominellen bzw. transthorakalen Zugang, so ist bei dieser Leistung die Eröffnungsleistung nach Nr. 3135 GOÄ (transabdominaler Zugang) oder Nr. 2990 GOÄ (transthorakaler Zugang) abzuziehen.

A 1890 Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom, einschl. Instillation des Farbstoffs, (analog Nr. 1789 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer

325 43,57
18,94 66,30

Die Kosten für den je Sitzung verbrauchten Farbstoff können entsprechend § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ als Ersatz von Auslagen geltend gemacht werden.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Siehe auch bei Nr. A 1870.

L Chirurgie, Orthopädie

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.
Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.

Beschluss BÄK:

Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK vom 14.6.2005 (DÄ Nr. 37, 16.9.2005)
Abzug von Eröffnungsleistung nicht notwendig bei Carotischirurgie
Die Allg. Bestiimmungen zu Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Leistungsverzeichnisses der GOÄ schreibt den Abzug einer Eröffnungsleistung in den Fällen vor, in denen mehrere Eingriffe „in der Brust- oder Bauchhöhle" im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt werden. Bei gleichzeitigen gefäßchirurgischen Eingriffen an beiden Carotiden (A. carotis communis und interna) nach den Nrn. 2820 und/oder 2821 GOÄ „Rekonstuktive Operation an einer extracranialen Hirnarterie (mit Anlegen eines Shunt) unter Verwendung eines Zuganges ist der sich überschneidende Leistungsbestandteil der beiden selbstständigen Leistungen so geringfügig, dass eine Anwendung der für die Nebeneinandererbringung von Eingriffen in „Brust- und Bauchhöhle" geltenden Bestimmung des Abzugs nicht auf die Carotischirurgie übertragbar ist.

Kommentar:

Im Gegensatz zum EBM sind die Begriffe „klein" und „groß" in der GOÄ mit Maßangaben versehen. Als Maßstab wäre hier sicher die Angabe des EBM zu übernehmen. Die Verletzung der Körperoberfläche bzw. die Ausdehnung von krankhaften Prozessen nach den Begriffen „klein" bzw. „groß" ist wie folgt zuzuordnen:

- Länge: kleiner oder größer als 3 cm
- Fläche: kleiner oder größer als 4 cm^2
- Raum: kleiner oder größer als 1 cm^3

Bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und bei Eingriffen am Kopf findet der Begriff „klein" keine Anwendung, Zum Kopf gehört auch der sichtbare Teil des Halses.

Tipp:

Nach **Wezel/Liebold** ist der Ansatz von Steigerungsfaktoren oberhalb der Begründungsschwelle in der Regel nur bei intraoperativen „Kernleistungen" und nur in wenigen Fällen auch für die operativen „Nebenleistungen" gerechtfertigt. Wir halten diese Formulierung nicht für tragbar und gehen davon aus, dass sich jederzeit ein erhöhter Steigerungsfaktor auch für operative Nebenleistungen ergeben kann, wenn diese durch erschwerte Bedingungen und/oder einen zeitlich überdurchschnittlichen Aufwand erbracht werden.
Bei zahlreichen ambulant durchgeführten Operationen können Zuschläge nach den Nrn. 442, 443, 444, 445 abgerechnet werden..

IGeL – Chirurgie und Orthopädie

Die Fachgruppe der Chirurgen ist hinsichtlich der Angebote von IGeL-Leistungen sehr inhomogen. Teilweise sind die angebotenen Leistungen mit denen identisch, die auch Allgemeinmediziner, Dermatologen und Internisten anbieten.
Nach unseren Recherchen im Internet sind die Seiten der plastischen Chirurgen in der Regel am besten gestaltet. Auch findet der Patient hier die umfangreichsten aufklärenden Informationen.

Akupunktur

- Schulterschmerz (Periarthropathia humeroscapularis)
- Tennisarm (Epicondylopathia humeri radialis)
- Kniebeschwerden
- Rückenschmerzen, Ischias
- Migräne, Spannungskopfschmerz

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_14,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Biomagnetfeldtherapie
- bei Arthrose z.B. auch Fingerpolyarthrosen
- Schulterschmerz
- Rückenschmerz

Ernährungsberatung

Hyaluronsäureinjektionen
- zur Vorbeugung und zum Aufhalten von Kniegelenksarthrose

Hydro-Jet
- bei Rückenschmerzen
- Muskelverspannungen

Die Hydro-Jet Therapie kombiniert die Wirkungen einer Unterwasserdruckstrahlmassage und die einer Wärmetherapie. Dadurch sollen drei Effekte erreicht werden:
- Mechanisch-physikalische Behandlung zur Lockerung der Muskulatur
- Straffung des Gewebes
- Verbesserte Durchblutung

Der Patient liegt in Rücken-, Bauch- oder Seitenlage auf einer Latexmatte gewissermaßen auf dem Wasser, das sich um den Körper schmiegt. In kreisenden Bewegungen werden aus Düsen Wasserstrahlen gegen die Unterseite der Latex-Abdeckung und somit massierend gegen den Körper gerichtet.

Knochendichtemessung
- Osteo-Densitometrie

Naturheilverfahren

Leithoff und Sadler (Individuelle Gesundheitsleistungen in der Orthopädie, Thieme Verlag) halten für die orthopädische Praxis folgende Methoden/Verfahren der Naturheilkunde für besonders geeignet:
- Ausleitende Heilverfahren
- Neuraltherapie
- F.X. Mayr-Medizin, Heilfasten
- Ordnungstherapie, „lifestyle management“
- Phytotherapie, incl. Komplexhomöopathie

Neuraltherapie
- bei Kopfschmerz
- Vegetative Funktionsstörungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates

Physikalische Therapie
- Ultraschall
- Iontophorese
- Kryotherapie **Sonographie bei**
- Weichteilerkrankungen
- Weichteilverletzungen

Sportmedizin
- Eignungsuntersuchungen für einzelne Sportarten
- Erstellung von Trainingsplänen

Stoßwellentherapie (fokussierte) bei
- Fersensporn
- Schulterbeschwerden
- Tennisellenbogen

Hochton-Therapie

Ziele einer Hochtontherapie sind z.B.
- Beschleunigung von Heilungsprozessen z.B. nach Knochenbrüchen Quetschungen und Verstauchungen, Entzündungen (Tennisarm)
- Wiedererlangung der Muskelkraft nach Ruhigstellung

- Schnelle Wundheilung Ulcera (z.B. offene Beine)
- Schmerzlinderung bei Arthrosen, Gelenkbeschwerden

In 70–80 Prozent der Fälle soll die Therapie erfolgreich sein. Ihre Wirkung ist mit wissenschaftlichen Studien bisher nicht belegt.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
554*	Hochton-Therapie – **analoger Ansatz**	5,30	**9,55**

Magnetfeldtherapie

Eingesetzt wird diese Methode bei verschiedenen orthopädischen Krankheitsbildern z.B. bei Arthrosen, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen sowie in der Nachbehandlung von Operationen und bei rheumatischen Beschwerden.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach
CO	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
5	Symptombezogene Untersuchung	4,66	**10,73**
554*	Hochton-Therapie – **analoger Ansatz**	5,30	**9,55**

Trainingstherapie*

Eingesetzt wird diese Methode bei verschiedenen orthopädischen Krankheitsbildern z.B. bei Arthrosen, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen sowie in der Nachbehandlung von Operationen und bei rheumatischen Beschwerden.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
506*	Krankengymnastische Übungen, Einzelbehandlung	6,99	**12,59**
558*	Geräte-Sequenztraining für Trainingstherapie – **analoger Ansatz**	6,99	**12,59**
842 A	Eingangsuntersuchung zur med. Trainingstherapie – **analog**	29,14	**67,03**
846 A	Med. Trainingstherapie m. Sequenztraining, einschl. progressivdynamischem Muskeltraining mit spez. Therapiemaschinen – **analog**	8,74	**20,11**

* diese Aufstellung entspricht den Empfehlungen der BÄK, s. Deutsches Ärzteblatt Jg. 99, Heft 3, Seite A144–145, 2002 – s. auch IGEL-Kompendium für die Arztpraxis von Hess und Klakow-Franck

Triggerpunkt-Therapie

Die so genannteTriggerpunkt-Therapie ist ein neues Verfahren der Schmerz- und der Bewegungsapparatmedizin. Die Internetseite aus der Schweiz
www.triggerpunkt-therapie.ch/index.php?kat=home&link=2&language=de informiert:

Triggerpunkte sind die Folge von kleinen Verletzungen in der Muskulatur, wie sie zum Beispiel beim Muskelkater oder bei leichten Muskelzerrungen auftreten. In der Regel heilen diese Verletzungen wieder ab, denn die Muskulatur kann sich sehr gut erneuern. In gewissen Fällen aber, zum Beispiel wenn bestimmte Muskelfasern immer wieder die gleichen Bewegungen ausführen müssen, entsteht eine Art „anhaltender lokaler Muskelkater“ und die betroffenen Muskelfasern entzünden sich chronisch. Das Gleiche kann auch nach einer brüsken Bewegung im Sport oder im Alltag oder nach einer Verletzung geschehen. Es bildet sich eine so genannte „chronische Zerrung“, die von alleine nicht mehr abheilen kann, weil sich ein Teufelskreis gebildet hat.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
302	Punktion Schulter- oder Hüftgelenk – **analoger Ansatz**	14,57	**33,52**

Ultraschall-Behandlung*

Eingesetzt wird diese Methode bei verschiedenen orthopädischen Krankheitsbildern z.B. bei Arthrosen, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen sowie in der Nachbehandlung von Operationen und bei rheumatischen Beschwerden.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
3	Eingehende Beratung (mind. 10 Min.) – nicht neben Sonderleistungen	8,74	**20,11**
554*A	Behandlung m. niedrig dosiertem, gepulstem Ultraschall – **analog**	5,30	**9,55**

* niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

Osteoporose-Vorsorge

Osteoporose-Risikofaktoren z.B nach **Leithoff** und **Sadler**
- Postmenopausale Frauen mit Risikofaktoren
- Hypermenorrhoe oder Amenorrhoe/Hypoganadismus
- Anorexia nervosa
- Osteopenie im Skelettröntgen
- Alkoholabusus
- Nikotinabusus
- Immobilisation (mehr als 4 Wochen)
- Malabsorptionssyndrom (z.B. postoperativ)
- Hyperkalziurie
- Rheumatoide Arthritis, M. Bechterew
- Chron. Medikation mit Kortison
- Chron. Niereninsuffizienz
- Dialysepatienten
- Hyperparathyreodismus
- Hyperthyreose
- Suppressionstherapie an der Schilddrüse (seit mehr als 10 Jahren)
- Leberzirrhose

Liegen ein oder gar mehrere Risikofaktoren vor, ist eine Osteodensitometrie zur frühzeitigen Erfassung einer pathologischen Demineralisierung indiziert.

Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8fach €
5380*	Osteodensitometrie von Skelettteilen mit quant. CT oder digitaler Röntgentechnik	17,49	**31,48**
5377*	Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	**46,63**	–
5475*	Osteodensitometrie von Skelettteilen mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	17,49	**31,48**

Abrechnungshinweis: Der Zuschlag nach Nr. 5377* ist nur mit Ifachem Gebührensatz abrechenbar.

Laboruntersuchungen bei VD Osteoporose

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	1,15fach €
3555*	Calcium	2,33	**2,68**
3580 H1*	Anorganischer Phosphor	2,33	**2,68**
3587 H1*	Alkalische Phophatase	2,33	**2,68**
3585 H1*	Kreatinin	2,33	**2,68**

Weitere Untersuchungen:
- Pyridinolin-Crosslinks und Ostase erfassen den Knochenabbau
- Vitamin D (25-OH) erfasst die Vitamin-D-Versorgung

Stoßwellentherapie bei orthopädischen Krankheitsbildern

Extrakorporale Stoßwellentherapie zur Behandlung von schmerzhaften Sehnenansätzen, Fersensporn, Kalkschulter, Tennisellenbogen.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	2,3fach €
1800 a	Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen – **analog Nr. 1800** je Sitzung	86,27	**198,41**
302 a	Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen – **analog**	14,57	**33,52**
34	Erörterung mind. 20 Min.	17,49	**40,22**

Abrechnungshinweis:
Auch wenn mehrere verschiedene Körperareale in einer Sitzung behandelt werden, ist nach dem GOÄ-Kommentar von **Brück** die Leistung nur einmal berechnungsfähig. Der Ausschuss Gebührenordnung der BÄK geht pro Behandlungsfall von durchschnittlich 2 bis 3 – maximal 4 – Behandlungen aus.
Die Indikation zur Stoßwellentherapie bei „Pseudarthrose" ist nach **Brück** selten und zur Behandlung sind traumatologische Erfahrungen erforderlich. Wegen des Schwierigkeitsgrades und des hohen Zeitaufwandes bei der Behandlung der Pseudarthrose durch ESWT ist nach **Brück** ein Ansatz des 3,5fachen Steigerungsfaktors oder sogar eine Vereinbarung nach GOÄ § 2 (1) (Abweichende Gebührenhöhe) gut begründbar.

I Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

Kommentar:
Die Ziffern 2000 bis 2005 beziehen sich immer auf ein „Wunde".
Nicht als Wunde im Sinne der Ziffern 2000 bis 2005 anzusehen sind:
Durch Krankheit entstehende offene Körperstellen, Geschwüre, Ulcus cruris, Fistelwunden, Eiterungswunden. Diese fallen unter die Nr. 2206.
Ebenso können durch Operation entstandene Wunden weder für den Operationszugang noch für den Abschluss berechnet werden.

Tipp:
- Liegen mehrere zu versorgende Wunden vor, können die Nrn. der Wundversorgung mehrmals abgerechnet werden. Handelt es sich um unterschiedlich zu versorgende Wunden, können die entsprechenden GOÄ-Nrn. nebeneinander abgerechnet werden.
- Abrechnungsfähig sind alle erforderlichen, speziellen Verbände, die zusätzlich zum eigentlichen Wundverband nötig sind, z.B. Schienung, Salbenverband, Kompressionsverband, Gipsverband etc.
- Bei mehreren Wunden sind auch die Legenden (Nrn.) mehrfach berechenbar.
- Wundsäuberung und Blutstillung können nicht zusätzlich berechnet werden.
- Frische Wunden werden nach den Nrn. 2000 und 2003 berechnet.
- Nach vorangegangener Erstversorgung sind die Nrn. 2001, 2002, 2004 und 2005 berechnungsfähig.
- Bei kleinen und stark verunreinigten Wunden wird die Nr. 2003 berechnet.
- Als Wunde gelten auch Brandwunde oder Schürfwunde.
- Die Nrn. 2000 – 2006 sind keine operativen Leistungen, sondern Leistungen der Wundversorgung. Die Nrn. 204 ist daher daneben berechnungsfähig.
- Die Nr. 2033 ist neben den Nrn. 2000 – 2005 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.
- Kleine Wunden im Sinne der Nrn. 2000 – 2005 sind durch Krankheit entstandene offene Körperstellen (z.B. Ulcera cruris), Fistelwunden und Eiterungen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2000	**Erstversorgung einer kleinen Wunde**	**70** 4,08	9,38 14,28

Ausschluss: Neben Nr. 2000 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1551, 2001 – 2003 (für dieselbe Wunde), 2006, 2033, 2073

Beschluss BÄK:
Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer
Keine Berechnung der GOÄ Nr. 200 neben Nrn. 2000 bis 2005 (7. Sitzung vom 12. September 1996)
Die Leistungen nach den Nrn. 2001, 2002, 2004 und 2005 stellen operative Leistungen dar, da in den Legenden auf „Naht" und/oder „Umschneidung" abgestellt ist.
Die Leistungen nach den Nrn. 2000 und 2003 beinhalten im Leistungsumfang („Erstversorgung") im wesentlichen den Verband. Eine Berechnung der Nr. 200 neben den Nrn. 2001 oder 2003 würde deshalb den Leistungsinhalt doppelt berücksichtigen.

Kommentar: Alle versorgenden Leistungen wie
- Blutstillung
- Säuberung der Wunde
- Hautfetzenentfernung

sind mit Ansatz der Leistung abgegolten. Die Wundversorgung im Sinne der Nr. 2000 und auch der folgenden Nrn. umfasst nur die Erstversorgung
- der Haut
- der Unterhaut
- des Fettgewebes
- die Koagulation der Gefäße.

Nicht Inhalt der Erstversorgung sind z.B.
- Naht der Faszien,
- Naht der Muskeln,
- Naht der Gelenkkapsel,
- Naht von Nerven,
- Plastisch-chirurgische Maßnahmen etc.

Bei den Leistungen nach den Nrn. 2000 und 2003 handelt es sich immer um die Versorgung frischer Wunden, was aus der Legende mit dem Begriff „Erstversorgung" deutlich wird.
Leistungen nach den Nrn. 2001, 2002, 2004 und 2005 können als sekundäre Versorgung/Naht vorkommen und berechnet werden, d. h. dass es sich hier um Wunden handeln kann, die schon einer Erstversorgung zugeführt waren und einer weiteren Versorgung bedürfen. Eine Wundversorgung mit Fibrin- oder Acrylklebern kann adäquat analog nach § 6 mit den Nrn. 2000, 2001, 2003 berechnet werden; nicht dagegen statt oder neben den Nrn. 2000, 2004, 2005.

Tipp:
- Neben der Wundversorgung nach Nr. 2000 ist ein erforderlicher Verband nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.
- Bei mehreren Wunden ist Nr. 2000 entsprechend mehrmals abrechenbar
- Im Rahmen der Wundversorgung können neben der Leistung nach Nr. 2100 zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 2000 ff. abgerechnet werden.

2001	**Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht**	**130** 7,58	17,43 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 2001 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 763, 1325, 1326, 2000, 2002, 2033, 2073, 2586

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 2000

Kommentar: Siehe Kommentar zur Nr. 2000

Tipp: Neben der Wundversorgung nach Nr. 2001 sind die erforderlichen Verbände nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.

2002	**Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht**	**160** 9,33	21,45 32,64

Ausschluss: Neben Nr. 2002 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000, 2001, 2033, 2073, 2586

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 2000

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 2000

Tipp: Neben der Wundversorgung nach Nr. 2002 ist nur der erforderliche Verband nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.

2003 Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde **130** 17,43 / 7,58 / 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 2003 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000, 2004, 2005 (für dieselbe Wunde), 2006, 2033, 2065, 2073

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 2000

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 2000

Tipp:
- Neben der Wundversorgung nach Nr. 2003 ist nur der erforderliche Verband nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.
- Entsprechend der Leistungslegende kann auch eine kleine aber **„stark verunreinigte Wunde“** nach Nr. 2003 abgerechnet werden.

2004 Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht **240** 32,17 / 13,99 / 48,96

Ausschluss: Neben Nr. 2004 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2003, 2005 (für dieselbe Wunde), 2033, 2065, 2073

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 2000

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 2000

Tipp: Neben der Wundversorgung nach Nr. 2004 ist nur der erforderliche Verband nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.

2005 Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht **400** 53,62 / 23,31 / 81,60

Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.

Ausschluss: Neben Nr. 2005 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2003, 2004, 2033, 2065, 2073

Beschluss BÄK: Siehe auch Beschluss zu Nr. 2000

Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen: Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operation

Die Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen mit Nr. 2005 GOÄ (Versorgung einer großen Wunde ...) neben der Operationsziffer für die Wund- und beziehungsweise Narbenausschneidung ist nicht möglich (unselbständige Leistung nach § 4 Abs. 2a GOÄ).

In seltenen Fällen, wenn tatsächlich eine entsprechende Indikation und Leistung vorliegt, kann Nr. 2392 a GOÄ (Excision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung) anfallen.

Kommentar: Siehe Kommentar zur Nr. 2000

Tipp:
- Neben der Wundversorgung nach Nr. 2005 ist nur der erforderliche Verband nach der Nr. 204 abrechnungsfähig.
- Wird bei einer Wundversorgung außer Unterhaut und Fettgewebe auch noch verschmutzte Faszien-Gewebe und Muskelanteile mit entfernt und ist dann eine Naht dieser Strukturen erforderlich, so kann die wesentlich höher bewertete Nr. 2073 angesetzt werden.
- Für eine kleine, aber stark verunreinigte Wunde kann bei der Versorgung durch Umschneidung und Naht auch die Nr. 2005 angesetzt werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2006	**Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündigungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde –**	**63** 3,67	8,45 12,85

Ausschluss: Neben Nr. 2006 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000, 2003, 2065

Kommentar: Nach **Hach** sind mit der Legende gemeint:
Aufgebrochene oder inzidierte
- Abszesse
- Fistelgänge
- Furunkel
- OP-Wunden
- Phlegmonen
- Ulcera crura
- Decubital ulcera

Tipp: Neben der Wundversorgung nach Nr. 2006 sind die erforderlichen Verbände nach Nr. 200 und/oder Nr. 204 abrechnungsfähig.

2007	**Entfernung von Fäden oder Klammern**	**40** 2,33	5,36 8,16

Hinweis BÄK: **Zur Mehrfachberechnung der Nr. 2007 führt die Bundesärztekammer aus:**
„...Bezüglich der Mehrfachberechenbarkeit der Nr. 2007 ist u.E. die Berechenbarkeit pro Wunde gegeben. Dabei darf aber selbstverständlich nicht die Verhältnismäßigkeit außer Acht gelassen werden, insbesondere in ‚(einem)...' Fachgebiet könnten sich durch die Mehrfachberechnung bei Entfernung der Fäden aus multiplen kleinsten Wunden (z.B. nach Stichinzisionen multipler kleiner Varixknoten) Beträge ergeben, welche die Höhe der OP-Gebühr erreichten. Dies ist widersinnig und entspricht nicht der Ausgewogenheit der GOÄ. Infolgedessen ist es u.E. sachgerecht, in solchen Fällen die GOÄ-Nr. 2007 für die Entfernung von Fäden aus Stichinzisionen nach multipler Exhairese von Varixknoten am Ober- und Unterschenkel nur einmal pro Extremität abgerechnet werden kann. Wird am gleichen Tag die Fadenentfernung aus einer größeren Wunde (Saphenaligatur) vorgenommen, so kann die Nr. 2007 je Extremität zweimal berechnet werden.
Die Vergleichbarkeiten mit den Nrn. 2006 und 2007 des EBM ist nicht gegeben, da der Umstand ‚kleine bzw. große' Wunde in der GOÄ durch die Anwendung des Multiplikators nach § 5 Abs. 2 der GOÄ berücksichtigt werden kann. Da im EBM keine Steigerungsmöglichkeit gegeben ist, müssen dort die Leistungen tiefer untergliedert werden.
...Nach Auffassung der Bundesärztekammer kann die Entfernung einer mit Haltefaden gesicherten Drainage analog nach Nr. 2007 abgerechnet werden, denn es findet tatsächlich eine Fadenentfernung statt. ...Der Faden für die Drainagensicherung ist unabhängig von der Wundnaht, so dass die Entfernung dieses Fadens nicht in die Entfernung der Wundfäden einbegriffen ist.
...Daraus folgt, dass die meist später folgende Entfernung der Wundnahtfäden natürlich nochmals nach Nr. 2007 berechnet werden kann."

Kommentar: Auch die Entfernung von Drainagen, Antibiotikaketten und Venenkather kann nach Kommentar von **Hoffmann et alii.** nach GOÄ Nr. 2007 abgerechnet werden oder mit 2007 analog.

Tipp:
- Die Leistungslegende gilt für **eine** Wunde. Bei Entfernung von Fäden oder Klammern an mehreren Wunden kann die Nr. 2007 mehrfach berechnet werden.
- Erfolgt die Entfernung der Fäden, z.B. an zwei verschiedenen Tagen, so kann für jeden Tag einmal die Nr. 2007 berechnet werden.
- Nach Kommentierung von **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** handelt es sich bei der Entfernung von Fäden und Klammern nicht um eine operative Leistung, insofern kann ein medizinisch erforderlicher Verband neben der Nr. 2007 berechnet werden.
- Ist allerdings die Entfernung von Fäden und Klammern mit einer operativen Leistung (z.B. Eröffnung einer infizierten Wunde) verbunden, so dann kein Verband abgerechnet werden, da primär die operative Leistung, zu der auch der Verband gehört, im Vordergrund steht.
- Nr. 2007 ist für das problemlose Entfernen einer Zecke berechnungsfähig

2008	**Wund- oder Fistelspaltung**	**90** 5,25	12,07 18,36

Ausschluss: Neben Nr. 2008 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2009, 2010, 2427 – 2432

Kommentar: Nr. 2008 kann nur als selbständige Leistung berechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2009	**Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers**	**100** 5,83	13,41 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 2009 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2030, 2031

Analog: Nr. 2009 analog für Entfernung eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters aus medizinischen Gründen. – Empfehlung nach Kommentar Brück

Tipp: Müssen mehrerer Fremdkörper entfernt werden, die nicht nebeneinander liegen, sondern an unterschiedlichen Stellen, so ist ein mehrfacher Ansatz der Nr. 2009 gerechtfertigt.

2010	**Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen**	**379** 22,09	50,81 77,32

Ausschluss: Neben Nr. 2010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2030, 2031 sowie keine Wundverbände.

Tipp:
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.
- Müssen z.B. 15 Schrotkugeln entfernt werden, kann die Leistung entsprechend 15x abgerechnet werden.

2015	**Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung –**	**60** 3,50	8,04 12,24

Ausschluss: Neben Nr. 2015 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2032, 2093

Kommentar: Unabhängig davon, wie viele Redondrainagen angelegt werden müssen, ist die Leistung nach Nr. 2015 nur einmal berechnungsfähig.
Eine Spülung der gerade angelegten Redondrainage oder -drainagen ist nicht zusätzlich berechnungsfähig.
Wird allerdings eine Spülung erforderlich, die nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Anlegen der Drainage steht, so kann diese Spülung nach der Nr. 2093 berechnet werden.

Analog: analoger Ansatz der Nr. 2015 für das Einbringen und die Entfernen von Antibiotikaketten

II Extremitätenchirurgie

2029	**Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität**	**50** 2,91	6,70 10,20

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 2029 kann pro einmal abgerechnet werden, auch wenn im Rahmen einer Operation die Blutleere einmal gelöst werden muss und dann wieder angelegt wird.

2030	**Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie – gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels –**	**130** 7,58	17,43 26,52

Ausschluss: Neben Nr. 2030 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2010, 2031, 2033, 2034, 2035, 2428

2031	**Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage**	**189** 11,02	25,34 38,56

Ausschluss: Neben Nr. 2031 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2010, 2030, 2033, 2034, 2090, 2427 – 2432

Kommentar: Alle Spülungen, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Eröffnung des Panaritiums nötig sind, können nicht abgerechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Wird nach der Eröffnung des Panaritiums zu einem späteren Zeitpunkt eine Spülung erforderlich, so kann diese nach Nr. 2090 berechnet werden.

2032	**Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 2032 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2015, 2043

Kommentar: Spülungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Anlage der Spül- oder Saugdrainage stehen, können nicht zusätzlich berechnet werden.
Sind aber später bei schon liegender Drainage Spülungen erforderlich, so können diese nach der Nr. 2093 berechnet werden.
Die Leistung nach Nr. 2032 ist eine zusätzliche Leistung zur Nr. 2031 und nicht für Spül-, Saugdrainagen anderer Körperregionen abrechenbar. Im Bereich von Gelenken, Weichteilen und Knochen wird eine Redondrainage nach der Nr. 2015 abgerechnet. Die Spülung ist nach Nr. 2093 zu berechnen.

2033	**Extraktion eines Finger- oder Zehennagels**	**57** 3,32	7,64 11,63

Ausschluss: Neben Nr. 2033 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2030, 2031, 2034, 2035

2034	**Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel**	**114** 6,64	15,28 23,26

Ausschluss: Neben Nr. 2034 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2030, 2031, 2033, 2035

2035	**Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe – auch mit Defektdeckung –**	**180** 10,49	24,13 36,72

Ausschluss: Neben Nr. 2035 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2030, 2031, 2033, 2034

2036	**Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange**	**45** 2,62	6,03 9,18

Tipp: Auslagen für die Nagelspange gemäß GOÄ § 10 berechnungsfähig..

2040	**Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z.B. Hämangiom)**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 2040 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2401, 2403, 2404

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440.

2041	**Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik**	**700** 40,80	93,84 142,80

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2042	**Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung**	**1100** 64,12	147,47 224,41

Ausschluss: Neben Nr. 2042 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2381

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!

2043	**Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie**	**1450** 84,52	194,39 295,81

Ausschluss: Neben Nr. 2043 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2044, 2067, 2250, 2260, 2383

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2044	**Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie**	**1700** 99,09	227,90 346,81
Ausschluss:	Neben Nr. 2044 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2043, 2067, 2250, 2260, 2383		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440.		
2045	**Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk**	**600** 34,97	80,44 122,40
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2050	**Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fernlappenplastik**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2050 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2255, 2380 – 2383		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2051	**Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk –**	**600** 34,97	80,44 122,40
Ausschluss:	Neben Nr. 2051 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2403, 2404, 2405		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2052	**Operation eine Ganglions an einem Fingergelenk**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2052 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2403, 2404		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2053	**Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung**	**2400** 139,89	321,75 489,61
Kommentar:	Sind ggf. Nervennähte notwendig – diese werden in der Leistungslegende nicht genannt –, so sind sie zusätzlich abrechnungsfähig.		
2054	**Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie**	**2400** 139,89	321,75 489,61
2055	**Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich**	**7000** 408,01	938,43 1428,04
2056	**Replantation eines Armes oder eines Beines**	**8000** 466,30	1072,49 1632,04
2060	**Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)**	**230** 13,41	30,83 46,92
Ausschluss:	Neben Nr. 2060 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2062		
2061	**Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060**	**74** 4,31	9,92 15,10

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2062	**Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte**	**370** 21,57	49,60 75,48

Ausschluss: Neben Nr. 2062 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2060

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2063	**Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062**	**126** 7,34	16,89 25,70

Analog: Nr. 2063 analog für Entfernung eines Nagels oder Drahtes bei Beendigung der Extensionsbehandlung nach Nr. 218 GOÄ. – Empfehlung nach Kommentar **Brück**

2064	**Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2064 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2031, 2072, 2073, 2284, 2565, 2566

Auf einen Blick: **Abrechnung von Sehnen-, Faszien- und Muskel-Operationen**

	Sehne GOÄ Nr.	Faszie GOÄ-Nr.	Muskel GOÄ Nr.
Ausschneidung, plastische	**2064**	**2064**	**2064**
Durchschneidung, offene	**2072**	**–**	**2072**
Duputyren'sche Kontraktur OP	**2087, 2088, 2089**	**–**	**–**
Hammerzehe, Stellungskorrektur mittels Sehnendurchschneidung	**2080**	**–**	**–**
Hammerzehe, Stellungskorrektur mit Sehnenverpflanzung	**2081**	**–**	**–**
Kanalbildung(en)	**–**	**–**	**2070**
Karpaltunnel-Syndrom OP	**–**	**–**	**2070**
Missbildungs-OP an Hand oder Fuß, gleichzeitig an Knochen, Sehnen, Bändern	**2067**	**–**	**2067**
Naht bei Verletzung ggf. mit Wundversorgung	**2073**	**2073**	**2073**
Sehnenbett, Herstellung, einschl. alloplastischer Einlage a. Hand	**2082**	**–**	**–**
Stenosenoperation d. Sehnenscheide, einschl. PE	**2084**	**–**	**–**
Sehnen-Transplantation, freie	**2083**	**–**	**–**
Tarsaltunnel-Syndrom OP	**–**	**–**	**2070**
Verkürzung, Raffung	**2075**	**–**	**–**
Verlängerung	**2064**	**2064**	**2064**
Verpflanzung	**2074**	**–**	**2074**

Analog: Nach **Brück** ist Nr. 2064 analog ansetzbar – für Schuhnestelnaht – und auch für die transossäre Verankerug der Sehne am Tuberculum majus.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!

2065	**Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung**	**250** 14,57	33,52 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 2065 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2003 – 2006

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2066	**Eröffnung der Hohlhandphlegmone**	**450** 26,23	60,33 91,80
Ausschluss:	Neben Nr. 2066 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2427 – 2432		
Kommentar:	Ist eine Saug-und /oder Spüldrainage erforderlich, so kann diese zusätzlich nach Nr. 2032 berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2067	**Operation einer Hand- oder Fußmissbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 2067 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2041 – 2045, 2071		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!		
2070	**Muskelkanalbildung(en) oder Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 2070 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2084, 2565, 2566		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!		
2071	**Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat**	**1850** 107,83	248,01 377,41
2072	**Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2072 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2064, 2070, 2073, 2080, 2087, 2088, 2089.		
Kommentar:	Es handelt sich hier um eine selbständige Zielleistung. Werden im Rahmen von irgendwelchen Operationen Durchschneidungen von Sehnen und Muskeln erforderlich, so können diese nicht nach Nr. 2072 berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2073	**Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde**	**650** 37,89	87,14 132,60
Ausschluss:	Neben Nr. 2073 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000 – 2005, 2064, 2072, 2087, 2088, 2089, 2104, 2105, 2106		
Kommentar:	Bei dieser Leistung handelt es sich um eine Zielleistung im Rahmen der Wundversorgung frisch erlittener Verletzungen. Die Leistung einer Sehnen-, Muskel-, Fasziennaht kann nicht im Rahmen von anderen Operationen nach Nr. 2073 berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2074	**Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2074 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2081, 2083, 2103, 2104, 2105, 2106, 2955, 2959		
Analog:	Nach Brück ist Nr. 2074 analog für die plastische Deckung durch die dabei entnommene Bizepssehne ansetzbar.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2075	**Sehnenverkürzung oder -raffung**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2075 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2076, 2081, 2087, 2088, 2089, 2103		
Analog:	Analoger Ansatz der Nr. 2075 für eine Sehnenverlängerung.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2076	**Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung**	**950** 55,37	127,36 193,81
Ausschluss:	Neben Nr. 2076 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2075, 2087, 2088, 2089, 2091, 2092		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2080	**Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnendurchschneidung**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2080 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2081		
Analog:	Nr. 2080 analog für die Sehnendurchschneidung bei Krallenzehe abrechenbar.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2081	**Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation – gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072 – 2074, 2250, 2255, 2260, 2263, 2296, 2297		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2082	**Operative Herstellung eines Sehnenbettes – einschließlich einer alloplastischen Einlage an der Hand –**	**1650** 96,17	221,20 336,61
Tipp:	Neben Nr. 2082 ist die Nr. 2083 abrechenbar.		
2083	**Freie Sehnentransplantation**	**1650** 96,17	221,20 336,61
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2084	**Sehnenscheidenstenosenoperation – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision –**	**407** 23,72	54,56 83,03
Ausschluss:	Neben Nr. 2084 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2091, 2401, 2402		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2087	**Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2087 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2075, 2076, 2088, 2089		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr.		
2088	**Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2088 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2075, 2076, 2087, 2089		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2089	**Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern – gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken –**	**1800** 104,92	241,31 367,21

Ausschluss: Neben Nr. 2089 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2075, 2076, 2087, 2088

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2090	**Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung**	**63** 3,67	8,45 12,85

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 2090 kann nur in der zeitlichen Folge **nach** eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium (Nrn. 2031, 2032) abgerechnet werden. Für das einfache Bad der Hand kann die Leistung nicht angesetzt werden, sondern die Nr. 2006.

2091	**Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) – gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung –**	**924** 53,86	123,87 188,50

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2092	**Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers**	**750** 43,72	100,55 153,00

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!

2093	**Spülung bei liegender Drainage**	**50** 2,91	6,70 10,20

Ausschluss: Neben Nr. 2093 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2015, 2032

III Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.
Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.
Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

2100	**Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks**	**278** 16,20	37,27 56,71

Ausschluss: Neben Nr. 2100 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2105, 2110, 2118, 2130, 2134, 2170, 2171

Tipp:
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!
- Im Rahmen der Wundversorgung können neben der Leistung nach Nr. 2100 zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 2000 ff. abgerechnet werden.

2101	**Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 2101 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2106, 2111, 2118, 2123, 2131, 2135, 2172

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2102	**Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2102 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2112, 2113, 2117, 2119, 2124, 2125, 2126, 2132, 2133, 2136, 2137, 2189 – 2193

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2103	**Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk – gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen –**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 2103 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072 – 2074, 2083

Beschluss BÄK: **Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK- Dt. Ärzteblatt 11/02**
Weichteilbalancing am Hüftgelenk nach Nr. 2103 neben Nr. 2151
Bei Vorliegen schwerer Dysplasie-Coxarthrosen mit subluxiertem oder laxiertem Hüftkopf, schweren Cox-vara-Fehlstellungen des proximalen Femur bei neurologischer Grunderkrankung können neben der Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese die Beseitigung der schweren Muskelkontrakturen sowie weitere weichteilkorrigierende Maßnahmen, die zusammenfassend als Weichteilbalancing bezeichnet werden, indiziert sein. In diesen Fällen ist aus Sicht des Ausschusses „Gebührenordnung“ die Berechnung der Nr. 2103 für das Weichteilbalancing neben Nr. 2151 gerechtfertigt.

Hinweis BÄK: **– Weichteilbalancing am Kniegelenk nach Nr. 2103 neben Nr. 2153**
Hochgradige Varus- oder Valgusfehlstellungen des Kniegelenks und/oder schwere Muskelkontrakturen können durch besondere, fakultative Eingriffe an den Muskel-Sehnen-Komplexen (sog. Weichteilbalancing) korrigiert werden.
Das Weichteilbalancing ist eine selbstständige Leistung und kann analog nach Nr. 2103 (Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk, 1850 Punkte) neben Nr. 2153 berechnet werden.
Mit der einmaligen Berechnung der Nr. 2103 analog sind aus Sicht des Ausschusses „Gebührenordnung“ alle Maßnahmen, die mit dem Weichteilbalancing bei o.g. Indikationen in Zusammenhang stehen, abgegolten. Da der Umfang des Weichteilbalancings indikationsabhängig variieren kann (beispielsweise mediales Release bei Varusfehlstellung oder komplexes dorsomediales und dorsolaterales Release bei schweren Beugekontrakturen), muss der im Einzelfall erforderliche Aufwand und Schwierigkeitsgrad des Weichteilbalancings durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden. Nr. 2103 analog kann nicht für das Patella-release berechnet werden.

Analog: Nr. 2103 analog kann nicht für das Patella-release berechnet werden.

2103 **analog**	**Weichteilbalancing am Kniegelenk neben Nr. 2153 (analog Nr. 2103 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung” der BÄK**	**1850** 107,83	248,01 377,41
2104	**Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)**	**2310** 134,64	309,68 471,25

Ausschluss: Neben Nr. 2104 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072 – 2076, 2083, 2189 – 2193

Tipp: Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.

2105	**Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks**	**550** 32,06	73,73 112,20

Ausschluss: Neben Nr. 2105 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2073, 2074, 2075, 2076, 2083

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2106	**Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2106 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2073 – 2076, 2083

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2110	**Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk**	**750** 43,72	100,55 153,00

Ausschluss: Neben Nr. 2110 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2100, 2122, 2130, 2134

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2111	**Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2111 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2101, 2123, 2131, 2135

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2112	**Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2112 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2124, 2132, 2133, 2136, 2137, 2153, 2154, 2189 – 2193

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt 11/02
Subtotale Synovektomie Nr. 2112 neben Nr. 2153

Die komplette Entfernung des Stratum synoviale einschließlich der hinteren Kapselteile ist zur Implantation einer Kniegelenksendoprothese methodisch nicht erforderlich und in Fällen einer degenerativ bedingten Gonarthrose ohne Vorliegen einer ausgeprägten chronischen Synovialitis nicht indiziert. Muss eine komplette Synovektomie aus medizinischen Gründen durchgeführt werden (z.B. bei rheumatoider Arthritis, Chondrokalzinose, Zustand nach langjähriger Cortison-Therapie), so handelt es sich hierbei am eine selbstständige Leistung nach Nr. **2112,** die, wenn sie in gleicher Sitzung erbracht wird, neben Nr. 2153 berechnungsfähig ist.

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2113	**Synovektomie in einem Hüftgelenk**	**1850** 107,83	248,01 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 2113 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2125, 2126, 2149 – 2152, 2189 – 2193

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2117	**Meniskusoperation**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2117 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2119 (Kniegelenk), 2189, 2190, 2191, 2192

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2118	**Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk**	**463** 26,99	62,07 94,45

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!

2119	**Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk**	**1480** 86,27	198,41 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2119 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2117, 2189 – 2193

Tipp:
- Werden arthroskopische Operationen durchgeführt, so sind entsprechend die Nrn. 2189 bis 2196 zu berechnen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2120	**Denervation eines Finger- oder Zehengelenks**	**650** 37,89	87,14 132,60
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!		
2121	**Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks**	**1300** 75,77	174,28 265,21
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2122	**Resektion eines Finger- oder Zehengelenks**	**407** 23,72	54,56 83,03
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2123	**Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks**	**1110** 64,70	148,81 226,45
2124	**Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks**	**1850** 107,83	248,01 377,41
2125	**Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk**	**2220** 129,40	297,61 452,89
2126	**Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende – gegebenenfalls mit Osteosynthese –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2126 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2125, 2251, 2252, 2257, 2258, 2274, 2275, 2276, 2330		
2130	**Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks**	**650** 37,89	87,14 132,60
Kommentar:	Ist eine Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material im Rahmen der Versteifungsoperation erforderlich, so ist dies zusätzlich berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2131	**Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks**	**1300** 75,77	174,28 265,21
Kommentar:	Ist eine Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material im Rahmen der Versteifungsoperation erforderlich, so ist dies zusätzlich berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2132	**Operative Versteifung eines Hüftgelenks – auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
2133	**Operative Versteifung eines Kniegelenks**	**2100** 122,40	281,53 428,41
Kommentar:	Ist eine Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material im Rahmen der Versteifungsoperation erforderlich, so ist dies zusätzlich berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2134	**Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2134 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2100, 2110

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2135	**Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks**	**1400** 81,60	187,69 285,61

Ausschluss: Neben Nr. 2135 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2101, 2111

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK - Dt. Ärzteblatt 11/02

Komplexe Weichteileingriffe am MTP I nach Nr. 2135

Komplexe Weichteileingriffe am I. Metatarsophalangealgelenk (MTP I) mit dem Ziel einer gelenkerhaltenden Korrektur der Valgus-Stellung sind Nr. 2135 (Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks, 1400 Punkte) zuzuordnen. Mit der einmaligen Berechnung der Nr. 2135 sind aus Sicht des Ausschusses Gebührenordnung damit alle Weichteileingriffe (von medial und/oder lateral) am MTP I, ggf. einschl. Pseudexostosenabtragung, abgegolten.

Komplexe Umstellungsosteotomie nach Nr. 2260

Bei höhergradigen Valgus-Fehlstellungen kann neben dem komplexen Weichteileingriff nach Nr. **2135** eine komplexe Umstellungsosteotomie am Os metatarsiale I (beispielsweise Operationen nach Scarf, Shevron oder „open-closed- wedge"-Basis-Osteotomie) erforderlich sein. In diesen Fällen ist die Nr. **2260** (Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschl. Osteosynthese, 1850 Punkte) neben der Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I berechnungsfähig.

Bei gelenkerhaltendem Vorgehen kann neben Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I und ggf. Nr. 2260 für die komplexe Umstellungsosteotomie am Metatarsale I in besonderen, medizinisch begründeten Fällen (beispielsweise bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen) eine Bursektomie, Synovektomie und/oder Osteotomie am Grundgelenk D I (Operation nach Akin) erforderlich sein.

In diesen Fällen ist bei Erläuterung der besonderen Indikation die jeweilige zusätzlich durchgeführte Maßnahme als selbstständige Leistung neben der gelenkerhaltenden Hallux-valgus-Operation (nach Nr. 2135 analog und ggf. Nr. 2260) berechnungsfähig.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2136	**Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks**	**1660** 96,76	222,54 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 2136 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2112, 2189 – 2193

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2137	**Arthroplastik eines Schultergelenks**	**2100** 122,40	281,53 428,41

Ausschluss: Neben Nr. 2137 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2112

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Komplexe Eingriffe am Schultergelenk – was fällt unter „Arthroplastie"?**

Dr. med. Dipl.-Ök. Ursula Hofer in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 44 (30.10.2009), S.A-2210 – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4289.7834

Ein funktionierendes Gelenk herzustellen, beabsichtigt ein Operateur, wenn er eine Arthroplastik macht. Dabei korrigiert er sowohl die knöchernen Strukturen im Bereich von Gelenkflächen und ihrer Nachbarschaft als auch die jeweiligen Aufhängungen und Verstrebungen, also den Kapselbandapparat eines Gelenks. Ein „unvollkommenes Kugelgelenk" wie das Schultergelenk bietet wenig Korrekturmöglichkeiten, da die Funktion in hohem Maß von einer intakten Muskelsehnenmanschette des proximalen Humerus abhängt. Die Sehne des Musculus subscapularis umgreift den Oberarmknochen von vorn, und die gemeinsame Sehnenplatte der Mm. supraspinatus, infraspinatus und teres minor kommt von dorsal. Der arthroskopisch arbeitende Operateur erbringt meist an einem in Strandstuhlposition gelagerten Patienten rekonstruierende Eingriffe an der Rotatorenmanschette, er entfernt das Ligamentum coracoacromiale, er reseziert Teile des Acromions, des Discus oder anderer AC-Anteile, des Labrum glenoidale, der Tunica synovialis sowie des sehr unterschiedlich entwickelten und oft stark entzündlich veränderten oder verkalkten Schleimbeutelbereichs. Alle diese Prozeduren lassen sich unter der Leistung nach Nr. 2137 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) „Arthroplastik eines Schultergelenks ..." subsumieren. Mitunter wird eine Bursektomie nach Nr. 2405 GOÄ zusätzlich berechnet, obwohl bei einer totalen Bursektomie oft wertvolles Gleitgewebe verloren geht.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

In einigen Fällen werden Sehnen rekonstruiert und ersetzt, Knorpeltransplantationen durchgeführt und bisweilen erfolgt eine Stabilisation des AC-Gelenks mit Fremdmaterial. Für eine Knorpeltransplantation bietet sich zurzeit noch der Analogabgriff der Nr. 2384 GOÄ „Knorpeltransplantation" an, und bei der AC-Gelenkstabilisierung wäre die Nr. 2130 GOÄ analog „Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks ... „angezeigt. Die anatomisch bereits sehr engen und oft durch synovialitische Veränderungen noch zusätzlich eingeschränkten Sichtverhältnisse für den Arthroskopierenden soll der Gebührenrahmen der GOÄ ausgleichen. Bei besonders aufwendigen Eingriffen stehen Analogansätze nach § 6 Absatz 2 GOÄ zur Verfügung. Die Bundesärztekammer empfiehlt bei einer massiven Synovialitis den Analogabgriff der Nr. 2193 GOÄ.
Auf jeden Fall können bei den oben erwähnten Teilschritten einer arthroskopischen Schultergelenksanierung keine Abgriffe der Nr. 2064 „Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung ..." oder die bereits obsolete Nr. 2182 „Gewaltsame Lockerung ..." als rechtmäßig angesehen werden. Der Abgriff der Nummern 2195 „Zuschlag für weitere operative Eingriffe, ..." und 2196 „Diagnostische Arthroskopie ..." entbehrt ebenfalls einer logischen Grundlage, weil die Arthroplastie mehrere Teilschritte beinhaltet, zusätzliche Eingriffe, wie oben erläutert, berechnet werden können und jeder operative Eingriff die Exploration des OP-Gebiets mit einschließt.

Hinweis LÄK: Die **Gemeinsame Gutachterstelle der Bezirksärztekammer in Baden-Württemberg für Fragen der GOÄ** führt in einem Schreiben an die MEDAS GmbH vom 16.2.2004 **zur Frage der Abrechnung von Schultergelenksoperationen** aus:
..."In Abhängigkeit von den Gegebenheiten des Einzelfalles können z.B. folgende Ziffern angesetzt werden:
Nr. 2137 für die Arthroplastik des Schultergelenks, d.h. die artikulationsgerechte Neuformung deformierter und destruierter Gelenkflächen, ggf. mit operativer Lösung und Entfernung von Verklebungen und fibrösen Verwachsungen der Gelenkflächen;
Nr. 3300 für die diagnostische Arthroskopie;
Nr. 2405 für die Bursektomie;
Nr. 2073 für die unfallbedingte Versorgung einer Sehnen- und Muskelruptur;
Nr. 2015 für die Einlage von Redondrainagen;
Nr. 2012 für die Synovektomie in einem Schultergelenk;
Nr. 5295 für die Photodokumentation im Rahmen einer Video-endoskopischen Operation..
Für die Operation der Ruptur der Rotatorenmanschette stehen je nach Methode unterschiedliche Gebührenpositionen zur Verfüfung (vgl Brück u.a., 2003: Kommentar zur GOÄ, DÄ-Verlag, Köln); darüber hinaus kann unseres Erachtens nach auch die GOÄ-Nr. 2083 sowie im Einzelfall bei besonders aufwendigen Eingriffen die Ziffer 2104 zum Ansatz kommen."

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2140 Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese

1000 134,06
58,29 204,01

Ausschluss: Neben Nr. 2140 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2100, 2105, 2110, 2120, 2134

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2141 Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese

1800 241,31
104,92 367,21

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2142 Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks

2700 361,96
157,38 550,81

Ausschluss: Neben Nr. 2142 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2101, 2106, 2111, 2121, 2135

2143 Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks

4860 651,54
283,28 991,47

2144 Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks

3600 482,62
209,83 734,42

Ausschluss: Neben Nr. 2144 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2104, 2112, 2124, 2136, 2153

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2145	**Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks**	**6480** 377,70	868,71 1321,96
2146	**Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2146 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2112, 2124, 2137		
2147	**Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks**	**3240** 188,85	434,36 660,98
2148 analog	**Tonnenförmige Ausmeißelung des Pfannenbodens neben Nr. 2151 (analog Nr. 2148 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK**	**2100** 122,40	281,53 428,41
2148	**Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie – auch Pfannendachplastik**	**2100** 122,40	281,53 428,41
Analog:	Nach Brück analoger Ansatz der Nr. 2148 für tonnenförmige Ausmeißelung eines neuen Pfannendaches. Diese Leistung kann auch neben der Nr. 2151 berechnet werden.		
2149	**Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2149 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2113, 2124 – 2126, 2150 – 2152, 2167		
2150	**Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne**	**4980** 290,27	667,62 1015,95
2151	**Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2151 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2113, 2124 – 2126, 2148, 2149, 2150		

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt 3/02

Operative Leistungen am Hüftgelenk: Beschlüsse zur Berechnung selbstständiger operativer Leistungen am Hüftgelenk neben Nr. 2151 GOÄ

Pfannendachplastik:

Nr. 2148 GOÄ (Pfannendachplastik) **neben Nr. 2151 GOÄ** oder

Nr. 2148 GOÄ analog (tonnenförmige Ausmeißelung des Pfannenbodens) **neben Nr. 2151 GOÄ.**

Die präoperativ radiologisch verifizierbare Hüftgelenksdysplasie bzw. Hüftgelenksluxation stellt eine medizinische Indikation zur Pfannendachplastik dar. Im Zusammenhang mit der Operation nach Nr. 2151 GOÄ ist die Pfannendachplastik bei Vorliegen der genannten Indikation als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 anzuerkennen.

Bei Bildung einer Pfannendachplastik in Form einer Pfannenerkerplastik (Appositionsarthroplastik) ist diese Leistung der Nr. 2148 als Modifikation zuzuordnen (Nr. 2148 neben Nr. 2151), im Falle der tonnenförmigen Ausmeißelung des Pfannenbodens ist die Pfannendachplastik analog nach Nr. 2148 abzurechnen (Nr. 2148 analog neben Nr. 2151).

Nr. 2254 GOÄ (Spongiosaplastik) neben Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung beschließt, die Spongiosaplastik als stabilitätssichernde selbstständige Leistung bei Vorliegen radiologisch verifizierbarer Knochendefekte (Geröllzysten oder Pfannenbodenerosion infolge Hüftgelenkskopfprotrusion) oder im Zusammenhang mit der tonnenförmigen Ausmeißelung des Pfannenbodens (Pfannendachplastik) oder bei Durchführen einer zementfreien TEP-Implantation anzuerkennen und der Nr. 2254 zuzuordnen. Mit dieser Gebührenposition ist auch die Entnahme des Knochens sowie die spezielle Zubereitung des Knochenmaterials (kortikospongiöser Block oder Zerkleinerung in Knochenkrümel) abgegolten.

Nr. 2258 GOÄ analog (Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten) neben der Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung beschließt, die Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten (größere einzelne Exophyten oder die komplette Ummauerung des Acetabulum), die sich präoperativ radiologisch nachwei-

sen lassen und intraoperativ zu einer deutlichen Funktionsbehinderung der implantierten TEP führen, als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 anzuerkennen, und beschließt hierfür eine Berechnung analog nach Nr. 2258.

Nr. 2113 GOÄ (Synovektomie) neben Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung hält die gesonderte Berechnungsfähigkeit der kompletten bis subtotalen-Entfernung der Synovialis bei medizinischer Indikation (beispielsweise chronische Synovialitis bei entzündlich rheumatischer Grunderkrankung oder Psoriasis-Arthtropathie) als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 für gerechtfertigt. Die Synovektomie ist nach Nr. 2113 abzurechnen. Die Indikationsstellung zu dieser Maßnahme ist durch eine hinreichende Beschreibung im OP-Bericht sowie durch eine histopatholohische Befundveranlassung abzusichern.

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt 11/02

Weichteilbalancing am Hüftgelenk nach Nr. 2103 neben Nr. 2151

Bei Vorliegen schwerer Dysplasie-Coxarthrosen mit subluxiertem oder laxiertem Hüftkopf, schweren Cox-vara-Fehlstellungen des proximalen Femur bei neurologischer Grunderkrankung können neben der Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese die Beseitigung der schweren Muskelkontrakturen sowie weitere weichteilkorrigierende Maßnahmen, die zusammenfassend als Weichteilbalancing bezeichnet werden, indiziert sein. In diesen Fällen ist aus Sicht des Ausschusses „Gebührenordnung“ die Berechnung der **Nr. 2103** für das Weichteilbalancing **neben Nr. 2151** gerechtfertigt.

2152 Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)

6660 892,84
388,19 1358,68

2153 Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)

3700 496,02
215,66 754,82

Ausschluss: Neben Nr. 2153 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2104, 2112, 2124, 2136, 2144

Beschluss BÄK:

Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt 11/02

Weichteilbalancing am Kniegelenk nach Nr. 2103 neben Nr. 2153

Hochgradige Varus- oder Valgusfehlstellungen des Kniegelenks und/oder schwere Muskelkontrakturen können durch besondere, fakultative Eingriffe an den Muskel-Sehnen-Komplexen (sog. Weichteilbalancing) korrigiert werden. Das Weichteilbalancing ist eine selbstständige Leistung und kann analog nach Nr. **2103** (Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk, 1850 Punkte) **neben** Nr. **2153** berechnet werden.

Mit der einmaligen Berechnung der Nr. 2103 analog sind aus Sicht des Ausschusses „Gebührenordnung“ alle Maßnahmen, die mit dem Weichteilbalancing bei o.g. Indikationen in Zusammenhang stehen, abgegolten. Da der Umfang des Weichteilbalancings indikationsabhängig variieren kann (beispielsweise mediales Release bei Varusfehlstellung oder komplexes dorsomediales und dorsolaterales Release bei schweren Beugekontrakturen), muss der im Einzelfall erforderliche Aufwand und Schwierigkeitsgrad des Weichteilbalancings durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

Nr. 2103 analog kann nicht für das Patella-release berechnet werden.

Subtotale Synovektomie Nr. 2112 neben Nr. 2153

Die komplette Entfernung des Stratum synoviale einschließlich der hinteren Kapselteile ist zur Implantation einer Kniegelenksendoprothese methodisch nicht erforderlich und in Fällen einer degenerativ bedingten Gonarthrose ohne Vorliegen einer ausgeprägten chronischen Synovialitis nicht indiziert. Muss eine komplette Synovektomie aus medizinischen Gründen durchgeführt werden (z.B. bei rheumatoider Arthritis, Chondrokalzinose, Zustand nach langjähriger Cortison-Therapie), so handelt es sich hierbei am eine selbstständige Leistung nach Nr. **2112,** die, wenn sie in gleicher Sitzung erbracht wird, neben Nr. 2153 berechnungsfähig ist.

Spongioplastik nach Nr. 2254 oder Nr. 2255 neben Nr. 2153

Bei Vorliegen größerer flächenhafter Erosionen oder von Knochenzysten ist eine spongioplastische Verbesserung des Endoprothesenlagers medizinisch empfehlenswert. Die Leistung ist Nr. **2254** zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. **2153** berechnungsfähig, bei besonderer Begründung bis maximal dreimal im Behandlungsfall.

Der Wiederaufbau einer Gelenkfläche durch Einfügen eines Knochenkeils (sog. Wedge) oder die Wiederherstellung der Gelenkfläche als Voraussetzung zur Implantation ist Nr. **2255** zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. **2153** einmal berechnungsfähig.

Die Versetzung der Tuberositas tibiae zur Behandlung der Patella-Luxation zählt nicht zu den in dieser Empfehlung eingeschlossenen spongioplastischen Maßnahmen.

Patellarückflächenersatz analog 2344 neben Nr. 2153 Wird neben Nr. **2153** ein Patellarückflächenersatz oder eine Patella-Rekonstruktion (durch Osteotomie bzw. Firstung) durchgeführt, so ist diese analog nach Nr. **2344** (Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe oder Teilextirpation, 1110 Punkte) als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

Der Patellarückflächenersatz ist kein methodisch notwendiger Bestandteil der Implantation einer Kniegelenksendoprothese nach Nr. 2153. Es handelt sich hierbei um einen fakultativ notwendigen Eingriff bei gleich-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

zeitigem Vorliegen eines femoropatellaren Syndroms oder einen auch aus anderen medizinischen Gründen notwendigen selbstständigen Eingriff.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe unter GOÄ-Ratgeber der BÄK zu Nr. 2562

Rechtsprechung: **Computergestützte Navigationstechnik – keine Analogberechnung nach GOÄ Nr. 2562**
Bei der Durchführung einer Totalendoprothese des Kniegelenks nach GOÄ – Nr. 2153 kann eine computerunterstützte Navigationstechnik zum Einsatz kommen. Der Einsatz dieser Technik kann nicht nach GOÄ – Nr. 2562 analog abgerechnet werden.
Aktenzeichen: BGH, 21.01.2010, AZ: III ZR 147/09
Entscheidungsjahr: 2010

2154 Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)

6660 892,84
388,19 1358,68

2155 Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks

148 19,84
8,63 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 2155 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 300

2156 Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

463 62,07
26,99 94,45

Ausschluss: Neben Nr. 2156 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 300

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2157 Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel

924 123,87
53,86 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2157 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302

Kommentar: Nach Kommentar von **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** kann die Eröffnung mehrerer vereiterter Wirbelgelenke benachbarter Wirbel nicht mit dem mehrfachen Ansatz der Nr. 2157 berechnet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2158 Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe

370 49,60
21,57 75,48

Ausschluss: Neben Nr. 2158 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2100, 2105, 2110, 2120, 2134

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2159 Exartikulation einer Hand oder eines Fußes

924 123,87
53,86 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2159 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2101, 2106, 2111, 2121, 2135

2160 Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2160 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2104, 2112, 2124, 2136, 2153

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2161	**Exartikulation in einem Schultergelenk**	**1290** 75,19	172,94 263,17
Ausschluss:	Neben Nr. 2161 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2112, 2124, 2137		
2162	**Exartikulation in einem Hüftgelenk**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2162 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072, 2073, 2102, 2113, 2124 – 2126, 2148, 2149, 2150		
2163	**Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte**	**1850** 107,83	248,01 377,41
2164	**Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2164 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2265, 2294		
Kommentar:	Nach **Wezel/Liebold** beinhaltet die plastische Deckung alle dazu erforderlichen Gewebeverschiebungen oder -transplantationen. Diese sind aus diesem Grund nicht gesondert zu berechnen.		
2165	**Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials – gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation –**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
Ausschluss:	Neben Nr. 2165 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2148 – 2153, 2158		
2167	**Ersatzlose Entfernung einas künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement**	**3200** 186,52	428,99 652,82
2168	**Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese – einschließlich operativer Versteifung des Gelenks –**	**3200** 186,52	428,99 652,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2168 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2133, 2265		
2170	**Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils – einschließlich plastischer Deckung –**	**463** 26,99	62,07 94,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2171	**Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti – einschließlich plastischer Deckung –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2172	**Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens – einschließlich plastischer Deckung –**	**924** 53,86	123,87 188,50
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2173	**Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich – einschließlich plastischer Deckung –**	**1110** 64,70	148,81 226,45

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2174	**Amputation im Oberschenkelbereich – einschließlich plastischer Deckung –**	**1290** 75,19	172,94 263,17
2181	**Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks**	**227** 13,23	30,43 46,31
2182	**Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks**	**379** 22,09	50,81 77,32
2183	**Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z.B. Crutchfieldzange)**	**740** 43,13	99,20 150,96
2184	**Anlegen von Hals-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen**	**1000** 58,29	134,06 204,01
2189	**Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicateilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper**	**1500** 87,43	201,09 306,01

Ausschluss: Neben Nr. 2189 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2190, 2191, 2193, 3300

Auf einen Blick: **Entfernende Gelenkspiegelung an Klein*- und Großgelenken** GOÄ-Nr. 2189: Ausschlüsse und wenn erforderlich zusätzlich abrechenbare Leistungen:**

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2189

	Gelenke							
Ausschluss	**Finger**	**Hand**	**Ellenbogen**	**Schulter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Arthroplastik	**2134**	**2135**	**2136**	**2137**	**–**	**2136**	**2135**	**2134**
Arthroskopie, diagn.	**3300**							
Arthroskopie, Entfernung Großgelenkschleimhaut	**–**	**2193**						**–**
Arthroskopie erhalt.	**2190**							
Arthroskopie, erhalt. Kniehauptgelenk						**2191**		
Blutsdruckenkung (Narkose)	**480**							
Chirotherap. Eingriff	**3306**							
Denervation	**2120**	**2121**		**–**	**–**	**2121**		**2120**
Drainagespülung	**2093**							
Fremdkörperentfernung, tief sitzend	**2010**							
Fremd-/Gelenkkörper-Entfernung	**2118**		**2119**		**–**	**2119**	**2118**	
Ganglionentfernung	**2052**	**2051**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2051**	**–**
Gelenklockerung gewaltsame	**–**	**2181**	**2182**			**2182**	**2181**	**–**
Gelenkschleimhaut, teilweise Entfernung	**2110**	**2111**	**2112**		**2113**	**2112**	**2111**	**2110**
Hämatomausräumung	**2397**							
Kapselschlussnaht	**2100**	**2101**	**2102**				**2101**	**2100**
Kleingelenkdrahtentfernung	**2061**	**2063**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2063**	**2061**
Knochenspanentnahme	**2253**							
Knochentransplantation (Entnahme + Implantation)	**2155**							

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2189

	Gelenke							
Ausschluss	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Kryotherapie	**740**							
Massage eines Körperteils	**520**							
Meniskuseinrenkung / Meniskuslockerung						**2226**		
Meniskus(teil)entfernung						**2217**		
Nekrotomie / Knochenausmeißelung	**2257**	**2256 / 2257**	**2256**				**2256 / 2257**	**2256**
OP-Wunde	**2000–2005**							
Probeausmeißelung	**2250**							
Probeexzision	**2401 / 2402**							
Punktion	**300**		**301**	**302**		**301**	**300**	
Schiene über 2 Großgelenke*	**–**	**212**						**–**
Schleimbeutelentfernung	**2405**							
Sehnendurchschneidung,offene	**2072**							
Sehnenkürzung, -raffung	**2075**							
Sehnentransplantation (Entnahme + Implantation)	**2083**							
Sehnenverwachsungs-OP	**2076**							
Spül-/Saugdrainage	**2032**							
vereitertes Gelenk, Eröffnung	**2155**	**2156**	**2157**				**2156**	**2155**

Ausschluss der Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2189 nach § 10 GOÄ
Einmalhandschuhe, Einmalkanülen, Einmalskalpelle, Einmalspritzen, Mullkompressen, Mulltupfer, OP-Kittel

2. Wenn medizinisch erforderlich, sind die folgenden zusätzlichen Leistungen neben Nr. 2189 abrechenbar

	Gelenke							
zusätzlich abrechenbar	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Arthroskopie, diagn.	**2196**							
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 2 Std.	**448**							
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 4 Std.	**449**							
Blutleere/-sperre	**2029**							
Fertigschiene, starre	**210**							
Funktionsorthese	**3320**							
Kaltpackung	**530**							
Kompressionsverband	**203A**							
Laseranwendung	**441**							
OP-Zuschlag	**445**							
Redondranagen(n)	**2015**							
Untersuchung	**5,7**							
Beratung	**1,3**							
Untersuchung	**5,7**							

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

2. Wenn medizinisch erforderlich, sind die folgenden zusätzlichen Leistungen neben Nr. 2189 abrechenbar

	Gelenke							
statt Nr. 2189	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
bei vollständiger Groß-Gelenkschleim-hautentfernung	**–**	**2193 statt 2189**						**–**
bei erhaltenden Eingriffen	**2190 statt 2189**							
bei Sanierung Kreuz- oder Seitenband am Kniehauptgelenk						**2191 statt 2189**		

*** Kleingelenke sind: Finger- und Zehengelenk**
**** Großgelenke sind: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenk**
***** BGNT = BG-Nebenkostentarif**

Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2189 nach § 10 GOÄ
Alloplastisches Material, Arzneimittel, Einmalsaugdrainagen, Fibrinkleber zur Knorpeldissekatfixierung, Gummi-Elastikbinden, Micro-Skalpell, Osteosythesematerial z.B. zur Knorpeldissekatfixierung, Pins, selbstauflösend zur Knorpeldissekatfixierung, Salben, Shaver, Einmalkostenanteil

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!
- Ggf. zusätzlich ‚diagnostische Arthroskopie' nach Nr. 2196.
- Ferner ist Nr. 2189 neben Nrn. 2195, 2196 abrechenbar.

2190 Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z.B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk

1800 241,31
104,92 367,21

Ausschluss: Neben Nr. 2190 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 2102, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2191, 2193, 3300

Auf einen Blick: **Entfernende Gelenkspiegelung an Klein- und Großgelenken nach GOÄ-Nr. 2190: Ausschlüsse und wenn ggf. erforderlich zusätzlich abrechenbare Leistungen:**

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2190

	Gelenke							
Ausschluss	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Arthroplastik	**2134**	**2135**	**2136**	**2137**	**–**	**2136**	**2135**	**2134**
Arthroskopie, diagn.	**3300**							
Arthroskopie, entfern.	**2189**							
Arthroskopie, Entfernung Großgelenk-schleimhaut	**–**	**2193**						**–**
Arthroskopie, erhalt. Kniehauptgelenk						**2191**		
Bandnaht/Bandplastik	**2105**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2104**	**2106**	**2105**
Blutdrucksenkung (Narkose)	**480**							
Chirotherap. Eingriff	**3306**							
Denervation	**2120**	**2121**		**–**	**–**	**2121**		**2120**
Drainagespülung	**2093**							
Fremdkörperentfernung, tiefsitzend	**2010**							
Fremd-/Gelenkkörper-Entfernung	**2118**		**2119**		**–**	**2119**	**2118**	
Ganglionentfernung	**2052**	**2051**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2051**	**–**
Gelenklockerung, gewaltsame	**–**	**2181**	**2182**			**2182**	**2181**	**–**

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2190

	Gelenke							
Ausschluss	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Gelenkschleimhaut, teilweise Entfernung	**2110**	**2111**	**2112**		**2113**	**2112**	**2111**	**2110**
Hämatomausräumung	**2397**							
Kapselschlussnaht	**2100**	**2101**	**2102**				**2101**	**2100**
Kleingelenkdrahtfixierung	**2060**	**2062**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2062**	**2060**
Knochenimplantation	**2254**							
Knochen(span)transplantation	**2255**							
Knorpeltransplantation	**2384**							
Kryotherapie	**740**							
Massage eines Körperteils	**520**							
Meniskuseinrenkung						**2226**		
Meniskusnaht						**2117**		
Meniskus(teil)entfernung						**2117**		
Nekrotomie / Knochenausmeißelung	**2256**	**2256 / 2257**	**2257**				**2256 / 2257**	**2256**
OP-Wunde	**2000–2005**							
Probeausmeißelung	**2250**							
Probeexzision	**2401 / 2402**							
Punktion	**300**		**301**	**302**		**301**	**300**	
Schleimbeutelentfernung	**2405**							
Sehnendurchschneidung,offene	**2072**							
Sehnenkürzung, -raffung	**2075**							
Sehnennaht	**2073**							
Sehnenscheiden-OP	**2092**							
Sehnentransplantation (Entnahme + Implantation)	**2083**							
Sehnenverpflanzung	**2074**							
Sehnenverwachsungs-OP	**2076**							
Spül-/Saugdrainage	**2032**							
vereitertes Gelenk, Eröffnung	**2155**	**2156**	**2157**				**2156**	**2155**

Ausschluss der Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2190 – siehe § 10 GOÄ
Einmalhandschuhe, Einmalkanülen, Einmalskalpelle, Einmalspritzen, Mullkompressen, Mulltupfer, OP-Kittel, Zellstoff

Mögliche Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2190 nach § 10 GOÄ
Alloplastisches Material, Arzneimittel, Einmalsaugdrainagen, Fibrinkleber zur Knorpeldissekatfixierung, Gummi-Elastikbinden, Meniskusfixationssysteme, Micro-Skalpell, Osteosythesematerial z.B. zur Knorpeldissekatfixierung, Pins, selbstauflösend zur Knorpeldissekatfixierung, Salben, Shaver, Einmalkostenanteil, Spezialeinmalbohrer, Spezialfadenmaterial, Spezialnahtmaterial zur Meniskusnaht, -refixation/Bandnaht, -raffung

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

2. Wenn medizinisch erforderlich, sind die folgenden zusätzlichen Leistungen neben Nr. 2190 abrechenbar

	Gelenke							
Ausschluss	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
Arthroskopie, diagn.	**2196**							
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 2 Std.	**448**							
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 4 Std.	**449**							
Blutleere/-sperre	**2029**							
Entfernende Eingriffe	**2195 (einmalig)**							
Fertigschiene, starre	**210**							
Funktionsorthese	**3320**							
Kaltpackung	**530**							
Knochenspanentnahme (außerhalb ASK-Gelenk)	**2253**							
Kompressionsverband	**203A**							
Laseranwendung	**441**							
OP-Zuschlag	**445**							
Redondranagen	**2015**							
Sehnenausschneidung, plast. (außerhalb des ASK-Gelenkes)	**2064**							
Beratung	**1,3**							
Untersuchung	**5,7**							
Verband	**200, aber nur besondere Kosten**							

	Gelenke							
statt Nr. 2190	**Finger**	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schul-ter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**	**Zeh**
bei vollständiger Groß-Gelenkschleimhautentfernung	–	**2193 statt 2190**						**–**
bei Sanierung Kreuz- oder Seitenband am Kniehauptgelenk						**2191 statt 2190**		

* Kleingelenke sind: Finger- und Zehengelenk
** Großgelenke sind: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenk
*** BGNT = BG-Nebenkostentarif

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen.

2191 Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht –

2000 268,12
116,57 408,01

Ausschluss: Neben Nr. 2191 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 2102, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2193, 3300

Auf einen Blick: **Bandsanierende Gelenkspiegelung am Kniegelenk nach GOÄ-Nr. 2191: Ausschlüsse und, wenn erforderlich, zusätzlich abrechenbare Leistungen:**

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2191

Ausschluss	GOÄ-Nr.
Arthroplastik	**2136**
Arthroskopie, diagnostische	**3300**
Arthroskopie, entfernende	**2189**
Arthroskopie, Entfernung der Großgelenkschleimhaut	**2193**
Arthroskopie, erhalt	**2190**
Bandnaht/Bandplastik	**2104**
Blutdrucksenkung (Narkose)	**480**
Chirotherapeutischer Eingriff	**3306**
Denervation	**2121**
Drainagenspülung	**2093**
Fremdkörperentfernung, tief sitzend	**2010**
Fremd-/Gelenkkörperentfernung	**2119**
Gelenklockerung, gewaltsame	**2182**
Gelenkschleimhaut(teil), Entfernung	**2112**
Hämatomausräumung	**2397**
Kapselschlussnaht	**2102**
Knochenimplantation	**2254**
Knochen(span)transplantation	**2255**
Knorpeltransplantation	**2384**
Kyrotherapie	**740**
Massage eines Körperteils	**520**
Meniskuseinrenkung	**2226**
Meniskusoperation [Naht, (Teil)Entfernung]	**2117**
Nekrotomie	**2257**
OP-Wunde	**2000–2005**
Probeausmeißelung	**2250**
Probeexzision	**2401 / 2402**
Punktion	**301**
Schienbeinkopfverschraubung der Ersatzplastik	**2345**
Schiene über zwei Großgelenke	**212**
Schleimbeutelentfernung	**2405**
Sehnendurchschneidung	**2072**
Sehnenkürzung/ -raffung	**2075**
Sehnennaht	**2073**
Sehnentransplantation	**2083**
Sehnenverpflanzung	**2074**
Sehnenverwachsungs-OP	**2076**
Spül-/Saugdrainage	**2032**
Verband	**200**
vereitertes Gelenk, Eröffnung	**2157**

Ausschluss der Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2191 – siehe § 10 GOÄ
Einmalhandschuhe, Einmalkanülen, Einmalskalpelle, Einmalspritzen, Mullkompressen, Mulltupfer, OP-Kittel etc., Zellstoff

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

2. Wenn medizinisch erforderlich, sind die folgenden zusätzlichen Leistungen neben Nr. 2191 abrechenbar

Zusätzlich möglich	GOÄ-Nr.
Arthroskopie, diagnostische	**2196**
Bandplastik, weitere	**2192**
Beobachtung / Betreuung nach ASK mehr als 2 Std.	**448**
Beobachtung / Betreuung nach ASK mehr als 4 Std.	**449**
Blutleere/-sperre	**2029**
entfernende und/oder erhaltende Eingriffe	**2195**
Funktionsorthese, mehrfach verstellbar (ohne besondere Kosten)	**3320**
Kaltpackung	**530**
Knochenspanentnahme, außerhalb Implantationsareal	**2253**
Kompressionsverband	**203A**
Laseranwendung	**441**
Notchplastik / Knochenausmeißelung	**2257**
OP-Zuschlag	**445**
Redondrainage(n)	**2015**
Röntgenkontrolle Ersatzplastik bei Fixierung mit Fremdmaterial	**5030**
Sehnenausschneidung, plastische (außerhalb ASK-Gelenk)	**2064**
starre Knieschiene (ohne besondere Kosten)	**210**
Untersuchung, symptombezogene	**1**
Untersuchung, eingehende	**6**
Verband, aber nur besondere Kosten	**200**

* Kleingelenke sind: Finger- und Zehengelenk
** Großgelenke sind: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenk
*** BGNT = BG-Nebenkostentarif

Mögliche Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2191 – siehe § 10 GOÄ
Alloplastisches Material, Arzneimittel, Einmalsaugdrainagen, Fibrinkleber zur Knorpeldissekatfixierung, Meniskusfixationssysteme, Micro-Skalpell, Osteosynthesematerial z.B. zur Knorpeldissekatfixierung, Gummi-Elastikbinden, Pins, selbstauflösend zur Knorpeldissekatfixierung, Salben, Shaver, Einmalkostenanteil, Spezialeinmalbohrer, Spezialfadenmaterial, Spezialnahtmaterial zur Meniskusnaht, -refixation, Bandnaht, -raffung

Kommentar: Die Nr. 2191 ist pro Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Werden aber mehrere Bänder am Gelenk operativ versorgt, so kann dafür der entsprechende Zuschlag nach Nr. 2192 berechnet werden

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!
- Ggf. zusätzlich diagnostische Arthroskopie nach Nr. 2196.

2192 Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 2191 für die primärte Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung

500 67,03
29,14 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 2192 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 3300

Kommentar: Der Zuschlag nach Nr. 2192 ist bei Eingriffen an demselben Kniegelenk in Rahmen derselben Sitzung nur einmal abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

2193 Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten

1800 241,31
104,92 367,21

Ausschluss: Neben Nr. 2193 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 2102, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191, 3300

Auf einen Blick: **Entfernende Gelenkspiegelung an Großgelenken nach GOÄ-Nr. 2193: Ausschlüsse und wenn ggf. erforderlich zusätzlich abrechenbare Leistung:**

1. Ausschlüsse neben Leistung nach Nr. 2193

	Gelenke					
Ausschluss	**Hand**	**Ellenbogen**	**Schulter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**
Arthroplastik	**2135**	**2136**	**2137**	**–**	**2136**	**2135**
Arthroskopie, diagn.	**3300**					
Arthroskopie, entfernend	**2189**					
Arthroskopie, erhalt. Kniehauptgelenk					**2191**	
Blutdrucksenkung (Narkose)	**480**					
Chirotherap. Eingriff	**3306**					
Denervation	2121		–	–	**2121**	
Drainagespülung	**2093**					
Fremdkörperentfernung, tiefsitzend	**2010**					
Fremd-/Gelenkkörper-Entfernung	**2118**	**2119**		**–**	**2119**	**2118**
Ganglionentfernung	**2051**	**–**	**–**	**–**	**–**	**2051**
Gelenklockerung, gewaltsame	**2181**	**2182**				**2181**
Gelenkschleimhaut, teilweise Entfernung	**2111**	**2112**		**2113**	**2112**	**2111**
Hämatomausräumung	**2397**					
Kapselschlussnaht	**2100**	**2102**				**2101**
Knochenspanentnahme	**2253**					
Knochen(span)transplantation (Entnahme + Implantation)	**2255**					
Kryotherapie	**740**					
Massage eines Körperteils	**520**					
Meniskuseinrenkung					**2226**	
Meniskus(teil)entfernung					**2117**	
Nektrotomie / Knochenausmeißelung	**2256 / 2257**	**2257**				**2256 / 2257**
OP-Wunde	**2000–2005**					
Probeausmeißelung	**2250**					
Probeexzision	**2401 / 2402**					
Punktion	**300**	**301**	**302**		**301**	**300**
Schleimbeutelentfernung	**2405**					
Sehnendurchschneidung, offene	**2072**					
Sehnenkürzung, -raffung	**2075**					
Sehnentransplantation (Entnahme + Implantation)	**2255**					
Sehnenverwachsungs-OP	**2076**					
Spül-/Saugdrainage	**2032**					
vereitertes Gelenk, Eröffnung	**2156**	**2157**				**2156**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss der Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2193 – siehe § 10 GOÄ
Arzneimittel, Einmalhandschuhe, Einmalkanülen, Einmalskalpelle, Einmalspritzen, Mullkompressen, Mulltupfer, OP-Kittel, Zellstoff

Mögliche Berechnung von Materialkosten neben Nr. 2193 – siehe § 10 GOÄ
Alloplastisches Material, Arzneimittel, Einmalsaugdrainagen, Fibrinkleber zur Knorpeldissekatfixierung, Gummi-Elastikbinden, Micro-Skalpell, Osteosythesematerial z.B. zur Knorpeldissekatfixierung, Pins. selbstauflösend zur Knorpeldissekatfixierung, Salben, Shaver, Einmalkostenanteil, Spezialeinmalbohrer, Spezialfadenmaterial, Spezialnahtmaterial zur Meniskusnaht, -refixation/Bandnaht, -raffung

2. Wenn medizinisch erfroderlich, sind die folgenden zusätzlichen Leistungen neben Nr. 2193 abrechenbar

	Gelenke					
zusätzlich abrechenbar	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schulter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**
Arthroskopie, diagn.	**2196**					
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 2 Std.	**448**					
Beobachtung/Betreuung nach ASK mehr als 4 Std.	**449**					
Blutleere/-sperre	**2029**					
Fertigschiene, starre	**210**					
Funktionsorthese	**3320**					
Kaltpackung	**530**					
Laseranwendung	**441**					
OP-Zuschlag	**445**					
Redondranagen	**2015**					
Beratung	**1,3**					
Untersuchung	**5,7**					

statt Nr. 2193	**Hand**	**Ellen-bogen**	**Schulter**	**Hüfte**	**Knie**	**Fuß**
bei unvollständiger Gelenkschleimhautentfernung an Großgelenken bzw. sonstigen entfernenden Eingriffen an Klein- und Großgelenken	**–**	**2189 statt 2193**				**–**
bei Sanierung von Kreuz- oder Seitenbändern am Kniehauptgelenk					**2191 statt 2193**	
bei erhaltenden Eingriffen am Großgelenk					**2190 statt 2193**	

Tipp:
- Ggf. Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk nach Nr. 2195 berechnen.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 441!
- Ggf. zusätzlich diagnostische Arthroskopie nach Nr. 2196.

2195 Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 –

300 40,22
17,49 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 2195 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 3300

Kommentar: Der Zuschlag nach Nr. 2195 ist bei Eingriffen an demselben Gelenk in Rahmen derselben Sitzung nur einmal abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Bei besonders aufwendiger Operation kann nach Lang, Schäfer, Stiel und Vogt der Zuschlag allerdings mit erhöhtem Multiplikator abgerechnet werden.

Tipp: Neben Nr. 2195 sind die Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 – 2191 oder 2193 abrechenbar.

2196 **Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193** **250** 33,52 14,57 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 2196 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 3300

Kommentar: Die Nr. 2196 ist bei Eingriffen an demselben Gelenk in Rahmen derselben Sitzung nur einmal abrechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 2196 sind die Nrn. 2189 – 2191, 2193 abrechenbar.

IV Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen:

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

Auf einen Blick:

Abrechnung der Behandlung bei verschiedenen Gelenkluxationen

Gelenk	Einrenkung Luxation	Einrenkung alte Luxation	Einrenkung operativ	Einrenkung operativ mit Span u./o. Osteosynthese u./o. Osteotomie u./o. Kapselbandrekonstruktion
Finger-Gelenke	**2205**	**2206**	**2210**	
Daumen-Gelenk	**2207**	**2208**	**2209**	
Hand-Gelenk	**2211**	**2212**	**2213**	
Ellenbogen-Gelenk	**2214**	**2216**	**2216**	
Speichenköpfchen	**2226**			
Schulter-Gelenk	**2217**	**2218**	**2219**	**2220**
Schlüsselbein-Gelenk	**2221**	**2222**	**2223**	**2224/2225**
Brustbein-Schlüsselbein-Gelenk	**2226**			
Wirbel-Gelenke	**2203**	**2204**		
Hüft-Gelenk	**2231**	**2232 / 2233 / 2234**	**2236 / 2239**	**2236 / 2237 / 2238 / 2240 / 2241**
Knie-Gelenk	**2214 / 2235**	**2215**	**2216**	
Kniescheibe	**2221**	**2222**	**2230**	
Meniskus	**2226**			
Fuß-Gelenk	**2211**	**2212**	**2213**	
Zeh-Gelenke	**2205**	**2206**	**2210**	

2203 **Einrenkung der Luxation von Wirbelgelenken im Durchhang** **739** 99,07 43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 2203 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2204

2204 **Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang** **1110** 148,81 64,70 226,45

Kommentar: **Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2205	**Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks**	**93** 5,42	12,47 18,97
Ausschluss:	Neben Nr. 2205 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2206 – 2210		
2206	**Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks**	**140** 8,16	18,77 28,56
Ausschluss:	Neben Nr. 2206 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2205, 2208, 2209, 2210		
Kommentar:	**Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2207	**Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks**	**148** 8,63	19,84 30,19
Ausschluss:	Neben Nr. 2207 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2205, 2206, 2208, 2209, 2210		
2208	**Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks**	**220** 12,82	29,49 44,88
Ausschluss:	Neben Nr. 2208 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2205, 2206, 2207, 2209, 2210		
Kommentar:	**Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2209	**Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks einschließlich Anlegen eines Drahtzuges**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2209 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2205, 2206, 2207, 2208, 2210		
2210	**Operative Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks**	**407** 23,72	54,56 83,03
Ausschluss:	Neben Nr. 2210 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2205, 2206, 2207, 2208, 2209		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2211	**Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks**	**278** 16,20	37,27 56,71
Ausschluss:	Neben Nr. 2211 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2212, 2213		
2212	**Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks**	**420** 24,48	56,31 85,68
Ausschluss:	Neben Nr. 2212 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2211, 2213		
2213	**Operative Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2213 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2211, 2212		
2214	**Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2214 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2215, 2216, 2235		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2215	**Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks**	**540** 31,48	72,39 110,16
Ausschluss:	Neben Nr. 2215 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2214, 2216, 2235		
2216	**Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2216 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2214, 2215, 2235		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2217	**Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2217 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2218, 2219, 2220		
2218	**Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks**	**540** 31,48	72,39 110,16
Ausschluss:	Neben Nr. 2218 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2217, 2219, 2220		
Kommentar:	**Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2219	**Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2219 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2217, 2218, 2220		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2220	**Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung**	**2250** 131,15	301,64 459,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2220 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2217 – 2219 (dasselbe Schultergelenk), 2255		
Tipp:	• Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen! • Die Spanentnahme ist gesondert abzurechnen.		
2221	**Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe**	**111** 6,47	14,88 22,64
Ausschluss:	Neben Nr. 2221 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2222, 2223, 2224, 2225, 2230		
2222	**Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe**	**170** 9,91	22,79 34,68
Ausschluss:	Neben Nr. 2222 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2221, 2223 – 2225 (Schlüsselbeingelenk), 2230 (Kniescheibe)		
Kommentar:	**Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2223	**Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks**	**400** 23,31	53,62 81,60
Ausschluss:	Neben Nr. 2223 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2221, 2222, 2224, 2225		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2224	**Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 2224 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2221, 2222, 2223, 2225		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2225	**Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2225 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2221, 2222, 2223, 2224		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2226	**Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks**	**120** 6,99	16,09 24,48
2230	**Operation der Luxation einer Kniescheibe**	**900** 52,46	120,65 183,60
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2231	**Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 2231 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2232, 2233, 2234, 2236, 2237, 2238, 2240, 2241		
2232	**Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2232 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2165, 2231, 2233, 2234, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241		
Kommentar:	**Brück** gibt an, ...„dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2233	**Einrenkung der angeborenen Luxation eine Hüftgelenks**	**550** 32,06	73,73 112,20
Ausschluss:	Neben Nr. 2233 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2165, 2231, 2232, 2239, 2240, 2241		
2234	**Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlaufe der Therapie nach Nummer 2233**	**473** 27,57	63,41 96,49
Ausschluss:	Neben Nr. 2234 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2231, 2232, 2239, 2240, 2241		
2235	**Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 2235 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2215, 2216		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2236	**Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation – einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates –**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2236 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2231, 2232, 2237, 2238		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2237	**Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/oder der Hüftpfanne – einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2237 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2231, 2232, 2236, 2238		
2238	**Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 – einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben –**	**3230** 188,27	433,02 658,94
Ausschluss:	Neben Nr. 2238 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2102, 2231, 2232, 2236, 2238, 2583, 2584, 2586, 2587, 2588		
2239	**Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2239 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2231, 2232, 2233, 2234, 2240, 2241		
2240	**Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik – auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2240 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2148, 2149, 2231, 2232, 2233, 2234, 2239, 2241, 2251, 2255		
2241	**Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2241 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2148, 2149, 2231, 2232, 2233, 2234, 2239, 2240, 2251, 2255		

V Knochenchirurgie

2250	**Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2250 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2081, 2256, 2260, 2273		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge z.B. Nr. 440, NR. 441.		
2251	**Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese**	**1290** 75,19	172,94 263,17
Ausschluss:	Neben Nr. 2251 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2252, 2274, 2275, 2276		
2252	**Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2252 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2251, 2274, 2275, 2276		

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach | 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

2253 Knochenspanentnahme

647 86,74
37,71 131,99

Ausschluss: Neben Nr. 2253 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 2050, 2131, 2250, 2254, 2255, 2263, 2265, 2269, 2284, 2285, 2286, 2290

Beschluss BÄK: Siehe bei Nr. 1448

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

2253 analog 1. Plast. Wiederaufbau des Nasenrückens nach Vor-OP o. Dysplasien oder 2. Verwendung v. autologem Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 GOÄ- (analog Nr. 2253 GOÄ) – Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsauschusses bei der BÄK

647 86,74
37,71 131,99

2254 Implantation von Knochen

739 99,07
43,07 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 2254 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 200, 2132, 2149, 2253, 2255, 2263, 2265, 2268, 2269, 2284, 2285, 2286, 2290

Hinweis BÄK: **Spongioplastik nach Nr. 2254 oder Nr. 2255 neben Nr. 2153**
Bei Vorliegen größerer flächenhafter Erosionen oder von Knochenzysten ist eine spongioplastische Verbesserung des Endoprothesenlagers medizinisch empfehlenswert. Die Leistung ist Nr. 2254 zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. 2153 berechnungsfähig, bei besonderer Begründung bis maximal dreimal im Behandlungsfall.
Der Wiederaufbau einer Gelenkfläche durch Einfügen eines Knochenkeils (sog. Wedge) oder die Wiederherstellung der Gelenkfläche als Voraussetzung zur Implantation ist Nr. 2255 zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. 2153 einmal berechnungsfähig.
Die Versetzung der Tuberositas tibiae zur Behandlung der Patella-Luxation zählt nicht zu den in dieser Empfehlung eingeschlossenen spongioplastischen Maßnahmen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

2255 Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2255 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2132, 2149, 2253, 2254, 2256, 2263, 2265, 2268, 2269, 2284, 2285, 2286, 2290

Hinweis BÄK: Siehe Hinweis zu Nr. 2254

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 2255 beinhaltet die Entnahme und die Einpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen.

2256 Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen

463 62,07
26,99 94,45

Ausschluss: Neben Nr. 2256 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2081, 2265, 2295, 2296, 2297

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 1448

Analog: Nr. 2256 analog für Patellaglättung zur Meniskus-OP, Abrasio Patella

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2256 analog	**Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums, aber nicht neben Nr. 1447 bzw. 1448 GOÄ – (analog Nr. 2256 GOÄ) – n. Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsauschusses bei der BÄK**	**463** 26,99	62,07 94,45
2257	**Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen**	**800** 46,63	107,25 163,20
Analog:	Nr. 2257 analog für die Entfernung einer Knochenzyste oder eines kleinen umschriebenen Knochentumors ansetzen		
2258 analog	**Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten neben Nr. 2151**	**1200** 69,94	160,87 244,81
2258	**Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken**	**1200** 69,94	160,87 244,81
2259	**Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Analog:	Nr. 2259 analog für Knochenaufmeißelung mehrerer Wirbelkörper ansetzen.		
2260	**Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese –**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2260 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2081, 2250, 2256, 2273		
Beschluss BÄK:	**Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK –** Dt. Ärzteblatt 11/02 **Komplexe Umstellungsosteotomie nach Nr. 2260** Bei höhergradigen Valgus-Fehlstellungen kann neben dem komplexen Weichteileingriff nach Nr. **2135** eine komplexe Umstellungsosteotomie am Os metatarsiale I (beispielsweise Operationen nach Scarf, Shevron oder „open-closed-wedge"-Basis-Osteotomie) erforderlich sein. In diesen Fällen ist die Nr. **2260** (Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschl. Osteosynthese, 1850 Punkte) neben der Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I berechnungsfähig. Bei gelenkerhaltendem Vorgehen kann neben Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I und ggf. Nr. 2260 für die komplexe Umstellungsosteotomie am Metatarsale I in besonderen, medizinisch begründeten Fällen (beispielsweise bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen) eine Bursektomie, Synovektomie und/oder Osteotomie am Grundgelenk D I (Operation nach Akin) erforderlich sein. In diesen Fällen ist bei Erläuterung der besonderen Indikation die jeweilige zusätzlich durchgeführte Maßnahme als selbstständige Leistung neben der gelenkerhaltenden Hallux-valgus-Operation (nach Nr. 2135 analog und ggf. Nr. 2260) berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2263	**Resektion eines kleinen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils – mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation) –**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Ausschluss:	Neben Nr. 2263 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2265	**Resektion eines großen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzungen (z.B. Beispiel bei Tumorexstirpation) –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2265 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255, 2256.		
Analog:	Nr. 2265 analog für die Resektion eines Wirbelkörpers ansetzen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2266	**Resektion eines Darmbeinknochens**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2266 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2253, 2254, 2255		
2267	**Knochenzerbrechung**	**463** 26,99	62,07 94,45
Beschluss BÄK:	Siehe bei Nr. 1448		
2268	**Operativer Ersatz des Os lunatum durch Implantat**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2269	**Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2273	**Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Anbringung eines Distraktors –**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2273 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2044, 2081, 2250, 2256, 2260		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2274	**Osteotomie eines großen Röhrenknochens – einschließlich Anbringung eines Distraktors –**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2274 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2126, 2251, 2252, 2275, 2276		
2275	**Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie**	**2310** 134,64	309,68 471,25
Ausschluss:	Neben Nr. 2275 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2251, 2252, 2274, 2276		
2276	**Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2276 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2251, 2252 (im gleichen OP-Bereich), 2274, 2275		
2277	**Redressement einer Beinverkrümmung**	**567** 33,05	76,01 115,67
2278	**Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)**	**3500** 204,01	469,21 714,02
2279	**Chemonukleolyse**	**600** 34,97	80,44 122,40
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2280	**Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen**	**1135** 66,16	152,16 231,55

Ausschluss: Neben Nr. 2280 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2286, 2287

2281	**Perkutane Nukleotomie (z.B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)**	**1400** 81,60	187,69 285,61

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Gebühren für Racz-Kathetermethode**
http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4289.9875
Dr. jur. Marlis Hübner – in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 43 (28.10.2011), S. A-2306
Gestritten wird häufiger über die Frage, für welche neuen Behandlungsmethoden und in welchem Umfang die Kosten durch einen privaten Krankenversicherer zu tragen sind. In diesem Fall, der durch das OLG Stuttgart mit Urteil vom 19. November 2009 (Az.: 7 U 60/09) entschieden wurde, bestand Streit wegen der Übernahme von Kosten aus einer Krankheitskostenzusatzversicherung. Dem Versicherten wurde eine Zusage für einen stationären Krankenhausaufenthalt für tarifliche Versicherungsleistungen bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung nach den Grundsätzen der GOÄ erteilt.
Es erfolgte eine minimal-invasive epidurale Neurolyse und Neuroplastik der Lendenwirbelsäule (Kathetermethode nach der Racz-Technik). Die darüber hinaus erbrachten Leistungen (minimal-invasive perkutane selektive Thermokoagulation bei fünf Facettengelenken der Lendenwirbelsäule sowie dem Iliosakralgelenk und eine perkutane nonendoskopische Laserdiskusnukleotomie mit Diskographie an den Bandscheiben) wurden nicht erstattet. Begründet wurde dies im Wesentlichen mit der nahezu zeitgleichen Durchführung aller drei Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig gewesen seien. Vielmehr hätten sich die Risiken in unangemessener Weise potenziert. Eine Effizienzkontrolle der Behandlung mit der Racz-Methode wäre zunächst angezeigt gewesen.
Das Gericht urteilte, dass im gegebenen Fall ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung mit der Racz-Methode bestand, weil es sich um eine medizinisch notwendige Heilbehandlung handelte. Medizinisch notwendig ist eine Heilbehandlung, die auf eine Heilung, Besserung oder Linderung der Krankheit abzielt oder auf eine Verhinderung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet ist. Die durchgeführte Behandlung mit dieser Methode führte bereits nach einer zwei- bis dreitägigen Behandlung zu einer Schmerzlinderung. Entscheidend war zudem, dass der Versicherer die Kostenerstattung für solche Behandlungsmethoden zugesagt hatte, weil im konkreten Krankheitsfall keine schulmedizinische Methode zur Verfügung stand. Auch der im Verfahren befragte Sachverständige bestätigte die Nachvollziehbarkeit der Racz-Methode bei dem Krankheitsbild des Patienten. Streitig war die konkrete Abrechnung nach der GOÄ. Das OLG sah in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen die Abrechnung folgender GOÄ-Ziffern für die Behandlung nach der Racz-Methode als zutreffend an: a) Ziffer 474 für das Legen des Racz-Katheters; b) Ziffer 256 für die jeweilige Injektion der Medikamente über den Katheter; c) Ziffer A 2281 für die Racz-Methode, und zwar mit einem 3,5fachen Faktor für das Weiterschieben der Sonde, um eine weitere Stelle zu behandeln; d) zusätzlich zu der Ziffer A 2281 für das genaue Platzieren und Vorschieben der Sonde die Ziffern A 5280 und 5295.
Der Sachverständige hatte unter anderem dargelegt, dass die Leistung bei der Racz-Methode nach Art und Umfang der Leistung mit Ziffer 2281 (perkutane Nukleotomie, zum Beispiel Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren) und nicht mit der Ziffer 2577 (eine aufwendige Operation an der offenen Wirbelsäule) vergleichbar ist.
Da eine tägliche neurologische Untersuchung nicht medizinisch notwendig war, wurde die Abrechnung der Ziffer 800 nur am Beginn und Ende der Behandlung zugestanden. Neben den GOÄ-Ziffern für die erbrachten Leistungen sind die Medikamente abrechnungsfähig.

Rechtsprechung: **Gebühren für Racz-Kathetermethode – Erstattungspflicht einer PKV**
Die Racz-Kathetermethode ist eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne der §§ 1 Abs. 2, 4 Abs. 6 MB/KK 95 der privaten Versicherer, zumal dann, wenn die Versicherer die Übernahme von Kosten von Heilmethoden zugesagt haben, die sich in der Praxis ebenso bewährt haben wie Behandlungsmethoden der Schulmedizin. Die ärztlichen Leistungen bei der Racz-Kathetermethode sind nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ aufgeführt; daher ist eine Analogbewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ vorzunehmen. Es können abgerechnet werden: Nrn. 2281 und 5280 GOÄ analog; dazu noch die Nr. 5295 GOÄ.
Aktenzeichen: OLG Stuttgart, 19.11.2009, AZ: 7 U 60/09
Entscheidungsjahr: 2009

Tipp:
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!
- Ggf. Nr. 2283, wenn es sich um mehrere Segmente handelt.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2282	**Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapsabtragung und Bandscheibenausräumung**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2282 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2283, 2565, 2566, 2583, 2584		
Kommentar:	Ist eine Operation in mehreren Segmenten erforderlich, so ist dafür die Nr. 2283 anzusetzen. Stellt sich beim Eingriff heraus, dass z.B. wegen starker Verwachsungen die Operation schwieriger und zeitaufwendiger wird, so kann dies nur über eine Erhöhung des Multiplikators ausgeglichen werden, da die Leistungen nach Nr. 2282 und 2283 Komplexleistungen mit allen erforderlichen Teilschritten (z.B. Osteotomien, Sehnen- und Muskeldurchtrennung, Präparationen von Nerven) darstellen.		
Tipp:	• Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich bei Verwendung eines OP-Mikroskopes Zuschlag nach Nr. 440 und bei Anwendung eines Lasers Zuschlag nach Nr. 441 abrechenbar! • Ggf. Nr. 2283, wenn es sich um mehrere Segmente handelt. • Nr. 2281 ist für die perkutane Lasernukleotomie abzurechnen.		
2283	**Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei bis drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2283 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2565, 2566, 2583, 2584		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 2282		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, zusätzlich bei Verwendung eines OP-Mikroskopes Zuschlag nach Nr. 440 und bei Anwendung eines Lasers Zuschlag nach Nr. 441 abrechenbar!		
2284	**Stabilisierende operative Maßnahmen (z.B. Knocheneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials) – zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2284 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255		
Tipp:	Neben Nr. 2284 sind Nrn. 2282, 2283 abrechenbar.		
2285	**Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes – einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material als alleinige Leistung –**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2285 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255, 2284		
2286	**Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese – einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material –**	**2500** 145,72	335,15 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2286 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255, 2284, 2285		
2287	**Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2287 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255, 2284, 2285		
2288	**Osteotomie am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287**	**550** 32,06	73,73 112,20
Tipp:	Neben Nr. 2288 sind Nrn. 2286, 2287 abrechenbar.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2289	**Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung – einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung –**	**4000** 233,15	536,24 816,02
2290	**Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang – auch mit Knocheneinpflanzung –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
2291	**Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose**	**920** 53,62	123,34 187,69
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2292	**Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2292 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2990, 3135		
2293	**Operation einer Steißbeinfistel**	**370** 21,57	49,60 75,48
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2294	**Steißbeinresektion**	**554** 32,29	74,27 113,02
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2295	**Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus**	**463** 26,99	62,07 94,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2295 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2296, 2297		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2296	**Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2296 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072 – 2076, 2080, 2081, 2296, 2297		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2297	**Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296**	**1180** 68,78	158,19 240,73
Ausschluss:	Neben Nr. 2297 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2072 – 2076, 2080, 2081, 2110, 2134, 2295, 2296		
Beschluss BÄK:	**Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses der BÄK –** Dt. Ärzteblatt 11/02 **Neuere Operationstechniken bei Hallux valgus** Die Entwicklung neuerer Operationstechniken in der Fußchirurgie ermöglicht im Gegensatz zu den gelenkopfernden älteren Operationsmethoden, beispielsweise nach Keller-Brandes, funktionell bessere Ergebisse bei der Behandlung des Hallux valgus durch Erhaltung des Metatarsophalangealgelenkes (MTP I). Die Erhaltung des Metatarsophalangealgelenkes stellt ein neues Leistungsziel bei der operativen Behandlung des Hallux valgus dar. Je nach Stadium der Valgus-Fehlstellung sind zwecks Korrektur komplexe Weichteileingriffe (von medialem und/oder lateralem Zugangsweg aus) und/oder Umstellungsosteotomien am Os metatarsale I (beispielsweise Umstellungs-Osteotomie nach Scarf, Shevron oder „open-closed-wedge"-Basis-Osteotomie) erforderlich. Hinsichtlich Art, Aufwand, Schwierigkeitsgrad und Leistungsziel (Gelenkerhaltung anstelle Gelenkresektion) lassen sich die gelenkerhaltenden Operationstechniken **nicht anhand der Gebührenposition Nr. 2297** abbilden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

VI Frakturbehandlung

Auf einen Blick: Frakturbehandlung

Knochen	Einrichtung (Reposition)	Einrichtung einschl. Nagelung u./o. Drahtung/ Drahtnaht/Drahtumschlingung	dasselbe bei offenem Knochenbruch	Osteosynthese, operativ	Verschraubung
Aufrichtung Wirbel (Durchhang)	**2322**	–	–	**2285**	–
Schlüsselbein	**2324**	**2325**	–	–	–
Schulterblatt	**2326**	–	–	–	–
Brustbein	**2326**	–	–	–	–
Oberarmknochen	**2327**	**2349**	**2350**	–	–
Olekranon	–	–	–	–	**2340**
Unterarmknochen	**2328**	**2349**	**2350**	–	–
Handwurzelknochen	**2331**	–	–	–	–
Mittelhand	**2331**	**2347**	**2348**	–	–
Grundglieder Fingerknochen	**2338**	**2060***	–	**2338a**	–
Mittelglieder Fingerknochen	**2338**	**2060***	–	–	–
Endgliedknochen Finger	**2337**	**2060***	–	–	–
Becken	**2329**	–	–	–	–
Oberschenkelknochen	**2330**	**2349**	**2350**	–	–
Tibiakopf	–	–	–	–	**2345**
Schenkelhals	–	**2351**	**2352**	–	**2351**
Kniescheibe	**2335**	**2336**	–	–	**2344**
Unterschenkelknochen	**2335**	**2349**	**2350**	–	–
Innenknöchel	–	–	–	–	**2340**
Außenknöchel	–	–	–	–	**2340**
Fußwurzel	**2331**	–	–	–	–

2320 **Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade – gegebenenfalls einschließlich Wundverband –** **189** 25,34
11,02 38,56

Ausschluss: Neben Nr. 2320 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1425 – 1430

2321 **Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband –** **227** 30,43
13,23 46,31

2322 **Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang** **757** 101,48
44,12 154,43

Ausschluss: Neben Nr. 2322 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3305, 3306

Kommentar: Das in der Leistungslegende beschriebene Verfahren lässt sich nicht im Halswirbelsäulenbereich anwenden. Daraus ergibt sich, dass bei Frakturen der HWS und zusätzlich der BWS oder LWS die Erbringung der Leistungen nach Nr. 2322 und 2323 nebeneinander nötig und auch abrechenbar sein kann.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2323	**Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer**	**757** 44,12	101,48 154,43
Ausschluss:	Neben Nr. 2323 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3305, 3306		
Kommentar:	Das in der Leistungslegende beschriebene Verfahren lässt sich nicht im Halswirbelsäulenbereich anwenden. Daraus ergibt sich, dass bei Frakturen der HWS und zusätzlich der BWS oder LWS die Erbringung der Leistungen nach Nr. 2322 und 2323 nebeneinander nötig und auch abrechenbar sein kann.		
2324	**Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins**	**152** 8,86	20,38 31,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2324 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2325		
2325	**Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins – einschließlich Nagelung und/oder Drahtung**	**567** 33,05	76,01 115,67
Ausschluss:	Neben Nr. 2325 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2237, 2238, 2324		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2326	**Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins**	**227** 13,23	30,43 46,31
2327	**Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens**	**473** 27,57	63,41 96,49
Ausschluss:	Neben Nr. 2327 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2350		
2328	**Einrichtung gebrochener Unterarmknochen**	**341** 19,88	45,71 69,57
Ausschluss:	Neben Nr. 2328 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2350		
2329	**Einrichtung des gebrochenen Beckens**	**473** 27,57	63,41 96,49
Kommentar:	Auch bei mehreren Frakturen des Beckens ist die Leistung nach Nr. 2329 nur einmal abrechenbar. Besondere Schwierigkeiten bei der Einrichtung müssen über einen erhöhten Multiplikator berechnet werden.		
2330	**Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens**	**757** 44,12	101,48 154,43
Ausschluss:	Neben Nr. 2330 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2350, 2351, 2352		
2331	**Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes**	**227** 13,23	30,43 46,31
Ausschluss:	Neben Nr. 2331 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2347, 2348		
2332	**Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen**	**2500** 145,72	335,15 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2332 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2333		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2333	**Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2333 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2332		
2334	**Operative Stabilisierung einer Brustwandseite**	**2800** 163,20	375,37 571,22
2335	**Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen**	**473** 27,57	63,41 96,49
Ausschluss:	Neben Nr. 2335 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2336, 2340, 2344, 2345, 2349, 2350		
2336	**Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe – auch mit Fremdmaterial –**	**650** 37,89	87,14 132,60
Ausschluss:	Neben Nr. 2336 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2335, 2340, 2344, 2345, 2349, 2350		
2337	**Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen**	**76** 4,43	10,19 15,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2337 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2338, 2338a, 2339		
2338	**Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedern der Fingerknochen**	**152** 8,86	20,38 31,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2338 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2337, 2339		
2338a	**Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers – einschließlich Fixation durch Osteosynthese –**	**185** 10,78	24,80 37,74
Ausschluss:	Neben Nr. 2338a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2337, 2339		
Beschluss BÄK:	**Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer** **Keine Nebeneinanderberechnung von Einrichtungen und Osteosynthese bei Knochenfraktur** (15. Sitzung vom 21. Juli 1998) Gesonderte Positionen für die „Einrichtung“ neben einer Osteosynthese sind auch dann nicht berechenbar, wenn sie in der Leistungslegende der Osteosynthese nicht ausdrücklich genannt sind.		
2339	**Einrichtung den gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese**	**379** 22,09	50,81 77,32
Ausschluss:	Neben Nr. 2339 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2337, 2338		
Beschluss BÄK:	Siehe Beschluss zu Nr. 2338a		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2340	**Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches**	**554** 32,29	74,27 113,02
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2344 analog	**Patellarückflächenersatz neben Nr. 2153 (analog Nr. 2344 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**	**1110** 64,70	148,81 226,45

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2344	**Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK – Dt. Ärzteblatt 11/02**
Patellarückflächenersatz analog 2344 neben Nr. 2153
Wird neben Nr. 2153 ein Patellarückflächenersatz oder eine Patella-Rekonstruktion (durch Osteotomie bzw. Firstung) durchgeführt, so ist diese analog nach Nr. **2344** (Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe oder Teilextirpation, 1110 Punkte) als selbstständige Leistung berechnungsfähig.
Der Patellarückflächenersatz ist kein methodisch notwendiger Bestandteil der Implantation einer Kniegelenksendoprothese nach Nr. **2153.** Es handelt sich hierbei um einen fakultativ notwendigen Eingriff bei gleichzeitigem Vorliegen eines femoropatellaren Syndroms oder einen auch aus anderen medizinischen Gründen notwendigen selbständigen Eingriff.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2345	**Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches**	**924** 53,86	123,87 188,50

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2346	**Beck'sche Bohrung**	**278** 16,20	37,27 56,71

2347	**Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß)**	**370** 21,57	49,60 75,48

Ausschluss: Neben Nr. 2347 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2348

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2348	**Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z.B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch**	**555** 32,35	74,40 113,22

Ausschluss: Neben Nr. 2348 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2347

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2349	**Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens**	**1110** 64,70	148,81 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2349 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2350, 2351, 2352

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2350	**Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch**	**1660** 96,76	222,54 338,65

Ausschluss: Neben Nr. 2350 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2351, 2352

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Verdrahtung des Sternums
Für die Verdrahtung des Sternums bei Abschluss der Operation kann Nr. **2350** GOÄ (Verdrahtung eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch) nicht eigenständig berechnet werden. Nur nicht eigenständig berechnet werden. Nur wenn bei Sternumdehiszens eine erneute Stabilisierung des Sternums erforderlich wird, ist dieser glücklicherweise seltene Vorgang eigenständig und berechenbar.
Zutreffend ist in der Regel Nr. **2355** GOÄ (operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs) in seltenen Fällen zum Beispiel der Plattenosteosynthese auch Nr. **2356** GOÄ.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2351	**Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2351 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2350, 2352		
2352	**Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 2352 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2349, 2350, 2351		
2353	**Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen**	**185** 10,78	24,80 37,74
2354	**Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen**	**370** 21,57	49,60 75,48
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen,!		
2355	**Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2355 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2356		
Beschluss BÄK:	Siehe Beschluss zu Nr. 2350		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2356	**Operative Stabilisierung einer Pneudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan –**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2356 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2253, 2254, 2255, 2355		
Beschluss BÄK:	Siehe Beschluss zu Nr. 2350		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2357	**Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2357 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2148, 2149		
2358	**Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge**	**2100** 122,40	281,53 428,41

VII Chirurgie der Körperoberfläche

2380	**Überpflanzung von Epidermisstücken**	**310** 18,07	41,56 63,24
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2381	**Einfache Hautlappenplastik**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2381 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2415, 2571, 2572, 2584		
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	► **„Einfache Hautlappenplastik“** Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 20 (16.05.2008), S. A-1088		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält zahlreiche Gebührenpositionen zu verschiedenen Hautlappenplastiken, deren Leistungsinhalt oft unterschiedlich interpretiert wird. Viele Leistungspositionen des Abschnitts Oberflächenchirurgie entsprechen (da aus der E-AdGO 1978 übernommen) nicht mehr dem Stand der heutigen Technik. Eine häufig gestellte Frage ist, welche Leistung erbracht werden muss, um den Inhalt der Nummer 2381 GOÄ „Einfache Hautlappenplastik“ zu erfüllen. In den diversen Kommentierungen zur GOÄ werden dazu auf den ersten Blick unterschiedlichen Auffassungen vertreten.
Eine „Hautlappenplastik“ ist medizinisch definiert als eine ein- oder zweizeitige Plastik von körpereigenen Hautlappen aus der Nachbarschaft oder aus entfernten Körperbereichen. Bei einer Hautlappenplastik erfolgt zuerst das Einschneiden der Haut, die Haut wird dann bis auf einen verbleibenden Lappenstiel vom Subkutangewebe abgetrennt, um einen oder mehrere Hautlappen zu erhalten. Diese Ablösung vom Untergrund geschieht, damit der/die Hautlappen gedreht, geschwenkt oder anders neu angeordnet werden können. Der oder die Hautlappen beinhalten in der Regel ein oder mehrere versorgende Blutgefäße. Die Z-Plastik stellt beispielsweise eine aufwendigere Hautlappenplastik dar, wo durch z-förmiges Einschneiden der Haut (beispielsweise bei Vorliegen einer Kontraktion der Haut) zwei Lappen gebildet werden, die versetzt wieder aufeinander zugeführt und adaptiert werden. Das Unterminieren (bei)der Wundränder nach einer Exzision eines Hauttumors, welches der spannungsfreien Adaptation der Wundränder dient, ist keine Hautlappenplastik, sondern zählt zum methodisch notwendigen Vorgehen nach der Entfernung eines Hauttumors. Eine Hautlappenplastik im oben genannten Sinn wäre jedoch zusätzlich berechnungsfähig.
Nach der GOÄ können zahlreiche Hautlappenplastiken abgerechnet werden, unter anderem die Nummer (Nr.) 2381 GOÄ „Einfache Hautlappenplastik“ und die Nr. 2382 „Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation“. Die Bildung von zwei Hautlappen bei einer „alten Schlitzohr-Verletzung“ (Ausreißen eines Ohrrings aus dem Ohrläppchen und schiefes Aneinanderwachsen der Wundränder) würde sicher unter die „Einfache Hautlappenplastik“ nach der Nr. 2381 GOÄ fallen. Eine Z-Plastik stellt in der Regel eine schwierigere und zeitaufwendigere Leistung dar, die eher der Nr. 2382 GOÄ zuzuordnen wäre. Auch die Spalthauttransplantation ist wegen der Leistungslegende unzweifelhaft der Nr. 2382 GOÄ zuzuordnen. Dabei gilt, dass entweder die Nr. 2381 GOÄ oder die Nr. 2382 GOÄ für eine Wunde infrage kommen und diese Gebührenposition bezogen auf diese Wunde auch nur einmal je Sitzung abgerechnet werden kann. Die Überpflanzung von Epidermisstücken (beispielsweise nach Reverdin) bei schlecht heilenden Wunden nach Nr. 2380 GOÄ ist heute durch neue Verfahren wie den Einsatz eines Vakuumverbands weitgehend überholt.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2382 Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation – **739** 99,07 / 43,07 / 150,76

Ausschluss: Neben Nr. 2382 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1449, 1450, 2415, 2571, 2572, 2584

Kommentar: Die Nr. 2582 kann **nur** als Zielleistung – d.h. selbstständioge Leistung – berechnet werden und nicht im Zusammenhang mit anderen Operationen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2382 analog Schleimhautschonende plast. OP an der Nasenmuschel (z.B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode, bei gegebener Indikation neben Nrn. 1447 u. 1448 GOÄ – (analog Nr. 2382 GOÄ) – Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsfragen bei der BÄK **739** 99,07 / 43,07 / 150,76

2383 Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle – **1000** 134,06 / 58,29 / 204,01

Ausschluss: Neben Nr. 2383 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2043, 2044, 2417, 2418

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2384 Knorpeltransplantation, z.B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe **739** 99,07 / 43,07 / 150,76

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2385 Transpiantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermofett-Transplantates – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle – **1200** 160,87 / 69,94 / 244,81

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2386	**Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung –**	**688** 40,10	92,23 140,36
Ausschluss:	Neben Nr. 2386 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1319, 1326, 1327, 1328		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2390	**Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten**	**1330** 77,52	178,30 271,33
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge nach Nrn. 440, 441.		
2391	**Freie Verpflanzung eines Hautlappens, auch mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen**	**1500** 87,43	201,09 306,01
2392	**Anlage eines Rundstiellappens**	**900** 52,46	120,65 183,60
Ausschluss:	Neben Nr. 2392 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2050, 2391, 2392a, 2394		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2392a	**Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung –**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2392a sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2381 – 2383, 2390 – 2392, 2393 – 2395		
Beschluss BÄK:	**Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** **Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen** Die Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen mit Nr. **2005** GOÄ (Versorgung einer großen Wunde ...) neben der Operationsziffer für die Wund- und beziehungsweise Narbenausschneidung ist nicht möglich (unselbständige Leistung nach § 4 Abs. 2 a GOÄ). In seltenen Fällen, wenn tatsächlich eine entsprechende Indikation und Leistung vorliegt, kann Nr. **2392** a GOÄ (Excision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung –) anfallen.		
Kommentar:	Eine große Narbe liegt bei > 3 cm vor.		
IGeL:	Korrektur kosmetisch störender Narben.		
2393	**Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 2393 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2050, 2391, 2392, 2394		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2394	**Implantation eines Rundstiellappens – einschließlich Modellierung am Ort –**	**2200** 128,23	294,93 448,81
Ausschluss:	Neben Nr. 2394 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2050, 2391 – 2393		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2395	**Gekreuzte Beinlappenplastik**	**2500** 145,72	335,15 510,01
2396	**Implantation eines Hautexpanders**	**900** 52,46	120,65 183,60
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2397	**Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung**	**600** 34,97	80,44 122,40
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 2397 kann ausschließlich als selbstständige Leistung berechnet werden und nicht als medizinisch erforderlicher Eingriff im Rahmen irgendwelcher Operationen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2400	**Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche**	**111** 6,47	14,88 22,64
Ausschluss:	Neben Nr. 2400 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1724		
IGeL:	Piercing		
2401	**Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z.B. Haut, Schleimhaut, Lippe)**	**133** 7,75	17,83 27,13
Ausschluss:	Neben Nr. 2401 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 744, 1430, 2084, 2402.		
Kommentar:	Probeexcisionen aus Bindehaut, Ohrmuschel und Vulva sind auch nach Nr. 2401 zu berechnen (**Lang, Schäfer, Stiel, Vogt**).		
2402	**Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (wie Zunge)**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2402 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 678 – 692, 695 – 701, 744, 1103, 1104, 1155, 1156, 1430, 1534, 1786, 1828, 1830, 2084, 2401		
Kommentar:	Bei Probeexcisionen aus Mamma, weichem Darm oder Tonsillen ist nach **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** die Leistung nach Nr. 2402 abzurechnen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.		
2403	**Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst**	**133** 7,75	17,83 27,13
Kommentar:	Die Leistung ist für die Exzision mehrerer Geschwüre auch mehrfach abrechenbar. Die Leistung ist für benigne oder maligne Geschwülste ansetzbar.		
2404	**Exzision einer größeren Geschwulst (wie Ganglion, Faszienge-schwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2404 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2051, 2052, 2405, 2407, 2408		
Kommentar:	Die Leistung ist für die Exzision mehrerer Geschwüre auch mehrfach abrechenbar. Die Leistung ist für benigne oder maligne Geschwülste ansetzbar.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.		
2405	**Entfernung eines Schleimbeutels**	**370** 21,57	49,60 75,48
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.		
2407	**Exzision einer ausgedehnten,auch blutreichen Geschwulst – gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln – und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes**	**2310** 134,64	309,68 471,25
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2408	**Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2410	**Operation eines Mammatumors**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 2410 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2407, 2411, 2412, 2413		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2411	**Absetzen einer Brustdrüse**	**924** 53,86	123,87 188,50
Ausschluss:	Neben Nr. 2411 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2410, 2412, 2413		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2412	**Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur**	**1400** 81,60	187,69 285,61
Ausschluss:	Neben Nr. 2412 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2407, 2408, 2410, 2411, 2413		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2413	**Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumen der regionalen Lymphstromgebiete (Radikaloperation)**	**2310** 134,64	309,68 471,25
Ausschluss:	Neben Nr. 2413 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2407, 2408, 2410, 2411, 2412		
2414	**Reduktionsplastik der Mamma**	**2800** 163,20	375,37 571,22
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
IGeL:	Ästhetische Operation.		
2415	**Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese –**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2415 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2381, 2382, 2416, 2420		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
IGeL:	Ästhetische Operation.		
2416	**Aufbauplastik nach Mammaamputation – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese –**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2416 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2381, 2382, 2415, 2420		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2417	**Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 2417 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2383, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2418		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2418	**Replantation einer verpflanzten Mamille**	**800** 46,63	107,25 163,20
Ausschluss:	Neben Nr. 2418 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2383, 2414, 2415, 2416, 2417		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2419	**Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2420	**Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbständige Leistung**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2421	**Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs**	**600** 34,97	80,44 122,40
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2427	**Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) – auch mit Drainage(n) –**	**400** 23,31	53,62 81,60
Ausschluss:	Neben Nr. 2427 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2032, 2430, 2432		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2428	**Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels**	**80** 4,66	10,72 16,32
Ausschluss:	Neben Nr. 2428 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 1459, 1505 – 1507, 1509, 1511, 2030, 2031, 2429		
Analog:	Nr. 2428 analog für Eröffnung eines oberflächlichen Hämatoms berechnen.		
2429	**Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z.B. bei einem Säugling)**	**220** 12,82	29,49 44,88
Ausschluss:	Neben Nr. 2429 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 2428		
2430	**Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses**	**303** 17,66	40,62 61,81
Ausschluss:	Neben Nr. 2430 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 1509, 1511, 2032, 2427, 2428, 2429, 2509		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.		
2431	**Eröffnung eines Karbunkels – auch mit Exzision –**	**379** 22,09	50,81 77,32
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2432	**Eröffnung einer Phlegmone**	**473** 27,57	63,41 96,49

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

2440	**Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung**	**800** 46,63	107,25 163,20

Ausschluss: Neben Nr. 2440 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2407

Kommentar: Zum Mehrfachansatz der Nr. 2440 für Laserbehandlung des Naevus flammeus führt die Bundesärztekammer in ihrer Auslegung aus: „...Der Bezug in der Legende zur Nr. 2440 ‚je Sitzung' bezieht sich auf einen Arzt/Patienten-Kontakt, keinesfalls auf einen Behandlungstag.
Dabei ergibt sich natürlich das Problem, dass die Anzahl der Sitzungen sachgerecht sein muss, keinesfalls dürfen rein organisatorische Gegebenheiten der Praxis oder gar die Berücksichtigung von Abrechnungsbestimmungen Maßstab für die Anzahl der erforderlichen Sitzungen sein.
Gerade bei der Behandlung von Feuermalen sind in der Regel mehrere Sitzungen erforderlich. Wenn diese zur Schonung des Patienten – gerade Patienten mit Feuermal kommen oftmals von weit her zur Behandlung mit dem nur an wenigen Orten vorhandenen geprüften Farbstoff-Laser – an einem Tag erbracht werden, ist die Nr. 2440 auch entsprechend oft ansetzbar."

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

2440 **analog**	**Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u.a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung bis zu 7 cm² Körperoberfläche, bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von bis zu 50 Impulsen pro Sitzung (analog Nr. 2440 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** 2885, 2886 analog	**800** 46,63	107,25 163,20

Beschluss BÄK: **Nach einem Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer (Dt. Ärzteblatt 1/029) ist** „...bei Anwendung eines gepulsten Farblasers ist der Ersatz der Auslagen des pro Patient verbrauchten Farbstoffes nach § 10 GOÄ möglich.
Eine metrische und fotografische Dokumentation der zu behandelnden Hautläsion vor und nach Anschluss einer dermatologischen Lasertherapie wird empfohlen.
Melanozytäre Naevi sind ausdrücklich von der Laserbehandlung ausgenommen. Bei der Laserbehandlung von Besenreiservarizen ist die jeweils vorgeschriebene Mindest-Impulszahl pro Sitzung zu beachten".
s. unter Nrn. 2885, 2886.
Weitere Hinweise siehe bei Nr. 2885 analog.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Vermeidung unnötiger Abrechnungskonflikte**
Alexander Golfier MBA – Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 51–52 (27.12.2010), S. A2592 – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4145.8901
Zur Frage der korrekten Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Basis der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kommt es zwischen Ärzten und Patienten, insbesondere aber zwischen Ärzten und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Beihilfekostenträger immer wieder zu deutlichen Meinungsverschiedenheiten. Nicht selten münden diese Differenzen in langwierigen juristischen Auseinandersetzungen. Teilweise werden alle Gerichtsinstanzen bis hin zum Bundesgerichtshof durchschritten. Dies verursacht nicht nur immense Kosten, sondern beschädigt mitunter das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt ganz erheblich.
Die aus Sicht der Bundesärztekammer (BÄK) relativ kleine Zahl gerechtfertigter Meinungsverschiedenheiten basiert zu einem erheblichen Teil auf dem bekannten Novellierungsrückstand der GOÄ und dem damit verbundenen Zwang des Ausweichens auf analoge Abrechnungspositionen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ. Manche Auseinandersetzungen resultieren allerdings auch aus der unterschiedlichen Interpretation der Leistungsinhalte von GOÄ-Positionen oder Empfehlungen zu analogen Abrechnungen. Beispielsweise bieten die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen Beschlüsse des BÄK-Ausschusses Gebührenordnung zur dermatologi-

schen Lasertherapie (DÄ, Heft 3/2002) immer wieder Anlass zu Streitigkeiten. Die Empfehlung (Auszug) lautet: „Laserbehandlung und/oder Behandlung mit intensiv gepulstem Licht (IPL) von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen und anderen Hautveränderungen bzw. Hauterkrankungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung bis zu 7 cm^2 (bzw. 7 bis 21 cm^2, bzw. von mehr als 21 cm^2) Körperoberfläche, analog Nr. 2440 GOÄ (bzw. Nr. 2885 GOÄ, bzw. Nr. 2886 GOÄ)“. Zum Ausdruck gebracht werden soll mit diesen Beschlüssen, dass die Laserbehandlung von melanozytären Naevi nicht zum Leistungsinhalt gehört (dies wäre zudem ein ärztlicher Kunstfehler). Explizit nicht ausgeschlossen ist hingegen die Laserbehandlung von aktinischen Präkanzerosen. Die Absetzung des Satzteils „sowie aktinischer Präkanzerosen“ durch Kommata ist zwar korrekt, aber im Sinne einer eineindeutigen Interpretation der GOÄ nicht unbedingt glücklich gewählt. Die nicht zutreffenden Aussagen des GOÄ-Ratgebers „Dermatologische Lasertherapie (1)“ (DÄ, Heft 28–29/2005) zum Ausschluss der aktinischen Präkanzerosen bezüglich der vorgenannten Abrechnungsempfehlungen müssen insofern zurückgenommen werden.
Klar interpretierbare, eineindeutige Leistungsbeschreibungen tragen zweifelsfrei zu einer Reduktion von Abrechnungsstreitigkeiten bei – mithin ein sehr guter Grund, diese Tatsache in einer neuen GOÄ mit besonderer Sorgfalt zu beachten.

► **Analoge Bewertung – Zuschläge für ambulante Operationen**
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 16 (20.04.2007), Seite A-1120 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4289.5142&all=true
Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält in § 6 Absatz 2 ein Selbstergänzungsrecht. So können „selbstständige ärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind“, vom Arzt entsprechend einer nach „Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung“ berechnet werden. Im GOÄ-Ratgeber „Analoge Bewertung – Grundsätzliches und Spezielles“ (DÄ, Heft 10/07) wurde ausführlich darauf eingegangen, dass eine analoge Bewertung die Eigenheiten der in Analogie herangezogenen Gebührenposition wie Gebührenrahmen, Abrechnungsbeschränkungen, Ausschlüsse etc. erbt. Einzelne Fragen im Hinblick auf das „Erben“ der ambulanten Zuschläge für Operationsleistungen wurden erörtert. Zahlreiche Nachfragen zeigten, dass hier weiterer Klärungsbedarf besteht. Bereits Erwähnung fand, dass sich aus der in § 6 Absatz 2 GOÄ geforderten Gleichwertigkeit ergibt, dass das Behandlungsziel zweitrangig sein kann und die analoge Bewertung in erster Linie nach Art, Kosten und Zeitaufwand zu erfolgen hat. Da dieser Grundsatz auch bei Analogbewertungen der Bundesärztekammer und deren Gremien nicht immer Anwendung finden kann, ist in der Folge die Frage der Zuordnung von Zuschlägen zu ambulanten Operationen besonders schwierig. So stellt sich die Frage, ob für die von der Bundesärztekammer empfohlene dermatologische „Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, ...“ analog der Nr. 2440 GOÄ (800 Punkte) die Nr. 444 GOÄ „Zuschlag bei ambulanter Durchführung operativer Leistungen ...“ berechnet werden kann.
Die Nr. 2440 GOÄ („Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung“) ist in der Liste der ambulanten Operationen aufgeführt. In den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt C VIII (Ziffer 1) steht, dass „bei ambulanter Durchführung von Operations-[...]leistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern [...] für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operationsräume [...] und wieder verwendbare Operationsmaterialien oder -geräte) Zuschläge“ berechnet werden können. Für die Berechnung der Zuschläge werden in der GOÄ keine besonderen technischen oder räumlichen Ausstattungen gefordert, sodass man rein gebührenrechtlich aus dem Nutzen oder Nichtnutzen eines„Eingriffsraumes“ nicht schließen kann, dass ein ambulanter Zuschlag berechnet werden kann oder nicht. Vielmehr muss man sich die erbrachte Leistung genau anschauen, und hier ist die Gleichwertigkeit von entscheidender Bedeutung. Ist der durchgeführte Eingriff dem analog herangezogenen, insbesondere in der Art, gleichwertig, so kann man davon ausgehen, dass auch der Verordnungsgeber den Zuschlag für die ambulante Operation als berechnungsfähig ansehen würde. Die „Dermatologische Lasertherapie“ beinhaltet sehr unterschiedliche Leistungen. Für Leistungen, die der Nr. 2440 und damit einer Operation, auch von den Begleitbedingungen, gleichwertig wären, wie beispielsweise die Entfernung von Warzen, müsste der Zuschlag für die ambulante Operation berechungsfähig sein. Leistungen, wie die Epilation oder die Entfernung von Besenreiservarizen sind einer Operation eher unähnlich und wären demnach auch nicht zuschlagsfähig.

IGeL: Analog für Laserbehandlung (z.B. bei Besenreiser, Falten, Tätowierungen).

2441 Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe

400 53,62
23,31 81,60

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

2442 Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung

900 120,65
52,46 183,60

Ausschluss: Neben Nr. 2442 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2396

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, ggf. weitere Zuschläge 440 und 441.

IGeL: Kollagenunterspritzung.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2443	**Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides**	**800** 46,63	107,25 163,20
2444	**Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid**	**300** 17,49	40,22 61,20
2450	**Operation des Rhinophyms**	**600** 34,97	80,44 122,40
2451	**Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung – einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie –**	**2500** 145,72	335,15 510,01
2452	**Exstirpation einer Fettschürze – einschließlich plastischer Deckung des Grundes**	**1400** 81,60	187,69 285,61
Ausschluss:	Neben Nr. 2452 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3283, 3284		
IGeL:	Ästhetische Operation (Fettentfernung mit Bauchdeckenplastik).		
2453	**Operation des Lymphödems einer Extremität**	**2000** 116,57	268,12 408,01
2454	**Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität**	**924** 53,86	123,87 188,50
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
IGeL:	Ästhetische Operation (Fettabsaugung an den Extremitäten).		

VIII Neurochirurgie

2500	**Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2500 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2501, 2508		
2501	**Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels – einschließlich Reimplantation von Knochenstücken –**	**3100** 180,69	415,59 632,42
Ausschluss:	Neben Nr. 2501 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2254, 2255, 2500, 2508		
2502	**Operation eines epiduralen Hämatoms**	**2750** 160,29	368,67 561,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2502 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2397		
2503	**Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom**	**5250** 306,01	703,82 1071,03
Ausschluss:	Neben Nr. 2503 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2397, 2506, 2507, 2508, 2510		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2504	**Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2504 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2503, 2508		
2505	**Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2505 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2397, 2503, 2510		
Kommentar:	Säugling – bis 12. Monat; Kleinkind – bis ca. 12 Jahre.		
2506	**Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung**	**3750** 218,58	502,73 765,02
2507	**Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) – gegebenenfalls einschließlich Drainage –**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2507 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 2032, 2397, 2503, 2506, 2515		
2508	**Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung –**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2508 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2500, 2501, 2503, 2504		
2509	**Totalexstirpation eines Hirnabszesses**	**3750** 218,58	502,73 765,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2509 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2430		
2510	**Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms –**	**4000** 233,15	536,24 816,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2510 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2397, 2503, 2505, 2506		
2515	**Bohrlochtrepanation des Schädels**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2515 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 305, 305a, 306, 2507, 2542		
2516	**Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2516 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2517		
2517	**Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn – einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels –**	**2250** 131,15	301,64 459,01
2518	**Eröffnung der hinteren Schädelgrube**	**2700** 157,38	361,96 550,81
2519	**Trepanation bei Kraniostenose**	**2250** 131,15	301,64 459,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2519 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2515, 2516, 2517, 2525		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2525	**Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose (Kraniostenose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind**	**4000** 233,15	536,24 816,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2525 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2515, 2516, 2517, 2519		
Kommentar:	Säugling – bis 12. Monat; Kleinkind – bis ca. 12 Jahre.		
2526	**Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns**	**3750** 218,58	502,73 765,02
2527	**Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion**	**5250** 306,01	703,82 1071,03
2528	**Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
2529	**Operation einer intrakranialen Gefäßmissbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)**	**8000** 466,30	1072,49 1632,04
2530	**Intrakraniale Embolektomie**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
2531	**Intrakraniale Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
2535	**Resektion einer Gehirnhemisphäre**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
2536	**Resektion eines Gehirnlappens**	**4500** 262,29	603,27 918,02
2537	**Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata**	**6250** 364,30	837,88 1275,03
2538	**Operation einer Enzephalozele der Konvexität**	**3750** 218,58	502,73 765,02
2539	**Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele**	**6250** 364,30	837,88 1275,03
2540	**Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2540 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2541, 2542		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2541	**Ventrikulozisternostomie**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2541 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2540, 2542		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2542	**Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2542 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 305, 305a, 2515, 2540, 2541		
Kommentar:	Nr. 2542 auch für die intraventrikuläre Druckmessung ansetzen.		
2550	**Exstirpation eines Kleinhirntumors**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
2551	**Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
2552	**Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg**	**6250** 364,30	837,88 1275,03
2553	**Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschluß**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
2554	**Plastischer Verschluß eines Knochendefektes im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2554 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2254, 2255		
2555	**Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2555 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284, 2556, 2557		
2556	**Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2556 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284, 2555, 2557, 2574, 2575, 2577		
2557	**Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel – einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen**	**2400** 139,89	321,75 489,61
Ausschluss:	Neben Nr. 2557 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2254, 2255, 2282, 2283, 2284, 2555, 2557, 2574, 2575, 2577		
2560	**Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem**	**3750** 218,58	502,73 765,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2560 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2561		
2561	**Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation**	**4620** 269,29	619,36 942,51
Ausschluss:	Neben Nr. 2561 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2515, 2560, 2570		
2562	**Anatomische Vorausberechnungen (Zielpunktbestimmungen) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 – gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern –**	**2250** 131,15	301,64 459,01

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Computerunterstützte Navigationstechnik und Zielleistungsprinzip**
Martin Ulmer in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 18 (07.05.2010), S. A 866) – http://www.bundesaerzte kammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4176.8273
Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich in einem Urteil vom 21. Januar 2010 (Aktenzeichen III ZR 147/09) erneut mit der Auslegung des Zielleistungsprinzips des § 4 Abs. 2 a der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) befasst. Das Ergebnis muss aus ärztlicher Sicht als unbefriedigend bezeichnet werden.
Strittig war die zusätzliche Abrechnung der „anatomischen Vorausberechnung des Operationsgebiets (Zielpunktbestimmung) und Navigation" über den analogen Ansatz der Nr. 2562 GOÄ im Rahmen des endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks nach der Nr. 2153 GOÄ. Obwohl das Gericht anerkannt hat, dass mit der Bereitstellung und Handhabung dieser Technik ein zusätzlicher Aufwand verbunden ist, der in der Leistungsbewertung der Nr. 2153 nicht berücksichtigt werden konnte (da die Navigation weder bei Inkrafttreten der GOÄ 1982 noch bei der Überarbeitung 1996 bekannt war), wurde die gesonderte Berechnungsfähigkeit abgelehnt. Begründet wurde dies mit dem Hinweis, dass es sich weder um eine selbstständige Leistung gehandelt habe noch um eine zusätzliche diagnostische Maßnahme, die die Notwendigkeit bildgebender Voruntersuchungen (Ultraschall, Röntgen) ersetzen könne, sondern lediglich um eine besondere Ausführungsart der Operation. Nach dem Zielleistungsprinzip der GOÄ könne jedoch für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis sei, eine Gebühr nicht berechnet werden. Insoweit stelle die Navigationstechnik zwar keinen methodisch notwendigen operativen Einzelschritt, aber eine besondere Ausführungsart der Knie-TEP zur Optimierung der Operation dar. Der Eingriff könne jedoch auch ohne Einsatz dieser Technik vorgenommen werden.
Der BGH hat noch einmal darauf verwiesen, dass nach seiner ständigen Rechtsprechung die Selbstständigkeit einer ärztlichen Leistung danach zu beurteilen sei, ob für sie eine eigenständige medizinische Indikation bestehe. Dementsprechend seien insbesondere in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen als nicht berechenbar angesehen worden, deren Zweck darin bestanden habe, beim Erreichen des Operationsziels benachbarte Strukturen zu schonen und nicht zu verletzen. Insoweit wird auf vorangegangene Urteile Bezug genommen, in denen der BGH die Abrechnung von Neurolysen (Nr. 2583 GOÄ) beziehungsweise Gefäßfreilegungen und/oder -unterbindungen (Nr. 2802/2803 GOÄ) im Rahmen einer Schilddrüsenoperation (Nr. 2757 GOÄ) beziehungsweise einer Lobektomie (Nr. 2997 GOÄ) abgelehnt hatte.
Demgegenüber haben verschiedene Amts- und Landgerichte die Auffassung des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer (DÄ, Hefte 3/2002, 45/2002) bestätigt, dass es sich bei der kompletten bis subtotalen Entfernung der Synovialis bei medizinischer Indikation im Rahmen der Hüft- oder Kniegelenkendoprothetik um eine selbstständige Leistung handelt, die auch unter Beachtung des Zielleistungsprinzips des § 4 Abs. 2 a GOÄ die zusätzliche Abrechnung der Nr. 2112 beziehungsweise 2113 GOÄ neben der Nr. 2153 beziehungsweise 2151 GOÄ rechtfertigt. Beispielhaft ist auf die Urteile der Landgerichte Regensburg (Az.: 2 S 78/08), Düsseldorf (Az.: 22 S 69/07 und 22 S 284/04), Münster (Az.: 11 S 4/05), Memmingen (Az.: 1 S 1425/04), Hanau (Az.: 2 S 71/03) und Karlsruhe (Az.: 1 S 106/02) zu verweisen.

Tipp: Neben Nr. 2562 sind Nrn. 2560, 2561 abrechenbar.

2563 Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis

2310 309,68
134,64 471,25

2564 Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark

4800 643,49
279,78 979,23

2565 Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich – einschließlich Foraminotomie – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –

4100 549,65
238,98 836,42

Ausschluss: Neben Nr. 2565 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284

2566 Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich – gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –

3000 402,18
174,86 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 2566 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer**, veröffentlicht im DÄ, Heft 3, 16.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) –
Bandscheibenoperationen und andere neurochirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule
Die Nrn. **2565/2566** sind nur einmal berechnungsfähig, auch wenn rechts- und linksseitig operiert wird. Dies gilt auch, wenn in einer Sitzung Nervenwurzelkompressionen in **bis zu drei** benachbarten Segmenten durchzuführen sind.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Sind jedoch mehr als drei Segmente in einer Sitzung zu behandeln, so ist **ab dem vierten** Segment der Ansatz der Nrn. 2565/2566 ein weiteres Mal gerechtfertigt.

2570 **Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes –** **4500** 603,27 262,29 918,02

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2571 **Operation einer Missbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschluß einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele** **2650** 355,26 154,46 540,61

Ausschluss: Neben Nr. 2571 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2572

2572 **Operation einer Missbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik** **3230** 433,02 188,27 658,94

Ausschluss: Neben Nr. 2572 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2571

2573 **Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584** **500** 67,03 29,14 102,00

2574 **Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal** **2750** 368,67 160,29 561,02

Ausschluss: Neben Nr. 2574 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284, 2555, 2556, 2557, 2577

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer –** veröffentlicht im DÄ, Heft 3 vom 16.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Bandscheibenoperationen und andere neurochirurgische Eingriff an der Wirbelsäule**
Neben der Dekompression der Nervenwurzel (verursacht durch lateralen Bandscheibenvorfall, knöcherne Veränderungen und anderes) nach den Nrn. 2565/2566 können Eingriffe im Wirbelkanal erforderlich sein, die als selbständige Leistungen nach den Nummern 2574 oder 2575 dann neben Nrn. 2565/2566 berechnet werden können, wenn zu diesem Zweck über den Zugang zum Nervenwurzelkanal hinaus weitere operative Zielgebiete, die in einem bildgebenden Verfahren erkennbar völlig außerhalb der operierten Nervenwurzelkanäle im Wirbelkanal liegen, präpariert werden müssen.
Bei der operativen Behandlung einer Spinalkanalstenose ist die Nr. 2574 je Segment berechnungsfähig, ggf. zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 2565/2566. Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 2574 für die operative Sanierung der Spinalkanalstenose ist, dass je Segment von beiden Seiten her operiert wurde. Osteophytenabtragungen können nicht einzeln abgerechnet werden, da diese zum selben Segment zählen.
Die Entfernung eines oder mehrerer in den Spinalkanal versprengter Sequester ist ebenfalls Nr. 2574 zuzuordnen, und ggf. neben Nr. 2565 oder Nr. 2566 berechnungsfähig. Nr. 2574 für die Entfernung eines in den Wirbelkanal versprengten Sequesters ist aber nur dann mehr als einmal berechnungsfähig, wenn eine Ausdehnung über mehr als drei benachbarte Wirbelsegmente vorliegt.
Wurde Nr. 2574 bereits für den operativen Eingriff bei Sinalkanalstenose in einem Segment berechnet, so kann bei Vorliegen bzw. Entfernen eines Sequesters in demselben Segment Nr. 2574 nicht erneut in Ansatz gebracht werden. Der erhöhte Aufwand muss in diesen Fällen über die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors bei Berechnung der Nr. 2574 abgebildet werden.

2575 **Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal** **3500** 469,21 204,01 714,02

Ausschluss: Neben Nr. 2575 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284, 2555, 2556, 2557, 2577

2576 **Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmissbildung oder eines Tumors** **4500** 603,27 262,29 918,02

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2577	**Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses –**	**4000** 233,15	536,24 816,02

Ausschluss: Neben Nr. 2577 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2282, 2283, 2284, 2555, 2556, 2557, 2574, 2575

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer –** veröffentlicht im DÄ, Heft 3 vom 16.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Bandscheibenoperationen und andere neurochirurgische Eingriff an der Wirbelsäule
Eingriffe zur Entfernung raumbeengender epiduraler und anderer extraduraler Prozesse im Wirbelkanal, auch unter dem hinteren Längsband, sind dem Eingriff nach Nr. 2574 zuzuordnen.
Die Berechnung der Nr. 2577 ist aus der Sicht des Zentralen Konsultationsausschusses nur dann angemessen, wenn es sich hierbei um einen Eingriff zur Entfernung eines intra- und extraspinal gelegenen Befundes handelt.

2580	**Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nervens**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 2580 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2565, 2566, 2581, 2584

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK -** Dt. Ärzteblatt 1]/02
Denervation des Kniegelenks nach Nr. 2580
Bei ausgeprägten femoropatellaren Schmerzsyndromen ist häufig, insbesondere dann, wenn kein Patellarückflächenersatz durchgeführt wird, eine zusätzliche Denervation der Patella indiziert, da anders keine befriedigende Schmerzreduktion zu erzielen sein wird. Wird die Denervation nicht zeitversetzt, sondern in gleicher Sitzung neben der Implantation einer Kniegelenksprothese ohne Patellarückflächenersatz durchgeführt, so ist sie als selbstständige Leistung nach Nr. 2580 zu berechnen.

Kommentar: Nach **Wezel / Liebold** können die Abrechnungsnummern für die Freilegung eines Nerven Nrn. 2580 bis 2582 und die Nummern der Neurolyse Nrn. 2583 bis 2584 „...im Zusammenhang mit übergeordneten operativen Eingriffen..." nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441.

2581	**Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminusastes –**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2581 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2580, 2582, 2583, 2584

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 2581 kann nur abgerechnet werden,wenn sie Zielleistung und nicht Bestandteil einer anderen Operation ist.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440 und Nr. 441.

2582	**Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung**	**1800** 104,92	241,31 367,21

Ausschluss: Neben Nr. 2582 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2565, 2566, 2580, 2583, 2584

2583	**Neurolyse, als selbständige Leistung**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 2583 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2565, 2566, 2580, 2581, 2582, 2584, 2585, 2586, 2592, 2593

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 10.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Nerverhaltende radikale Prostatektomie
Die selektive Präparation und Schonung des Gefäßnervenstrangs (Nervi erigentes) bei besonderer Indikationsstellung (Frühstadium des Prostatakarzinoms) ist über die Nr. 2583 – je Seite – berechnungsfähig.
Die Nr. 2583 ist als fakultative Leistung neben Nr. 1784 berechnungsfähig. Abzug der Eröffnungsleistung ist nicht erforderlich.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer vom 26.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Nerverhaltende radikale Prostatektomie
Die Präparation und Schonung des Gefäßnervenstrangs (nervi erigentes) bei besonderer Indikationsstellung (z.B. Frühstadium des Prostatakarzinoms) ist als fakultative, selbständige Leistung neben Nr. 1784 berechnungsfähig und Nr. 2583 analog zuzuordnen (je Seite).
Bei Berechnung von Nr. 2583 analog für die Präparation und Schonung der Nervi erigentes neben Nr. 1784 ist der Abzug der Eröffnungsleistung nicht erforderlich, da es sich in beiden Fällen um extraperitoneale Eingriffe, d.h. Eingriffe ohne Eröffnung der Bauchhöhle handelt.
(Beschlussvorschlag des Ausschusses Gebührenordnung der Bundesärztekammer).

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2584 Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2584 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2571, 2572, 2580, 2581, 2582, 2583, 2594

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer** – veröffentlicht im DÄ, Heft 3, 16.01.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Bandscheibenoperationen und andere neurochirurgische Eingriff an der Wirbelsäule
Die Leistung nach Nr. 2584 ist im Rahmen von Bandscheibenoperationen und anderen Eingriffen zur Beseitigung raumfordernder Prozesse im Bereich der Nervenwurzeln und des Wirbelkanals nicht berechnungsfähig.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2585 Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich

2600 348,56
151,55 530,41

Ausschluss: Neben Nr. 2585 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2583, 2584

Tipp: Neben Nr. 2585 ist Nr. 2582 abrechenbar.

2586 End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung – einschließlich Wundversorgung –

1350 180,98
78,69 275,41

Ausschluss: Neben Nr. 2586 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2585, 2587, 2594

Tipp:
- Daneben sind die anderen erforderlichen Leistungen der Wundversorgung auch abrechnungsfähig.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440

2587 Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven

1850 248,01
107,83 377,41

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2588 Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats

2100 281,53
122,40 428,41

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2589 Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)

2400 321,75
139,89 489,61

Ausschluss: Neben Nr. 2589 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2582

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2590 Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse – auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie –

3000 402,18
174,86 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 2590 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2555, 2556, 2557, 2580, 2583, 2591

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2591	**Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
2592	**Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbständige Leistung**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Ausschluss:	Neben Nr. 2592 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2583, 2584, 2593		
2593	**Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbständige Leistung –**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2593 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2583, 2584, 2592		
2594	**Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht**	**3000** 174,86	402,18 612,02
2595	**Nervenpfropfung**	**1600** 93,26	214,50 326,41
2596	**Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven**	**2400** 139,89	321,75 489,61
Tipp:	Neben Nr. 2596 ist Nr. 2582 abrechenbar.		
2597	**Verödung oder Verknochung des Ganglion Gasseri**	**700** 40,80	93,84 142,80
Ausschluss:	Neben Nr. 2597 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2598		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2598	**Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri**	**1400** 81,60	187,69 285,61
Ausschluss:	Neben Nr. 2598 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2597		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 441!		
2599	**Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis**	**225** 13,11	30,16 45,90
2600	**Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis**	**1500** 87,43	201,09 306,01
2601	**Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2601 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2564		
2602	**Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2602 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2564, 2603		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2603	**Kombinierte thorakolumbale Grenzstrangresektion**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2603 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2564, 2602		
2604	**Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2604 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2564, 2580		

IX Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Abrechnung GOÄ neben GOZ
Für die Kieferchirurgie fällt oft eine „Mischabrechnung“ aus GOÄ und GOZ an. Um für den Patienten eine eindeutige Rechnung zu erstellen werden in der Regel die jeweiligen Gebührenziffern aus der GOÄ mit einem „Ä“ in der Rechnung angegeben, da auch im Gesetzestext der GOZ die Ziffern aus der GOÄ jeweils mit einem „Ä“ versehen sind.
Natürlich ist auch eine Kennzeichnung direkt mit den Abkürzungen der jeweiligen Gebührenordnung möglich z.B. GOÄ oder GOZ.
Zum 1. Januar 2012 tritt eine neue GOZ 2012 in Kraft.

2620	**Operation der isolierten Lippenspalte**	**750** 43,72	100,55 153,00
Ausschluss:	Neben Nr. 2620 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2621, 2622, 2625		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440.		
2621	**Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2621 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2620, 2622, 2625, 2626, 2627		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440.		
2622	**Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte – einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken –**	**9000** 524,59	1206,55 1836,05
Ausschluss:	Neben Nr. 2622 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2620, 2621, 2625, 2626, 2627, 2630, 2720		
2625	**Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum**	**1250** 72,86	167,58 255,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2625 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2620, 2621, 2626, 2627		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440.		
2626	**Velopharyngoplastik**	**2500** 145,72	335,15 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2626 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2621, 2622, 2625, 2627		
2627	**Verschluß des harten und weichen Gaumens**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2627 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2621, 2622, 2625, 2626		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, ggf. dazu Nr. 440!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2630	**Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts – einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik –**	**6000** 349,72	804,36 1224,03
2640	**Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2642	**Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2650	**Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen**	**740** 43,13	99,20 150,96
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2651	**Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer**	**550** 32,06	73,73 112,20
Ausschluss:	Neben Nr. 2651 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2256		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2655	**Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie**	**950** 55,37	127,36 193,81
Ausschluss:	Neben Nr. 2655 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2656, 2657, 2658		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2656	**Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion**	**620** 36,14	83,12 126,48
Ausschluss:	Neben Nr. 2656 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2655, 2657, 2658		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2657	**Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie**	**760** 44,30	101,89 155,04
Ausschluss:	Neben Nr. 2657 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2655, 2656, 2658		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2658	**Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 2658 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2655, 2656, 2657		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2660	**Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung**	**400** 23,31	53,62 81,60
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2670	**Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung**	**500** 29,14	67,03 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 2670 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2671, 2675, 2676		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2671	**Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2575 oder 2576**	**300** 17,49	40,22 61,20
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
2675	**Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**	**850** 49,54	113,95 173,40
Ausschluss:	Neben Nr. 2675 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2677		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2676	**Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer**	**2200** 128,23	294,93 448,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2677	**Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung**	**700** 40,80	93,84 142,80
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2680	**Einrenkung der Luxation des Unterkiefers**	**100** 5,83	13,41 20,40
2681	**Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers**	**400** 23,31	53,62 81,60
Kommentar:	**Brück** gibt an, „...dass als ‚alte Luxation' eine etwa 12 Stunden und länger zurückliegende Luxation anzusehen ist..."		
2682	**Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks**	**1400** 81,60	187,69 285,61
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2685	**Reposition eines Zahnes**	**200** 11,66	26,81 40,80

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2686	**Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes**	**300** 17,49	40,22 61,20
2687	**Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes**	**1300** 75,77	174,28 265,21
Kommentar:	Das Anlegen von Ligaturen, Schrauben, Zügen und Federn ist zusätzlich mit Nr. 2697 abrechenbar. Materialkosten sind nach GOÄ § 10 abzurechnen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2688	**Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung**	**750** 43,72	100,55 153,00
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2690	**Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte**	**1000** 58,29	134,06 204,01
Kommentar:	Osteosynthesematerial ist nach GOÄ § 10 abzurechnen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2691	**Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis**	**3600** 209,83	482,62 734,42
Kommentar:	Neben Nr. 2691 sind auch die Nrn. 2685, 2686, 2688 oder 2690 abrechenbar.		
2692	**Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich – gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Kommentar:	Sind beide Kieferhälften betroffen, kann die Leistung entsprechend 2x berechnet werden. Entfernung des Osteosynthesematerials nach Nr. 2694 berechnen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessenund ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2693	**Operative Reposition und Fixation einer isofierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Kommentar:	Die Leistung kann für jede dislozierte Fraktur jeder Gesichtshälfte 1x berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2694	**Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur**	**450** 26,23	60,33 91,80
Kommentar:	Die Leistung kann für die Entfernung des Material für jede einzelne versorgte Fraktur (nicht für jedes entfernte Osteosynthesematerial) eines Kiefer- oder Gesichtsknochens getrennt berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2695	**Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate**	**2700** 157,38	361,96 550,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2696	**Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig**	**500** 29,14	67,03 102,00
Kommentar:	Abrechnung nur 1x je Kiefer möglich.		
2697	**Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung**	**350** 20,40	46,92 71,40
Kommentar:	Die Leistung kann, wenn beider Kieferhälften oder eine Kieferhälfte und der Frontzahnbereich zu versorgen sind, 2x abgerechnet werden.		
2698	**Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Kommentar:	Die Schienung eines unverletzten Kiefers wird mir Nr. 2698 abgerechnet, die Schienung eines frakturierten Kiefers nach Nr. 2699.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2699	**Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer**	**2200** 128,23	294,93 448,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2700	**Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme**	**350** 20,40	46,92 71,40
Kommentar:	Die Anfertigung einer Trinkplatte bei Lippen-, Kiefer- Gaumenspalte wird unter dieser Ziffer abgerechnet. Bei parodontalchirurgischen Leistungen kann Nr. 2700 zum Ansatz gebracht werden, wenn das Anlegen des Verbandes über den normalen Wundverband hinausgeht (Verbandsplatte). – Material- und Laborkosten für die Anfertigung separat berechnen!		
2701	**Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlußplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen –**	**1800** 104,92	241,31 367,21
Kommentar:	Die Leistung kann einmal je Kiefer und Sitzung berechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2702	**Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer**	**300** 17,49	40,22 61,20
Kommentar:	Nach Auffassung des BDIZ EDI sind Nägel, Osteosyntheseschrauben zur Fixierung von Knochenspänen oder Schraubsysteme wie Memfix unter dieser Position abzurechnen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2705	**Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese –**	**1700** 99,09	227,90 346,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2706	**Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer – einschließlich Osteosynthese –**	**1300** 75,77	174,28 265,21
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2710	**Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, als selbständige Leistung**	**1100** 64,12	147,47 224,41
Kommentar:	Berechnung je selbständige, ortsgetrennte Resektion, in der Regel je Kiefer.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441. Neben der GOÄ-Nr. 2710 sind weiter Leistungen denkbar: Nr. 2730 für die Lagerbildung, Nr. 2442 bei Verwendung von alloplastischem Material, Nr. 2254 bei Verwendung von Bankknochen, Nr 2255 bei Verwendung von autologem Knochen, Nr. 2675 bei einer partiellen Vestibulumplastik.		
2711	**Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642**	**750** 43,72	100,55 153,00
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2712	**Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers**	**3000** 174,86	402,18 612,02
2715	**Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –**	**2000** 116,57	268,12 408,01
2716	**Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
2720	**Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese –**	**800** 46,63	107,25 163,20

Beschluss BZÄK: **Beschluss der GOZ-Arbeitsgruppe der Bundeszahnärztekammer** (03.12.2004 – www.baezk.de): Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau: Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

Kommentierung des BDIZ EDI:

Diese Position ist als selbständige Leistung in Verbindung mit augmentativen Verfahren abrechnungsfähig. Sie wird je Frontzahnbereich und Kieferhälfte abgerechnet. Eine andere adäquate Leistung ist in der GOZ nicht enthalten. Die möglicherweise für diese Leistung heranzuziehende Position wäre die Nr. GOZ-Pos. 322. Diese gilt aber nur bei frischen Extraktionen über mehr als 4 Zähnen. Nachdem das Lager für augmentative Verfahren sowohl in vertikaler wie auch in horizontaler Richtung vorbereitet werden muss, ist diese Position in der Regel angezeigt für alle plastischen Materialien.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2730	**Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**	**500** 29,14	67,03 102,00
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen und ggf. Zuschläge Nrn. 440 und 441.		
2732	**Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Kommentar:	**Auffassung des BDIZ EDI:** Der Begriff „ausgedehnter Kieferdefekt" ist in der Medizin mit einer Region von mehr als 2 cm beschrieben. Werden also Regionen, die über diesen Bereich hinausgehen mit Knochenmaterialien aufgefüllt, augmentiert oder aufgebaut, so kommt diese Position zur Abrechnung.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		

X Halschirurgie

2750	**Eröffnung des Schlundes durch Schnitt**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2750 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3125		
2751	**Tracheotomie**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2751 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1542 – 1547, 1549, 1551		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2752	**Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste – gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins –**	**1350** 78,69	180,98 275,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2752 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 1546		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen; dazu ggf. Nr. 440.		
2753	**Divertikelresektion im Halsbereich**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2754	**Operation einer Kiemengangfistel**	**1660** 96,76	222,54 338,65
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440.		
2755	**Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse**	**1850** 107,83	248,01 377,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2755 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2757		
Beschluss BÄK:	**Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer** **Zweifachberechnung bei Schilddrüsenoperation (16. Sitzung vom 29. September 1998)** Nr. 2755 GOÄ ist zutreffend für die Teilresektion von Adenomen der Schilddrüse beziehungsweise die einseitige subtotale Strumaresektion. Bei doppelseitiger Strumaresektion ist Nr. 2755 zweimal berechenbar. Im Sinne der Präambel zum Abschnitt L ist dann aber als Eröffnungsleistung Nr. 2803 GOÄ (Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

am Hals ... 1480 Pkt.) abzuziehen. **In einer erneuten Stellungnahme zur Zweifachberechnung der Nr. 2755 bei Schilddrüsenoperation (2. Sitzung vom 23. März 2000)** wird darauf hingewiesen, dass der Gebührenausschuss der Bundesärztekammer den o.a. Beschluss aufrecht hält.

2756 **Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)** **2200** 294,93
128,23 448,81

2757 **Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst – einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenenfalls Nachbarorgane –** **3700** 496,02
215,66 754,82

Ausschluss: Neben Nr. 2757 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2404, 2407, 2752, 2755, 2756, 2760

2760 **Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbständige Leistung** **1200** 160,87
69,94 244,81

Ausschluss: Neben Nr. 2760 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1521, 1522, 2757

XI Gefäßchirurgie

1 Allgemeine Verrichtungen

2800 **Venaesectio** **275** 36,87
16,03 56,10

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

2801 **Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung** **463** 62,07
26,99 94,45

Ausschluss: Neben Nr. 2801 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2800, 2881, 2882

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** (DÄ 96, Heft 40, 1999)
Berechnung Nr. 2801 GOÄ neben Nrn. 3050, 3054
Die Berechnung der Nr. 2801 GOÄ (Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbständige Leistung) zu den Nrn. **3050** (HLM) oder **3054** (operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation) ist in aller Regel nicht möglich, da unselbständige Leistung. Nur in sehr seltenen Fällen ist Nr. 2801 neben einer der beiden Gebührennummern 3050 oder 3054 berechenbar. Dies ist dann der Fall, wenn extrathorakale Gefäße freigelegt, jedoch nicht für die Implantation eines Herzunterstützungssystems verwendet werden konnten (zum Beispiel bei Arteriosklerose/Verschluß o.ä. dieser Gefäße) und dann die Anlage einer assistierenden Zirkulation an anderen Gefäßen (zum Beispiel retroperitioneal) erfolgte.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.

2802 **Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbständige Leistung** **2220** 297,61
129,40 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 2802 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2990, 3135

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** –
Freilegung der Arteria mammaria neben Bypass-OP
Bei etwa 55 Prozent der Operationen wird ein arterielles Conduit verwendet, dabei in circa 50 Prozent die Arteria mammaria interna. Häufig wird für die Freilegung der Arteria mammaria interna Nr. **2802** GOÄ berechnet. Zur Beurteilung einer eigenständigen Berechenbarkeit der Gefäßfreilegung wird in der Diskussion festgestellt, daß die Nrn. **3088** und **2989** noch aus der Zeit stammen, als die Vineberg-Op Standard war. Die GOÄ sieht ausdrücklich eigenständige Ziffern für die operative Entnahme einer Arterie beziehungsweise Vene zum Gefäßersatz vor (Nrn. **2807** und **2808** GOÄ). Dies sind in keinem Fall abschließende Leistungen. Demzufolge müßte gleiches für die Arteria mammaria interna gelten.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Andererseits sind in den Nrn. **3088** und **3089** GOÄ nicht Operationsmethoden, sondern Leistungsziele beschrieben, die auch heute noch zutreffen.
Es besteht Übereinstimmung, daß für die Freilegung und Präparation der Arteria mammaria Nr. **2807** GOÄ analog (nicht Nr. **2802)** berechenbar ist. Analog, weil die Arterie nicht wie in der Legende enthalten „entnommen" wird.
Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer –
veröffentlicht im DÄ, Heft 3 vom 16.01.2004.(Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Bandscheibenoperationen und andere neurochirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule
Gefäßunterbindungen im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 oder andere Maßnahmen zur Blutstillung oder Verhinderung einer intraoperativen Blutung im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 erfüllen keinen eigenständigen Zielleistungsinhalt und sind daher nicht als gesonderte Gebührenpositionen, z.B. nach Nr. 2802, neben Nrn. 2565/2566 berechnungsfähig.
Sofern eine Gefäßunterbindung im Zusammenhang mit der Schaffung eines transthorakalen, transperitonealen oder retroperitonealen Zugangswegs zur Wirbelsäule erforderlich sein sollte, handelt es sich hierbei ebenfalls um eine unselbständige Teilleistung, die entsprechend § 4 Abs.2a GOÄ z.B. 2292 zuzuordnen ist.
Eine Gefäßfreilegung oder/-unterbindung kann nur bei eigenständiger Indikation berechnet werden, wie beispielsweise in den seltenen Fällen dekompressiver Eingriffe an der Arteria vertebralis. Hier ist auch bei der Freilegung in mehreren Segmenten nur der einmalige Ansatz von Nr. 2803 pro Seite möglich.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 25.06.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom
Eine über den Nierenhilus hinausgehende, ausgedehntere transabdominale oder transthorakale Lymphknotenentfernung und/oder ggf. erforderliche Entfernung der infiltrierten Nebenniere ist mit dem Ansatz der Nr. 1843 abgegolten.
Die bei fortgeschrittenem Tumorstadium ggf. medizinisch erforderliche Entfernung von Tumorthromben in der Vena renalis oder in der Vena cava ist als selbstständige Leistung entsprechend Nr. 2802 neben Nr. 1843 berechnungsfähig.

2803 Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbständige Leistung

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2803 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1512, 1514

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer**
Zweifachberechnung bei Schilddrüsenoperation (16. Sitzung vom 29. September 1998)
Nr. 2755 GOÄ ist zutreffend für die Teilresektion von Adenomen der Schilddrüse beziehungsweise die einseitige subtotale Strumaresektion.
Bei doppelseitiger Strumaresektion ist Nr. 2755 zweimal berechenbar. Im Sinne der Präambel zum Abschnitt L ist dann aber als Eröffnungsleistung **Nr. 2803 GOÄ**
(Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals ... 1480 Pkt.) abzuziehen. **In einer erneuten Stellungnahme zur Zweifachberechnung der Nr. 2755 bei Schilddrüsenoperation (2. Sitzung vom 23. März 2000)** wird darauf hingewiesen, dass der Gebührenausschuss der Bundesärztekammer den o.a. Beschluss aufrecht hält.

Analog: Nr. 2803 analog für die offene chirurgische Implantation eines Portsystems ansetzen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2804 Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß

253 33,92
14,75 51,61

2805 Flussmessung(en) am freigelegten Blutgefäß

350 46,92
20,40 71,40

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Flussmessung(en) im Rahmen von Bypass-Operationen (Nr. 2805 GOÄ)
Neben den intraoperativen Funktionsmessungen (Nr. 3060) ist in fünf bis zehn Prozent der Fälle erforderlich, Flussmessungen am arteriellen Conduit oder venösem Transplantat durchzuführen. Hierfür ist Nr. 2805 GOÄ (Flussmessung(en) am freigelegten Blutgefäß) berechenbar.
Mehrfache Messungen an einem Blutgefäß sind dabei nur einmal berechenbar, erfolgen die Messungen an unterschiedlichen Blutgefäßen, ist Nr. 2805 GOÄ entsprechend mehrfach ansetzbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2807	**Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz**	**739** 43,07	99,07 150,76

Tipp: Nr. 2807 analog für die operative Entfernung der Arteria temporale bei Arteritis temporalis (**M. Horton**) ansetzen.

2808	**Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz**	**400** 23,31	53,62 81,60

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Nr. 2808 GOÄ neben Bypass-OP
Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist bei venösem Bypass neben Nrn. 3088 / 3089 eigenständig berechenbar.
Mehrfachansatz Nr. 2808 GOÄ
Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist für „eine Vene" nur einmal berechenbar. Damit kann dann, wenn „eine Vene" für die Revaskularisierung mehrerer Koronargefäße verwendet wird, Nr. 2808 nicht mehrfach berechnet werden.
„Mehrere Venen" liegen vor, wenn die Venen zum Beispiel an Oberschenkel und Unterschenkel, Vena saphena magna und Vena saphena parva oder an beiden Beinen entnommen werden. Hier ist die je einmalige (höchstens die viermalige) Berechenbarkeit gegeben.

2809	**Naht eines Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen – einschließlich Wundversorgung**	**740** 43,13	99,20 150,96

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** –
Berechnung der Mammaria-Verpflanzung
Für die Mammaria-Verpflanzung ist Nr. 2809 GOÄ (Naht eines verletzten Blutgefäßes an den Gliedmaßen, einschließlich Wundversorgung) nicht eigenständig neben Nrn. 3088 und 3089 und (evtl.) 2802 berechenbar.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

2810	**Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z.B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel –**	**5000** 291,44	670,30 1020,03

2 Arterienchirurgie

2820	**Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie –**	**3140** 183,02	420,95 640,58

Ausschluss: Neben Nr. 2820 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2821

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer –** veröffentlicht: DÄ, Heft 37, 16.09.2005 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa
Für die operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa kann die Nr. 2820 GOÄ nur dann angesetzt werden, wenn die Arteria carotis externa im Sinne eines Umgehungskreislaufes an der Blutversorgung des Gehirns teilnimmt und daher als funktionelle Hirnarterie (= hirnversorgend) anzusehen ist.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Zur Abrechnung der Karotischirurgie**
Dr. med. Stefan Gorlas in: Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 19 (08.05.2099), S. A-948 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4289.7175
Ein häufiger Streitpunkt bei der Abrechnung von Karotisoperationen nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Berechnung der Nummer (Nr.) 2820 GOÄ „Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie" für die Endarteriektomie der Arteria carotis externa, wenn diese Gebührennummer im Rahmen einer Endarteriektomie der Arteria carotis communis und interna neben den Nummern 2821 „Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts" und/oder 2820 GOÄ in Ansatz gebracht wird.
Als Argument gegen die Berechnung der Nr. 2820 GOÄ für die operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa im Rahmen der vorgenannten Operation wird angeführt, dass es sich bei diesem Gefäß aus physiolo-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

gischer Sicht, nach erfolgter operativer Rekonstruktion der Arteria carotis communis und interna, üblicherweise nicht um eine extrakraniale Hirnarterie handelt – außer im seltenen Fall einer zusätzlichen hämodynamisch relevanten intrakranialen Stenose der ipsilateralen Arteria carotis interna.
Vor diesem Hintergrund hat der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem als stimmberechtigte Mitglieder neben der Bundesärztekammer das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium des Innern (für die Beihilfe) und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. vertreten sind, im Jahre 2005 unter anderem folgende Empfehlung zur Abrechnung von Leistungen der Karotischirurgie beschlossen und veröffentlicht (DÄ, Heft 37/2005): „Für die operative Rekonstruktion der Arteria carotis externa kann die Nr. 2820 GOÄ nur dann angesetzt werden, wenn die Arteria carotis externa im Sinne eines Umgehungskreislaufs an der Blutversorgung des Gehirns teilnimmt und daher als funktionelle Hirnarterie (= hirnversorgend) anzusehen ist.“ Gleichzeitig hat der Zentrale Konsultationsausschuss den in den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts L (Chirurgie, Orthopädie) beschriebenen Abzug einer Eröffnungsleistung in den Fällen, in denen mehrere Eingriffe in der Brust- und Bauchhöhle im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt werden, als für die Karotischirurgie nicht zutreffend beurteilt. Bei gleichzeitigem gefäßchirurgischem Eingriff an beiden Karotiden (Arteria carotis communis und interna) nach den Nrn. 2820 und/oder 2821 GOÄ unter Verwendung eines Zugangs ist nach Beurteilung des Zentralen Konsultationsausschusses der sich überschneidende Leistungsbestandteil der Eröffnungsleistung der beiden vorgenannten, selbstständigen Leistungen so geringfügig, dass eine Anwendung der Bestimmung des Abzuges der Eröffnungsleistung von Eingriffen in der Brust- und Bauchhöhle nicht auf die Karotischirurgie übertragbar ist.

2821 Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts

4200 563,06
244,81 856,82

Ausschluss: Neben Nr. 2821 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2820

2822 Rekonstruktive Operation einer Armarterie

2300 308,34
134,06 469,21

2823 Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie

1850 248,01
107,83 377,41

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

2824 Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmissbildung im Thorax durch Verschluss

3000 402,18
174,86 612,02

2825 Operation einer abnormen Gefäßmissbildung im Thorax durch Rekonstruktion

6500 871,40
378,87 1326,04

2826 Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion

6500 871,40
378,87 1326,04

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen –
Berechnung Nr. 2826 GOÄ oder 3079 für die „Anulusentkalkung“**
Für die Entkalkung des Klappenringes bei Klappenersatz („Anulusentkalkung“) ist Nr. 2826 GOÄ (operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktionen) oder Nr. 3079 GOÄ (Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur) nicht eigenständig berechenbar. Eine gegebenenfalls erforderliche aufwendige „Entkalkung“ (zum Beispiel bei Stadium IV) ist über den Steigerungsfaktor zu berücksichtigen.
Auch in den Fällen, dass der Klappenring so eng ist, dass auch die kleinste Klappe nicht passt und der Klappenring erweitert werden muss, ist dies als unselbständige Teilleistung anzusehen.
Bei Kindern kann die Leistung nach Nr. 2826 die Zielleistung sein. Diese kongenitalen Korrekturen sind aber vom hier Beschriebenen unabhängig.

2827 Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax

7500 1005,46
437,15 1530,04

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2828	**Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2828 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2829 (gleiche Gefäßverletzung)		
2829	**Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz**	**5200** 303,09	697,12 1060,83
Ausschluss:	Neben Nr. 2829 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2828 (gleiche Gefäßverletzung)		
2834	**Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbständige Leistung**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2834 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2835ff.		
2835	**Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschluss**	**4500** 262,29	603,27 918,02
2836	**Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
2837	**Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
2838	**Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie**	**4300** 250,64	576,46 877,22
2839	**Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig**	**3000** 174,86	402,18 612,02
2840	**Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels – auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femoro-femorale Umleitung –**	**3000** 174,86	402,18 612,02
2841	**Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie**	**2000** 116,57	268,12 408,01
2842	**Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels**	**3700** 215,66	496,02 754,82
2843	**Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich**	**3700** 215,66	496,02 754,82
2844	**Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum**	**5500** 320,58	737,33 1122,03

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

3 Venenchirurgie

2880 Inzision eines Varixknotens

148 19,84
8,63 30,19

Ausschluss: Neben Nr. 2880 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2881, 2882, 2887

Analog: Analoger Ansatz für die Spaltung oberflächlich gelegener Venen (als Zielleistung).

2881 Varizenexhairese, einseitig

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2881 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2801, 2880, 2882, 2890

Kommentar: Siehe Allgemeinen Kommentar unter 3. Venenchirurgie

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2882 Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig –

1850 248,01
107,83 377,41

Ausschluss: Neben Nr. 2882 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2801, 2880, 2881, 2890

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer** (15. Sitzung vom 21. Juli 1998 und 16. Sitzung vom 29. September 1998) – **Isolierte Seitenastexstirpation nach Nr. 2890 neben Nrn. 2882 und 2883**
Nr. 2890 GOÄ (Isolierte Seitenastexstirpation ...) ist nicht neben Nr. 2883 (Crossektomie ... und Exstirpation mehrere Seitenäste) berechenbar.
Wird jedoch eine isolierte Seitenastexstirpation (ohne Crossektomie) am anderen Bein durchgeführt, so ist dafür Nr. 2890 GOÄ auch in einer Sitzung neben Nr. 2883 berechnungsfähig.
Zur Klarstellung der besonderen Verhältnisse sollte in der Rechnung dokumentiert werden, dass die Leistung nach der Nr. 2890 GOÄ an einem anderen Bein als die Leistung nach Nr. 2883 GOÄ erfolgte.

Kommentar: Siehe Allgemeinen Kommentar unter 3. Venenchirurgie

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2883 Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Extirpation mehrerer Seitenäste

1200 160,87
69,94 244,81

Ausschluss: Neben Nr. 2883 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2890

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 2882

Kommentar: Siehe Allgemeinen Kommentar unter 3. Venenchirurgie

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2885 Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2885 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2403, 2404, 2886

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Siehe auch unter „GOÄ-Ratgeber der BÄK“ bei GOÄ Nr. 2440 analog

2885 analog Mit einer Ausdehnung von 7 bis 21 cm² Körperoberfläche, bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von 51 bis 100 Impulsen pro Sitzung (analog 2885 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK

1110 148,81
64,70 226,45

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK** – Dt. Ärzteblatt 1/02
Dermatologische Lasertherapie
Laserbehandlung von Besenreiser-Varizen, Teleangiektasien, Warzen u.a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi sowie aktinischer Präkarzinomerosen, einschl. Laser-Epilation, mit einer Ausdeh-

nung von 7 bis zu 21cm² Körperoberfläche, analog Nr. 2885 (1100 Punkte), bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiser-Varizen mit einer Laser-Impulsrate von bis zu 51 bis 100 Impulsen pro Sitzung.
Bei Anwendung eines gepulsten Farblasers ist der Ersatz der Auslagen des pro Patient verbrauchten Farbstoffes nach § 10 GOÄ möglich. Eine metrische und fotografische Dokumentation der zu behandelnden Hautläsion vor und nach Anschluss einer dermatologischen Lasertherapie wird empfohlen.
Melanozytäre Naevi sind ausdrücklich von der Laserbehandlung ausgenommen. Bei der Laserbehandlung von Besenreiservarizen ist die jeweils vorgeschriebene Mindest-Impulszahl pro Sitzung zu beachten.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Dermatologische Lasertherapie (1) Allgemeines
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 28-29 (18.07.2005), Seite A-20489 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4193.4204.4205
Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3 vom 18. Januar 2002, Beschlüsse zur analogen Berechnung der dermatologischen Lasertherapie nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) veröffentlicht. Für die dermatologische Lasertherapie von Teleangiektasien, Warzen und anderen Hautveränderungen (mit der Ausnahme von melanozytären Nävi und aktinischen Präkanzerosen) wurden je nach Ausdehnung der zu behandelnden Fläche die analogen Gebührenpositionen Nummer 2440 GOÄ (bis zu 7 cm²), Nummer 2885 GOÄ (größer 7 cm² bis zu 21 cm²) oder 2886 GOÄ (größer als 21 cm²) herangezogen. Dabei ist es nicht entscheidend, wie viele der genannten Hautveränderungen und mit welchem Laser-Verfahren behandelt wird, sondern wie groß die Ausdehnung der Fläche insgesamt ist. Werden beispielsweise in einer Sitzung Warzen mit einer Ausdehnung von circa 18 cm² sowie Teleangiektasien mit einer Ausdehnung von 4 cm² per Laser behandelt, so ist einmal die analoge Nummer 2886 GOÄ berechnungsfähig. Für die dermatologische Lasertherapie von Besenreiservarizen wurde eine andere Vorgabe gewählt, weil die Angabe von Quadratzentimeter Körperoberfläche im Falle von Besenreiservarizen problematisch ist. Für diese Indikation wurde anstelle der Ausdehnung der Körperoberfläche eine Mindestanzahl der Laserimpulsrate pro Sitzung vorgeschrieben. Die Laserimpulsrate bestimmt bei der Lasertherapie von Besenreiservarizen die analoge Nummer der GOÄ. Eine Laserimpulsrate von 50 Impulsen pro Sitzung führt zur analogen Nummer 2440 GOÄ, eine Laserimpulsrate von 51 bis 100 Impulsen pro Sitzung zur analogen Nummer 2885 GOÄ und eine Impulsrate von mehr als 100 Impulsen pro Sitzung zur analogen Nummer 2886 GOÄ. Die gewählte Abgrenzung durch die Ausdehnung beziehungsweise die Laserimpulsrate verdeutlicht, dass die analogen Nummern 2440, 2885 und 2886 GOÄ für die Behandlung in einer Sitzung nicht nebeneinander berechnungsfähig sind. Die Berechnung der analogen Nummern 2440, 2885 und 2886 GOÄ ist auf dreimal im Behandlungsfall begrenzt. (Der Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung im Zeitraum eines Monats nach der ersten Inanspruchnahme des Arztes.) Werden beispielsweise bei vier Sitzungen innerhalb eines Monats Warzen, Teleangiektasien und Fibrome jeweils mit einer Ausdehnung von mehr als 21 cm² mittels Lasertherapie behandelt, kann hierfür dreimal die Nummer 2886 GOÄ (insgesamt 8310 Punkte) analog angesetzt werden. Die vierte Behandlung kann weder analog nach der Nummer 2440 GOÄ noch nach Nummer 2885 GOÄ berechnet werden. Der zusätzliche Zeitaufwand für die vierte Behandlung kann über eine angemessene Erhöhung des Faktors der berechneten Nummer 2886 GOÄ erfolgen. Ein Überschreiten der Punktzahl von 8310 Punkten im Behandlungsfall durch andere Kombinationen der genannten analogen Gebührenpositionen erscheint bei horizontalem Abgleich innerhalb der GOÄ nicht sachgerecht.

► Dermatologische Lasertherapie (2)
Alleinige Epilation berechnungsfähig – Ambulante Zuschläge berechnungsfähig
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 31-32 (08.08.2005), Seite A-2188 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp? his=1.108.4144.4261.4271
Der Ausschuss „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer hat im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3 vom 18. Januar 2002, Beschlüsse zur analogen Berechnung der dermatologischen Lasertherapie nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) veröffentlicht. Die Erläuterung der grundsätzlichen Abrechnung ist im letzten GOÄ-Ratgeber erfolgt. Die Epilation mittels Laser als alleinige Leistung ist gelegentlich strittig. Die Leistungslegenden der Nummern 2440, 2885 und 2886 GOÄ lauten: „Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen und anderen Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung von ...". Gebührenrechtlich bedeutet „einschließlich", dass die nachfolgende Leistung Bestandteil einer anderen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist und die Gebührenposition nicht angesetzt werden kann, wenn nur diese(r) Leistung(sbestandteil) erbracht wird. Die alleinige Berechnung der Epilation mittels Laser von der Berechnung der analogen Gebührenpositionen auszuschließen war nicht von der Bundesärztekammer beabsichtigt. Unter der Voraussetzung, dass – wie in der Abrechnungsempfehlung beschrieben – eine Epilation einer Körperoberfläche mit einer Ausdehnung von wenigstens 7 cm² (analog Nummer 2440 GOÄ) oder 7 cm² bis 21 cm² (analog Nummer 2885 GOÄ) oder größer als 21 cm² (analog Nummer 2886 GOÄ) erfolgt, kann die zutreffende analoge Gebührenposition angesetzt werden. Sollte die Formulierung „einschließlich Laser-Epilation" weiter Anlass zu der nicht beabsichtigten Auslegung geben, dass diese Gebührenpositionen analog im Zusammenhang mit einer Laser-Epilation nur dann abgerechnet werden können, wenn gleichzeitig eine Laserbehandlung der anderen in der Abrechnungsempfehlung beschriebenen Erkrankungen erfolgt, so würde die Bundesärztekammer gegebenenfalls eine klarstellende redaktionelle Änderung („oder" statt „einschließlich" Laser-Epilation) beziehungsweise eine Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichen. Schwierigkeiten bei der Berechnung bereiten auch die Zuschläge zur dermatologischen Lasertherapie. Aus gebührenrechtlicher Sicht können die Zuschläge nach den Nummern 441 und 444 GOÄ ausschließlich neben der Nummer 2440 GOÄ

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

angesetzt werden, weil nur die Nummer 2440 GOÄ im abschließenden Katalog zuschlagsfähiger Gebührenpositionen der Präambel zu Abschnitt C VIII der GOÄ aufgeführt ist. [Die Nr. 441 GOÄ (Laser) scheidet jedoch aus, weil der Laser bereits Bestandteil der Leistungslegende der Analogen Bewertung ist!] Diese Vorgaben sind auch dann einzuhalten, wenn Gebührenpositionen – wie bei der dermatologischen Lasertherapie – analog berechnet werden, weil auch bei einer analogen Bewertung grundsätzlich die Rahmenbedingungen der analog abgegriffenen Gebührenposition zu beachten sind. Die Bundesärztekammer hat versucht, eine Erweiterung des Katalogs für die analogen Nummern zu erreichen, was aus medizinischer und gebührenrechtlicher Sicht sachgerecht gewesen wäre. Es konnte jedoch kein Konsens mit dem Bundesgesundheitsministerium und den Kostenträgern erreicht werden. Die Erweiterung des unvollständigen Katalogs zuschlagsfähiger operativer Leistungen und Anpassung an die medizinischen Innovationen und Möglichkeiten der ambulanten Operationen ist der dringend erforderlichen Novellierung der GOÄ vorbehalten.

2886 Entfernung einer großen Blutadergeschwulst

2770 371,35
161,46 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 2886 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2404, 2407, 2440, 2885

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Siehe auch unter „GOÄ-Ratgeber der BÄK“ bei GOÄ Nr. 2440 analog

2886 analog Mit einer Ausdehnung von mehr als 21 cm² im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von mehr als 100 Impulsen pro Sitzung, (analog 2886 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK

2770 371,35
161,46 565,10

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe Ratgeber unter Nr. 2885 analog

2887 Thrombektomie

2000 268,12
116,57 408,01

Ausschluss: Neben Nr. 2887 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2880

Kommentar: Die im Vorfeld der Thrombektomie erforderlichen diagnostischen Maßnahmen wie Sonographie/Doppler, Phlebographie sind zusätzlich berechnungsfähig. Ebenfalls erforderliche intraoperative Durchleuchtungen.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

2888 Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) ohne Anlage eines arteriovenösen Shunts

3140 420,95
183,02 640,58

Ausschluss: Neben Nr. 2888 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2889, 2891

2889 Veno-venöse Umleitung (z.B. nach Palma) mit Anlage eines arteriovenösen Shunts

3700 496,02
215,66 754,82

Ausschluss: Neben Nr. 2889 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2888, 2897, 2895

2890 Isolierte Seitenastextirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur

350 46,92
20,40 71,40

Ausschluss: Neben Nr. 2890 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2881, 2882, 2883

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer** (15. Sitzung vom 21. Juli 1998 und 16. Sitzung vom 29. September 1998) – **Isolierte Seitenastexstirpation nach Nr. 2890 neben Nrn. 2882 und 2883**
Nr. 2890 GOÄ (Isolierte Seitenastexstirpation ...) ist nicht neben Nr. 2883 (Crossektomie ... und Exstirpation mehrere Seitenäste) berechenbar.
Wird jedoch eine isolierte Seitenastexstirpation (ohne Crossektomie) am anderen Bein durchgeführt, so ist dafür Nr. 2890 GOÄ auch in einer Sitzung neben Nr. 2883 berechnungsfähig.
Zur Klarstellung der besonderen Verhältnisse sollte in der Rechnung dokumentiert werden, dass die Leistung nach der Nr. 2890 GOÄ an einem anderen Bein als die Leistung nach Nr. 2883 GOÄ erfolgte.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2891	**Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel –**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2891 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2888, 2889		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2895	**Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2895 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2889, 2896		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440.		
2896	**Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat**	**2100** 122,40	281,53 428,41
Ausschluss:	Neben Nr. 2896 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2889, 2896		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!		
2897	**Beseitigung eines arteriovenösen Shunts**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2898	**Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation**	**1500** 87,43	201,09 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2898 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2899		
2899	**Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 2899 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2898		
2900	**Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion**	**3140** 183,02	420,95 640,58
Ausschluss:	Neben Nr. 2900 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2901, 2902		
2901	**Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose**	**3700** 215,66	496,02 754,82
Ausschluss:	Neben Nr. 2901 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2900, 2902		
2902	**Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisation**	**4620** 269,29	619,36 942,51
Ausschluss:	Neben Nr. 2902 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2900, 2901		

4 Sympathikuschirurgie

2920	**Thorakale Sympathektomie**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2920 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2603		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen – Nr. 2920 (thorakale Sympathektomie) neben Nr. 3089 für „Eingriffe am sympathischen Nervensystem paraaortal, um die Spasmusbereitschaft der Koronararterien zu beeinflussen**
„Nur in sehr wenigen Fällen (wenn eine Vollrevaskularisierung nicht möglich ist) ist bei einer Bypass-Operation eine thorakale Sympathektomie nach Nr. 2920 GOÄ erforderlich und berechenbar. Dies muß aus dem Operationsbericht klar nachvollziehbar sein. Die nur teilweise Durchtrennung (zum Beispiel der rami cardiaci nervi vagi) des Plexus kardiacus im Rahmen der Bypass-Operation ist eine unselbständige Teilleistung.

2921 Lumbale Sympathektomie

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 2921 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2602, 2603

XII Thoraxchirurgie

2950 Resektion einer Rippe, als selbständige Leistung

739 99,07
43,07 150,76

Tipp:
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!
- Die Leistung ist mehrfach ansetzbar, wenn die resezierten Rippen nicht benachbart sind.

2951 Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbständige Leistung –

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 2951 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2950, 2952, 2956, 2957

Kommentar: Wenn benachbarte Rippen, aber auch nicht benachbarte Rippen, bei demselben Eingriff reseziert werden, so sind die Nrn. 2951 und 2950 nebeneinander berechnungsfähig.
Eine Drainage nach Nr. 2970 ist auch daneben berechnungsfähig.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2952 Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe

1110 148,81
64,70 226,45

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

2953 Thorakoplastik

3140 420,95
183,02 640,58

Ausschluss: Neben Nr. 2953 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2954, 2955, 2959, 3010

2954 Thorakoplastik mit Höhlenöffnung – auch Jalousieplastik –

4620 619,36
269,29 942,51

Ausschluss: Neben Nr. 2954 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2953, 2955, 2959, 3010

2955 Thorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates

5000 670,30
291,44 1020,03

Ausschluss: Neben Nr. 2955 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2953, 2954, 2959, 3010

2956 Brustwandteilresektion

2100 281,53
122,40 428,41

Ausschluss: Neben Nr. 2956 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2950, 2951, 2952, 2957, 2959, 2960, 3010

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2957	**Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2957 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2950, 2951, 2952, 2956, 2959, 2960, 3010		
2959	**Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates**	**5100** 297,27	683,71 1040,43
Ausschluss:	Neben Nr. 2959 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2953 – 2957, 3010		
2960	**Operation einer Brustkorbdeformität (z.B. Trichterbrust)**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2960 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3010		
2970	**Anlage einer Pleuradrainage (z.B. Bülausche Heberdrainage) –**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2970 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 303, 306, 307, 308, 315, 2015, 2032		
Beschluss BÄK:	**Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** **Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) neben Herzoperationen)** Für die Drainage des Operationsgebietes sind die Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) nicht eigenständig berechenbar. Drainagen, die im Sinne einer therapeutischen Intervention in speziellen Situationen gelegt werden und über separate Inzisionen ausgeleitet werden müssen, zum Beispiel bei Eröffnung der Pleurahöhle, könnten als eigenständiger Eingriff und berechenbar (Nr. 2970 GOÄ) angesehen werden. Tatsächlich zeigt die Praxis, dass die Pleuradrainage fast durchgängig berechnet wird, und dass bei 25 bis 33 Prozent der Eingriffe, insbesondere bei Präparation der Arteria mammaria, die Pleura eröffnet wird. Wegen der faktisch nicht gegebenen Nichabgrenzbarkeit der Leistung empfiehlt der Ausschuss, in jedem Fall auf die Berechnung der Nr. 2970 GOÄ zu verzichten.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		
2971	**Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage – gegebenenfalls einschließlich Einbringung von Arzneimitteln –**	**148** 8,63	19,84 30,19
Ausschluss:	Neben Nr. 2971 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2093		
2972	**Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbständige Leistung**	**666** 38,82	89,28 135,87
Ausschluss:	Neben Nr. 2972 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 308, 2973, 2974, 2990, 2992, 2993		
2973	**Pleurektomie, einseitig, als selbständige Leistung**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 2973 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 308, 2972, 2974		
2974	**Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell**	**3140** 183,02	420,95 640,58
Ausschluss:	Neben Nr. 2974 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 308, 310, 2972, 2973, 3065		
2975	**Dekortikation der Lunge**	**4800** 279,78	643,49 979,23

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2976	**Ausräumung eines Hämatothorax**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 2976 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2397		
2977	**Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax**	**739** 43,07	99,07 150,76
2979	**Operative Entfernung eines Pleuraemphysems – gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2979 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2430, 2432, 2950, 2951, 2970, 2971		
2985	**Thorakaler Eingriff am Zwerchfell**	**2220** 129,40	297,61 452,89
2990	**Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 2990 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2972, 2991, 2992, 2993, 3010		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
2991	**Thorakotomie mit Herzmassage**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2991 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3010		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2992	**Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbständige Leistung**	**1290** 75,19	172,94 263,17
Ausschluss:	Neben Nr. 2992 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2972, 2990, 2993, 3010		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2993	**Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen –**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 2993 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2972, 2990, 2992, 3010		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
2994	**Operative Eingriffe an der Lunge (z.B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 2994 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2995, 2996, 2997, 2998, 2999		
2995	**Lob- oder Pneumonektomie**	**3140** 183,02	420,95 640,58
Ausschluss:	Neben Nr. 2995 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2994, 2996, 2997, 2998, 2999		
2996	**Lungensegmentresektion(en)**	**4000** 233,15	536,24 816,02
Ausschluss:	Neben Nr. 2996 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2994, 2995, 2997, 2998, 2999		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
2997	**Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)**	**5100** 297,27	683,71 1040,43
Ausschluss:	Neben Nr. 2997 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2994, 2995, 2996, 2998, 2999		
2998	**Bilobektomie**	**4800** 279,78	643,49 979,23
Ausschluss:	Neben Nr. 2998 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2994, 2995, 2996, 2997, 2999		
2999	**Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/ oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten**	**5600** 326,41	750,74 1142,43
Ausschluss:	Neben Nr. 2999 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2994, 2995, 2996, 2997, 2998		
3000	**Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren**	**2770** 161,46	371,35 565,10
3001	**Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz**	**5800** 338,07	777,55 1183,23
3002	**Operative Kavernen- oder Lungenabszesseröffnung**	**4800** 279,78	643,49 979,23
3010	**Sternotomie, als selbständige Leistung**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 3010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1551, 2953 – 2960, 2990, 2991, 2992, 2993, 3011, 3050 – 3097, 3125 – 3130		
3011	**Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal**	**4000** 233,15	536,24 816,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3011 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2990, 2992, 2993, 3010		
Beschluss BÄK:	**Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** **Berechenbarkeit der Thymusresektion als eigenständige operative Leistung nach Nr. 3011 analog** Die Berechenbarkeit der Nr. 3011 GOÄ (Entfernung eines Mediastinaltumors) oder der Nr. 2993 GOÄ (Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen) im Rahmen der Herzoperation ist nicht möglich, da die Entfernung eines eventuellen „Restkörpers" auch in den Fällen, in denen dieser noch sehr ausgeprägt ist, eine unselbständige Teilleistung § 4 Abs. 2 a) darstellt.		
3012	**Drainage des Mediastinums**	**554** 32,29	74,27 113,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3012 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2015, 2032, 2970		
Beschluss BÄK:	**Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** **Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) neben Herzoperationen)** Für die Drainage des Operationsgebietes sind die Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) nicht eigenständig berechenbar. Drainagen, die im Sinne einer therapeutischen Intervention in speziellen Situationen gelegt werden und über separate Inzisionen ausgeleitet werden müssen, zum Beispiel bei Eröffnung der Pleurahöhle, könnten als eigenständiger Eingriff und berechenbar (Nr. 2970 GOÄ) angesehen werden. Tatsächlich zeigt die Praxis, daß die Pleuradrainage fast durchgängig berechnet wird, und daß bei 25 bis 33 Prozent der Eingriffe, insbesondere bei Präparation der Arteria mammaria die Pleura eröffnet wird. Wegen der faktisch nicht gegebenen Nichabgrenzbarkeit der Leistung empfiehlt der Ausschuß, in jedem Fall auf die Berechnung der Nr. 2970 GOÄ zu verzichten.		
3013	**Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem**	**4000** 233,15	536,24 816,02

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

XIII Herzchirurgie

3050 Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation

1850 248,01
107,83 377,41

Beschluss BÄK:

Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen
Erhöhte Steigerungsfaktoren bei herzchirurgischen Leistungen
Der mancherorts zu beobachtende „schematische" Ansatz von Multiplikatoren oberhalb der Begründungsschwelle wird als nicht nachvollziehbar angesehen. Der Ansatz von Steigerungsfaktoren oberhalb der Begründungsschwelle ist in der Regel nur bei den intraoperativen „Kernleistungen" begründbar.
Nur in wenigen Fällen ist für die „Nebenleistungen" (zum Beispiel Nr. 3050 GOÄ) ein höherer Steigerungsfaktor gerechtfertigt. Höhere Steigerungsfaktoren für Leistungen außerhalb der Operation (zum Beispiel Visiten, Beratungen, Verbände usw.) sind in aller Regel nicht durchgängig begründbar.
Bei Visiten trifft zum Beispiel oft zu, dass die Erst- und Abschlussvisite sowie unmittelbar postoperative Visiten inhaltlich besonders schwierig sind und einen weit überdurchschnittlichen Zeitaufwand erfordern und damit die Berechnung eines höheren Multiplikators plausibel erscheint, nicht jedoch für die übrigen Visiten des „routinemäßigen" Verlaufes.

3051 Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050

1290 172,94
75,19 263,17

Tipp: Neben Nr. 3051 ist Nr. 3050 abrechenbar.

3052 Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050

1110 148,81
64,70 226,45

Tipp: Neben Nr. 3052 ist Nr. 3050 abrechenbar.

3053 Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050

1110 148,81
64,70 226,45

Tipp: Neben Nr. 3053 ist Nr. 3050 abrechenbar.

3054 Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation –

1850 248,01
107,83 377,41

3055 Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde

554 74,27
32,29 113,02

Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 3055 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 56, 435

Beschluss BÄK:

Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen
Nr. 3055 GOÄ für die Überwachung der Herz-Lungen-Maschine
Die technische Überwachung der HLM erfolgt durch einen Kardiotechniker, dieser übernimmt aber nur die unmittelbare Steuerung der Maschine. Die Funktionsfähigkeit des künstlichen Kreislaufes bedarf zusätzlich der ständigen Überwachung durch Operateur und Narkosearzt, gegebenenfalls Lage und Korrekturen der Anschlusskatheter, zusätzliche Abdichtungsnähte und medikamentöse Maßnahmen. Die Einstellung der Herz-Lungen-Maschine zum Beispiel hinsichtlich Körpertemperatur, wird durch den Chirurgen entschieden.
Nach dem Anschluß der HLM erfolgt die Übernahme der Kreislauffunktion durch die Maschine schrittweise, ebenso die Anpassung wieder an die volle Körperfunktion. Nur ein Teil des Eingriffes findetunter vollständiger Assistenz durch die HLM statt. Die HLM ist damit nicht als „Totalersatz" anzusehen, sondern wie die voranstehenden Gebührenordnungspositionen als „assistierte Zirkulation".
Für die ärztlichen Maßnahmen bei Einsatz der HLM ist demnach Nr. 3055 GOÄ berechnungsfähig.
Abrechnungsmodus der Behandlung von Patienten mit Herzunterstützungssystemen, Kunstherz et cetera im postoperativen Verlauf.
Nr. 3055 GOÄ ist nur intraoperativ berechnungsfähig. Für die postoperative ärztliche Kontrolle von Herzunterstützungssystemen (zum Beispiel Kunstherz, LVAD, RVAD) ist Nr. 792 GOÄ analog einmal täglich (neben Nr. 435) berechnungsfähig. Nicht berechnet werden kann eine entsprechende Leistung für die Kontrolle der Funktion der IABP. Wird Nr. 792 GOÄ analog für die postoperative Kontrolle von Herzunterstützungssystemen berechnet, sind nicht mehr als zwei Visiten täglich berechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8 1fach 3,5 / *2,5

3060 Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen

554 74,27
32,29 113,02

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen** –
Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) intraoperativ
Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) – gleiches gilt für die Nr. 628 GOÄ – ist intraoperativ nicht für intraoperative Funktionsmessungen berechenbar.
Zutreffend ist hier Nr. 3060 GOÄ (intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen).

3065 Operation am Perikard, als selbständige Leistung

2000 268,12
116,57 408,01

Ausschluss: Neben Nr. 3065 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2974, 3066

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen – Abzug der Eröffnungsleistung**
Angesichts der Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt „L" der GOÄ sieht der Ausschuss folgende Auslegung als sachgerecht an: Die GOÄ-Positionen 3065 bis 3091 beinhalten die Brustkorberöffnung.
Dagegen ist die Thorakotomie in Nr. 3050 GOÄ nicht enthalten. Wird mehr als eine der Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 3065 bis 3091 im Rahmen einer Operation erbracht und berechnet, so ist ab der zweiten Leistung jeweils die Gebühr nach GOÄ-Nr. 2990 abzuziehen.
Berechnung Nr. 3065 oder 3066 GOÄ für das Lösen von Verwachsungen
Nr. 3065 GOÄ (Operation am Perikard als selbständige Leistung) ist nicht berechenbar für das routinemäßige Lösen von Verwachsungen auf dem Zugangswege, erst recht nicht Nr. 3066 GOÄ (Operation der Perikarditis constrictiva).
Nr. 3065 GOÄ ist nur dann für die Perikardiolyse berechenbar, wenn diese das Ausmaß eines eigenständig indizierten Eingriffs hat, zum Beispiel nach Voroperation, Perikarditis, Trauma oder Radiatio und tatsächlich eine Perikardresektion erfolgte. Die Berechtigung im Einzelfall ist aus der Vorgeschichte und dem OP-Bericht nachprüfbar.

3066 Operation der Pericarditis constrictiva

3140 420,95
183,02 640,58

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen –
Berechnung Nr. 3065 oder 3066 GOÄ für das Lösen von Verwachsungen**
Nr. 3065 GOÄ (Operation am Perikard als selbständige Leistung) ist nicht berechenbar für das routinemäßige Lösen von Verwachsungen auf dem Zugangswege, erst recht nicht Nr. 3066 GOÄ (Operation der Perikarditis constrictiva).
Nr. 3065 GOÄ ist nur dann für die Perikardiolyse berechenbar, wenn diese das Ausmaß eines eigenständig indizierten Eingriffs hat, zum Beispiel nach Voroperation, Perikarditis, Trauma oder Radiatio und tatsächlich eine Perikardresektion erfolgte. Die Berechtigung im Einzelfall ist aus der Vorgeschichte und dem Op-Bericht nachprüfbar.

3067 Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbständige Leistung

1480 198,41
86,27 301,93

Ausschluss: Neben Nr. 3067 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2401, 2402

3068 Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose

3140 420,95
183,02 640,58

3069 Shuntoperation an herznahen Gefäßen

3000 402,18
174,86 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 3069 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2844

3070 Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes

3000 402,18
174,86 612,02

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3071	**Naht einer Myokardverletzung**	**3000** 174,86	402,18 612,02
3072	**Operativer Verschluß des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3072 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3073		
3073	**Operativer Verschluß von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z.B. Sinus venosus) – auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlmündung –**	**4000** 233,15	536,24 816,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3073 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3072		
3074	**Komplette intraarteriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlmündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)**	**6500** 378,87	871,40 1326,04
3075	**Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß – auch Thromb- oder Embolektomie –**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3075 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 2887		

Beschluss BÄK:

Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen – Beseitigung einer distal des Bypasses gelegenen Stenose beziehungsweise operative Behandlung des Conduits

In den seltenen Fällen (drei bis vier Prozent der Fälle), dass ein echter Zweiteingriff zur Beseitigung einer Stenose durchgeführt werden muss, das heißt wenn distal des Bypasses eine Verengung operativ behandelt werden muss, ist dafür Nr. 3075 GOÄ (Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder einem herznahen Gefäß – auch Thromb- oder Embolektomie) eigenständig neben der Bypass-Operation berechenbar.

Wenn aber ein für die koronare Revaskularisierung herangezogener arterieller Conduit aus dem Bereich des Thorax in besonderer Weise operativ vorbehandelt werden muss, um ihn überhaupt als arteriellen Conduit für die koronare Revaskularisierung nutzen zu können, ist dies eine unselbständige Teilleistung im Sinne des § 4 Abs. 2a GOÄ. Der erhöhte Aufwand (und die höhere Schwierigkeit) kann nur im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) berücksichtigt werden.

Auch hier trifft zu, dass in solchen Fällen die Besonderheiten des Eingriffs bereits im Rechnungstext dokumentiert sein sollten.

3076	**Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels**	**4800** 279,78	643,49 979,23
3077	**Operativer Verschluss eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3077 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3078		
3078	**Operativer Verschluss eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese**	**4000** 233,15	536,24 816,02
3079	**Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur**	**3000** 174,86	402,18 612,02

Beschluss BÄK:

Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen –
Berechenbarkeit der Myektomie als eigenständige Leistung im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen

Die Berechenbarkeit der Myektomie (Resektion von intrakardial stenosierender Muskulatur nach Nr. 3079 GOÄ) ist als eigenständige Leistung auch im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen nur dann möglich, wenn die Indikation im präoperativen Ventrikulogramm (Kombination von Aortenklappenstenose mit zusätzlicher Herzmuskelhypertrophie) nachgewiesen wurde (und im Operationsbericht dokumentiert ist).

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Berechnung Nr. 2826 GOÄ oder 3079 für die „Anulusentkalkung"
Für die Entkalkung des Klappenringes bei Klappenersatz („Anulusentkalkung") ist Nr. 2826 GOÄ (operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktionen) oder Nr. 3079 GOÄ (Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur) nicht eigenständig berechenbar. Eine gegebenenfalls erforderliche aufwendige „Entkalkung" (zum Beispiel bei Stadium IV) ist über den Steigerungsfaktor zu berücksichtigen.
Auch in den Fällen, daß der Klappenring so eng ist, dass auch die kleinste Klappe nicht passt und der Klappenring erweitert werden muss, ist dies als unselbständige Teilleistung anzusehen.
Bei Kindern kann die Leistung nach Nr. 2826 die Zielleistung sein. Diese kongenitalen Korrekturen sind aber vom hier Beschriebenen unabhängig.

3084 Valvuloplastik einer Herzklappe

3300 442,40
192,35 673,22

Ausschluss: Neben Nr. 3084 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3085, 3087

3085 Operative Korrektur einer Herzklappe

3140 420,95
183,02 640,58

Ausschluss: Neben Nr. 3085 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3086, 3087

3086 Operativer Ersatz einer Herzklappe

5600 750,74
326,41 1142,43

Ausschluss: Neben Nr. 3086 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3084, 3085, 3087

3087 Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen

7500 1005,46
437,15 1530,04

Ausschluss: Neben Nr. 3087 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3084, 3085, 3086

3088 Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes

5600 750,74
326,41 1142,43

Ausschluss: Neben Nr. 3088 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3089, 3090

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen –**
Berechnung Nr. 3090 GOÄ neben den Nrn. 3088 und 3089
Im Rahmen der Bypass-Operation (Nrn. 3088 / 3089) ist Nr. 3090 GOÄ (Operation von Anomalien der Koronararterien) nicht im Rahmen von standardmäßigen Operationen zur Koronarrevaskularisierung berechenbar. Sie kann lediglich dann berechnet werden, wenn tatsächlich eine entsprechende Anomalie des Koronargefäßsystems operativ korrigiert wird. Dies ist in der präoperativen Angiographie nachprüfbar (die Durchführung im Operationsbericht). Wiederum wird darauf hingewiesen, dass die Besonderheit des Eingriffes schon in der Rechnungsstellung dokumentiert werden sollte.

3089 Operation zur direkten myodardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte

7500 1005,46
437,15 1530,04

Ausschluss: Neben Nr. 3089 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3088, 3090

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen –**
Nr. 430 analog für das elektrisch induzierte Kammerflimmern neben Nr. 3089
Für die Kardioplegie ist Nr. 3052 GOÄ (Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zu Nr. 3050) eigenständig berechenbar, wird der Herzstillstand durch elektrische Induktion herbeigeführt, trifft Nr. 430 GOÄ zu. Muß zusätzlich zur Kardioplegie ein Kammerflimmern induziert werden (nicht routinemäßig erforderlich), ist Nr. 430 GOÄ (extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder Stimulation des Herzens) nicht eigenständig berechenbar.
Die Berücksichtigung des erweiterten Leistungsumfangs ist im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) möglich. Für die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus am Ende der Herzoperation ist Nr. 430 GOÄ berechenbar. Nur in den Fällen, in denen die Induktion des Herzstillstandes (ohne Kardioplegie) und die Wiederherstellung des normalen Herzrythmus durch Defibrillation und/oder Stimulation erreicht wird, ist Nr. 430 insgesamt zweimal berechnungsfähig.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nr. 2920 (thorakale Sympathektomie) neben Nr. 3089 für „Eingriffe am sympathischen Nervensystem paraaortal, um die Spasmusbereitschaft der Koronararterien zu beeinflussen
„Nur in sehr wenigen Fällen (wenn eine Vollrevaskularisierung nicht möglich ist) ist bei einer Bypass-Operation eine thorakale Sympathektomie nach Nr. 2920 GOÄ erforderlich und berechenbar. Dies muss aus dem Operationsbericht klar nachvollziehbar sein. Die nur teilweise Durchtrennung (zum Beispiel der rami cardiaci nervi vagi) des Plexus kardiacus im Rahmen der Bypass-Operation ist eine unselbständige Teilleistung.
Berechnung Nr. 3090 GOÄ neben den Nrn. 3088 und 3089
Im Rahmen der Bypass-Operation (Nrn. 3088 / 3089) ist Nr. 3090 GOÄ (Operation von Anomalien der Koronararterien) nicht im Rahmen von standardmäßigen Operationen zur Koronarrevaskularisierung berechenbar. Sie kann lediglich dann berechnet werden, wenn tatsächlich eine entsprechende Anomalie des Koronargefäßsystems operativ korrigiert wird. Dies ist in der präoperativen Angiographie nachprüfbar (die Durchführung im Operationsbericht). Wiederum wird darauf hingewiesen, dass die Besonderheit des Eingriffes schon in der Rechnungsstellung dokumentiert werden sollte.

3090 Operation von Anomalien der Koronararterien

4000 536,24
233,15 816,02

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen**
Berechnung Nr. 3090 GOÄ neben den Nrn. 3088 und 3089
Im Rahmen der Bypass-Operation (Nrn. 3088 / 3089) ist Nr. 3090 GOÄ (Operation von Anomalien der Koronararterien) nicht im Rahmen von standardmäßigen Operationen zur Koronarrevaskularisierung berechenbar. Sie kann lediglich dann berechnet werden, wenn tatsächlich eine entsprechende Anomalie des Koronargefäßsystems operativ korrigiert wird. Dies ist in der präoperativen Angiographie nachprüfbar (die Durchführung im Operationsbericht). Wiederum wird darauf hingewiesen, dass die Besonderheit des Eingriffes schon in der Rechnungsstellung dokumentiert werden sollte.

3091 Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen – ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)

4500 603,27
262,29 918,02

Ausschluss: Neben Nr. 3091 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3095, 3097

3091 analog 1. Endokardiales Kathermapping bei ventrikulären Tachykardien oder 2. Katherterablation v. tachykarden Rhythmusstörungen (analog 3091 GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK

4500 603,27
262,29 918,02

3095 Schrittmacher-Erstimplantation

2770 371,35
161,46 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 3095 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 3091, 3097
Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

3096 Schrittmacher-Aggregatwechsel

1110 148,81
64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 3096 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656
Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

3097 Schrittmacher-Korrektureingriff – auch Implantation von myokardialen Elektroden –

2770 371,35
161,46 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 3097 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 3091, 3095
Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

XIV Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120 Diagnostische Peritonealspülung, als selbständige Leistung

300	40,22
17,49	61,20

Ausschluss: Neben Nr. 3120 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 307, 700, 701, 3135

Kommentar: Die Punktion der Bauchhöhle ist Bestandteil der Leistung. Ggf. erforderliche Laboruntersuchungen der Spülflüssigkeit sind zusätzlich berechenbar.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!

3121 Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation

500	67,03
29,14	102,00

3122 Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)

375	50,27
21,86	76,50

3125 Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus

1110	148,81
64,70	226,45

Ausschluss: Neben Nr. 3125 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3010, 3129, 3151

Kommentar: Die in den Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel L Abs. 2 geforderte Kürzung bei nebeneinander abrechenbaren Leistungen für Eingriffe im Bereich von Brust- und Bauchhöhle um den Vergütungsbetrag nach Nr. 2990 oder Nr. 3135 (1100 Punkte) bei allen dem ersten Eingriff nachfolgenden chirurgischen Leistungen ist hier auch nach Kommentierung von **Brück** nicht anzuwenden, da für den Eingriff nach Nr. 3125 eine erneute Schnittführung erforderllich ist.

3126 Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus

4000	536,24
233,15	816,02

Ausschluss: Neben Nr. 3126 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3010, 3127, 3130

Kommentar: Nach Nr. 3126 sind z.B. die Entfernung von Divertikeln des Oesophagus wie Zenker'sches Divertikel, mediastinales Traktionsdivertikel oder epigastrisches Divertikel abrechenbar und nach Brück auch die Entfernung eines hochsitzenden Oesophagus-Carcinoms.

3127 Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind

5000	670,30
291,44	1020,03

Ausschluss: Neben Nr. 3127 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3010

Kommentar: Besondere Schwierigkeiten des Eingriffs können ggf. über einen höheren Steigerungsfaktor ausgeglichen werden.
Ist eine Transposition des Dünndarms erforderlich, kann zusätzlich die Leistung nach Nr. 3177 berechnet werden. – s.a. Kommentar zu Nr. 3128.

3128 Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel

3000	402,18
174,86	612,02

Ausschluss: Neben Nr. 3128 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3010, 3125

Kommentar: Liegt auch eine Ösophagusatresie vor, kann zusätzlich die Leistung nach Nr. 3127 erbracht und berechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3129	**Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3129 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3010, 3130		
Kommentar:	Abrechenbar nach Nr. 3129 sind z.B. • die Entfernung eines Ösophagus-Carcinoms im unteren Ösophagus (ggf. zusätzlich Leistung Nr. 3177) • Kardiomyotomie nach **Heller** bei abdominalem Zugang. Die Operation einer Diaphragmahernie ist nach Nr. 3280 abzurechnen.		
3130	**Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3130 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3010, 3126, 3129		
Kommentar:	Abrechenbar nach Nr. 3130 sind z.B. • die Entfernung eines Ösophagus-Carcinoms im unteren Ösophagus (ggf. zusätzlich Leistung Nr. 3177) • Kardiomyotomie nach Heller bei abdominal-thorakalem Zugang. Die Operation einer Diaphragmahernie ist nach Nr. 3280 abzurechnen.		
3135	**Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme –**	**1110** 64,70	148,81 226,45
3136	**Eröffnung eines subphrenischen Abszesses**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 3136 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2430, 3137		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 3136 ist unabhängig vom gewählten operativen Zugangsweg abrechenbar		
3137	**Eröffnung von Abszessen im Bauchraum**	**1110** 64,70	148,81 226,45
Ausschluss:	Neben Nr. 3137 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2430, 3136		
Kommentar:	Abrechenbar nach Nr. 3137 sind z.B. • perityphlitischer Abszess • Douglas-Abszess. Eine zeitlich vor der Eröffnung durchgeführte diagnostische Douglas-Punktion nach Nr. 316 kann zusätzlich berechnet werden.		
3138	**Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung**	**1600** 93,26	214,50 326,41
Kommentar:	Nach Nr. 3138 ist auch die endoskopische Anlage einer perkutanen Gastrotomie (PEG) abzurechnen.		
3139	**Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage**	**2770** 161,46	371,35 565,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3139 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3144		
3144	**Naht der Magen- und Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung – einschließlich Spülung des Bauchraumes –**	**1900** 110,75	254,72 387,61
Ausschluss:	Neben Nr. 3144 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3139, 3145 – 3183		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3145	**Teiresektion des Magens**	**2770** 161,46	371,35 565,10

Ausschluss: Neben Nr. 3145 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3146, 3147, 3148, 3149, 3150, 3157, 3158

Kommentar: Abrechenbar nach Nr. 3145 sind z.B.
- Antrumresktion
- Billroth I

Eine erforderliche Vagotomie ist nach Nr. 3154 zusätzlich abrechenbar; allerdings muss nach den Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel L Abs. 2 die Vergütung der Leistung nach Nr. 3135 (1100 Punkte) subtrahiert werden.

3146	**Kardiaresektion**	**4000** 233,15	536,24 816,02

Ausschluss: Neben Nr. 3146 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3145, 3147, 3149, 3150, 3157, 2158

3147	**Totale Magenentfernung**	**4800** 279,78	643,49 979,23

Ausschluss: Neben Nr. 3147 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3148, 3149, 3150

3148	**Resektion des Ulcus pepticum**	**4000** 233,15	536,24 816,02

Ausschluss: Neben Nr. 3148ind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3147, 3149, 3150, 3157, 3158

3149	**Umwandlungsoperation am Magen (z.B. Billroth II in Billroth I, Interposition)**	**5250** 306,01	703,82 1071,03

Ausschluss: Neben Nr. 3149 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3150, 3157, 3158

3150	**Gastrotomie**	**1600** 93,26	214,50 326,41

Ausschluss: Neben Nr. 3120 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3157, 3158

3151	**Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation**	**2700** 157,38	361,96 550,81
3152	**Spaltung des Pylorus (z.B. bei Pylorospasmus)**	**1900** 110,75	254,72 387,61
3153	**Pyloroplastik**	**3000** 174,86	402,18 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 3153 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3154

3154	**Vagotomie am Magen**	**3000** 174,86	402,18 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 3154 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3155

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3155	**Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z.B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)**	**4500** 262,29	603,27 918,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3155 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3154		
3156	**Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie**	**450** 26,23	60,33 91,80
Kommentar:	Eine operative Fremdkörperentfernung ist nach Nr. 3150 abzurechnen.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen.		
3157	**Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion**	**4620** 269,29	619,36 942,51
Ausschluss:	Neben Nr. 3157 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3147, 3148, 3149, 3150		
3158	**Gastroenterostomie**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3158 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3145, 3146, 3148, 3149, 3153		
3165	**Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums**	**4000** 233,15	536,24 816,02
3166	**Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums**	**3000** 174,86	402,18 612,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3166 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3173, 3181		
Kommentar:	Für die Entfernung des Meckelschen Divertikels steht eine eigene Abrechnungsnummer Nr. 3173 zur Verfügung.		
3167	**Anastomose im Dünndarmgebiet – auch mit Teilresektion –**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3167 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3181		
3168	**Jejuno-Zökostomie**	**2600** 151,55	348,56 530,41
3169	**Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose –**	**3750** 218,58	502,73 765,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3169 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3144, 3168, 3170, 3174, 3181, 3183		
Kommentar:	Abrechenbar nach Nr. 3169 sind z.B. die Hemikolektomie rechts und links. Werden zwei ausgedehnte Resektionen an unterschiedlicher Lokalisation des Colons ausgeführt, so ist nach **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** die Leistung nach Nr. 3170 zu berechnen. **Brück** schlägt für diesen Fall vor, die Nr. 3169 zweimal abzurechnen.		
3170	**Kolektomie, auch subtotal – mit Ileostomie –**	**5250** 306,01	703,82 1071,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3170 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3169, 3181, 3183, 3206, 3207		
Kommentar:	Nach **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** ist mit Nr. 3170 auch die Anus praeter-Bildung mit einer Dünndarmschlinge abgegolten. Nach **Brück** ist eine evtl. Pouchbildung nicht eingeschlossen.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3171	**Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Vovulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination**	**2500** 145,72	335,15 510,01
3172	**Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbständige Leitung**	**1600** 93,26	214,50 326,41
Analog:	Analoger Ansatz der Nr. 3172 für eine Netzresektion, die allerdings sehr selten eine eigenständige Leistung ist.		
Tipp:	Die Nr. 3172 analog für die Netzresektion ansetzen.		
3173	**Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 3173 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3165, 3166		
Kommentar:	Werden Divertikel des Jejunums oder des Ileums entfernt, ist die Nr. 3166 abrechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
3174	**Operative Beseitigung einer Darmduplikatur**	**2700** 157,38	361,96 550,81
Ausschluss:	Neben Nr. 3174 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3169		
3175	**Operation des Mekoniumileus**	**2700** 157,38	361,96 550,81
3176	**Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3176 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3177, 3188, 3194		
3177	**Transposition eines Darmteils und/oder des Magens aus dem Abdomen heraus**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3177 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3176		
Kommentar:	Ist eine Transposition des Dünndarms erforderlich, kann zusätzlich zur Nr. 3127 die Leistung nach Nr. 3177 berechnet werden.		
3179	**Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus**	**4000** 233,15	536,24 816,02
3181	**Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm – gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm – mit Anastomose**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3181 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3169		
3183	**Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarmes mit Ileostoma**	**6500** 378,87	871,40 1326,04
Ausschluss:	Neben Nr. 3183 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3169, 3170, 3207		
3184	**Lebertransplantation**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
Ausschluss:	Neben Nr. 3184 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3185		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Rechtsprechung: **Gebühr für Lebertransplantation**
Ein Arzt hatte nach einer Lebertransplantation bei einem Kassenpatienten gegenüber der GKV erhöhte Gebühren in Rechnung gestellt. Zur Begründung verwies er auf § 6 Abs. 2 GOÄ; die Regelung in Nr. 3184 sei nicht sachgerecht, weshalb der Regelungscharakter der Norm verloren gegangen sei. Eine Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ kommt nicht in Betracht, weil die Lebertransplantation als Nr. 3184 ausdrücklich im Gebührenverzeichnis geregelt ist. Selbst wenn die in der Nr. 3184 vorgesehene Vergütung als unangemessen niedrig anzusehen wäre, verlöre dieser Gebührentatbestand dadurch nicht seinen Regelungscharakter. Denn der Verordnungsgeber hat zu entscheiden, welche Vergütung er für welche Behandlung für angemessen hält und festschreibt (Rechtsprechung des BGH). Die Rechtsprechung ist somit an die Entscheidung des Verordnungsgebers gebunden; die Gerichte sind nicht befugt, eine Korrektur vorzunehmen Die in Nr. 3184 GOÄ vorgesehene Vergütung ist nicht so unangemessen niedrig, dass diese Bestimmung ihren Regelungscharakter verloren hätte.
Aktenzeichen: OLG Köln, 12.01.2009, AZ: 5 U 163/08
Entscheidungsjahr: 2009

3185 Operation an der Leber (z.B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)

3000 402,18
174,86 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 3185 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3184

GOÄ-Ratgeber der BÄK: **Nr. 3185 GOÄ bei kleinen Eingriffen an der Leber**
Dr. med. Stefan Gorlas, Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 47 vom 25.11.11
Die Berechnung kleiner Eingriffe an der Leber im Rahmen anderer Baucheingriffe führt immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient/Kostenträger.
Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält nur zwei Gebührennummern für Operationen an der Leber, und zwar die Nr. 3184 GOÄ („Lebertransplantation") und Nr. 3185 GOÄ („Operation an der Leber [z.B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors]").
Die Berechnung der letzteren setzt nach dem GOÄ-Kommentar von Hoffmann (Verlag Kohlhammer) voraus, dass es sich um eine Teilresektion, Exzision eines Tumors oder einen Eingriff ähnlicher Größenordnung handelt. Zur Einschätzung des Umfangs eines derartigen Eingriffs ähnlicher Größenordnung hilft die Bewertung der Nr. 3185 GOÄ mit 3 000 Punkten weiter. Diese entspricht beispielsweise der Bewertung der Nrn. 3154 („Vagotomie am Magen") oder 3129 GOÄ („Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominellem Zugang"), beide ebenfalls mit 3 000 Punkten bewertet.
Zur Bewahrung der horizontalen und vertikalen Relationen in der GOÄ sollte somit ein mit der Nr. 3185 GOÄ in Rechnung gestellter Eingriff eine ähnliche Größenordnung wie beispielsweise die mit den Nrn. 3154 oder 3129 GOÄ berechnungsfähigen Operationen aufweisen. Insofern kann die Nr. 3185 GOÄ, wie auch in den GOÄ-Kommentaren von Brück und Nachfolgern (Deutscher Ärzte-Verlag) sowie Hoffmann angeführt, beispielsweise nicht für eine Probeentnahme zur histologischen Untersuchung in Rechnung gestellt werden. Letztere kann über die Nr. 315 GOÄ (Punktion eines Organs [z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden]) abgerechnet werden.

3186 Exstirpation der Gallenblase

2500 335,15
145,72 510,01

Ausschluss: Neben Nr. 3186 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3187

Kommentar: In der Leistungslegende wird nur von der Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) gesprochen. In der Regel werden aber bei einer Cholezystektomie weitere operative Leistungen wie z.B. die Revision der Gallengänge erforderlich. In diesen Fällen ist dann für die Operation die GOÄ-Nr. 3187 abzurechnen.

3187 Operation an den Gallengängen – gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase –

3250 435,70
189,43 663,02

Ausschluss: Neben Nr. 3187 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3186, 3189, 3190

Kommentar: Die operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind sind nach Nr. 3189 abrechnungsfähig.
Für die Anlage einer perkutanen transhepatische Gallengangsfistel (PTC) kann nach dem Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von **Brück** et alii die Nr. 1851 analog berechnet werden.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Die zur Lagekontrolle der Fistel erforderliche Durchleuchtung und Kontrastmitteleinbringung ist nach § 4 nicht berechnungsfähig, da es sich um eine nicht honorarfähige Leistung handelt. Ist allerdings eine Durchleuchtung und Kontrastmitteleinbringung erforderlich, um z.B. die Ausdehnung eines tumorösen Prozesses darzustellen, sind die entsprechenden röntgenologischen Leistungen voll berechnungsfähig.
Werden im Rahmen der Leistung nach Nr. 3187 weitere Maßnahmen erforderlich, so können diese auch abgerechnet werden, z.B.
- Darstellung der Gallengänge (retrograde Cholangiographie (GOÄ-Nr. 5170)
- Choledochoskopie (intraoperative Spiegelung) (GOÄ-Nr. 3121)
- Druckmessung intraoperativ an Gallenwegen (GOÄ-Nr. 3122)
- Bildung biliodigestiver Anastomose (GOÄ-Nr. 3188)

3188 **Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes** **4200** 563,06
244,81 856,82

Ausschluss: Neben Nr. 3188 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3176

3189 **Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind** **4000** 536,24
233,15 816,02

Ausschluss: Neben Nr. 3189 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3187, 3190

Kommentar: Sind mehrere Anastomosen erforderlich, so kann die Leistung nach Nr. 3189 nicht mehrfach abgerechnet werden, denn in der Leistungslegende wird schon in der Mehrzahl von „Atresien“ und/oder Stenosen der Gallengänge gesprochen.

3190 **Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums** **2700** 361,96
157,38 550,81

Ausschluss: Neben Nr. 3190 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3187, 3189

3192 **Milzrevision, als selbständige Leistung** **2000** 268,12
116,57 408,01

3194 **Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes** **3700** 496,02
215,66 754,82

3195 **Resektion des Kopfteils vom Pankreas** **4620** 619,36
269,29 942,51

Ausschluss: Neben Nr. 3195 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3196, 3197, 3198

3196 **Resektion des Schwanzteils vom Pankreas** **2220** 297,61
129,40 452,89

Ausschluss: Neben Nr. 3196 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3195, 3197, 3198

Kommentar: Wenn erforderlich, sind neben der Leistung nach der Nr. 3196 ggf. die Leistungen nach den GOÄ-Nrn.
- 3167 (Anastomose im Dünndarmbereich)
- 3176 (Transposition eines Darmteiles innerhalb des Abdomens)
- 3199 (Milzextirpation)

zusätzlich berechnungsfähig.

3197 **Resektion des ganzen Pankreas** **4620** 619,36
269,29 942,51

Ausschluss: Neben Nr. 3197 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3195, 3196, 3198

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3198	**Pankreoduodenektomie (z.B. nach Whipple)**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3198 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3195, 3196, 3197		
3199	**Milzexstirpation**	**2220** 129,40	297,61 452,89
3200	**Appendektomie**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen,!		
3202	**Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darm-Trakt – gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose**	**3000** 174,86	402,18 612,02
3205	**Anlage einer Endodrainage (z.B. Duodenum-Dünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen**	**2250** 131,15	301,64 459,01
Kommentar:	Nach Kommentar von **Lang, Schäfer, Stiel und Vogt** kann die Leistung nach Nr. 3205 grundsätzlich als Zusatzleistung, z.B. im Anschluss an eine Gallenwegsoperation, gesondert berechnet werden. Nach der Kommentierung von **Brück** ist die Leistung nach Nr. 3205 nicht berechnungsfähig, „...für eine Drainage zum Abschluss einer Operation..." Die Leistung nach Nr. 3205 beschreibt einen selbständigen Eingriff, so dass bei Abrechnung weiterer Leistungen neben Nr. 3205 die Eröffnungsleistung abgezogen werden muss.		
3206	**Enterostomie – auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) –**	**2250** 131,15	301,64 459,01
Ausschluss:	Neben Nr. 3206 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3170, 3183, 3207		
3207	**Anlegen eines Anus praeter**	**1480** 86,27	198,41 301,93
Ausschluss:	Neben Nr. 3207 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3170, 3183, 3210		
3208	**Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht**	**1250** 72,86	167,58 255,01
Ausschluss:	Neben Nr. 3208 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3209		
Analog:	Die Leistung nach Nr. 3205 ist analog für den operativen Verschluss einer angelegten Coecalfistel berechnungsfähig.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!		
3209	**Verschlußoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion**	**1750** 102,00	234,61 357,01
Ausschluss:	Neben Nr. 3209 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3208		
3210	**Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis**	**2000** 116,57	268,12 408,01
Ausschluss:	Neben Nr. 3210 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3170, 3183, 3207		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3211	**Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung**	**120** 6,99	16,09 24,48
Ausschluss:	Neben Nr. 3211 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 1, 3		
3215	**Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses**	**150** 8,74	20,11 30,60
Ausschluss:	Neben Nr. 3215 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3216, 3217, 3218		
3216	**Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm auch oder der Analatresie**	**1200** 69,94	160,87 244,81
Ausschluss:	Neben Nr. 3216 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3215, 3217, 3218		
Analog:	Nr. 1123a analog gesondert abrechenbar für eine Fistelablösung zum Urogenitaltrakt – Empfehlung nach Kommentar Brück		
3217	**Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation**	**3750** 218,58	502,73 765,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3217 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3215, 3216, 3218		
3218	**Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle**	**2700** 157,38	361,96 550,81
Ausschluss:	Neben Nr. 3218 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3215, 3216, 3217		
3219	**Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses**	**278** 16,20	37,27 56,71
Ausschluss:	Neben Nr. 3219 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 2000 – 2006		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
3220	**Operation submuköser Mastdarmfisteln**	**300** 17,49	40,22 61,20
Kommentar:	Nach Nr. 1163 ist die Fisteloperation an den (weiblichen) Geschlechtsteilen – ggf. einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik – zu berechnen. Auch wenn mehrere submuköse Mastdarmfisteln operiert werden, kann die Leistung nach Nr. 3220 nur einmal abgerechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
3221	**Operation intramuskulärer Mastdarmfisteln**	**370** 21,57	49,60 75,48
Kommentar:	Auch wenn mehrere intramuskuläre Mastdarmfisteln operiert werden, kann die Leistung nach Nr. 3221 nur einmal abgerechnet werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		
3222	**Operation einer transsphinkterischen Mastdarmfistel – auch ihres verzweigten Gangsystems –**	**700** 40,80	93,84 142,80
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3223	**Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel – auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems –**	**850** 49,54	113,95 173,40
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
3224	**Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten – einschließlich Schleimhautnaht**	**1150** 67,03	154,17 234,61
Ausschluss:	Neben Nr. 3224 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 765, 766, 3226, 3240		
Kommentar:	Die transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) ist nach Nr. 3224 abzurechnen. Der wesentlich erhöhte Aufwand gegenüber dem in der Legende von Nr. 3224 genannten Verfahren kann durch einen höheren Steigerungsfaktor ausgeglichen werden.		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!		
3226	**Peranale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) – einschließlich Naht**	**3500** 204,01	469,21 714,02
Ausschluss:	Neben Nr. 3226 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 765, 766, 3224, 3240		
3230	**Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles**	**120** 6,99	16,09 24,48
Ausschluss:	Neben Nr. 3230 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 11, 3231, 3232		
3231	**Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal**	**1150** 67,03	154,17 234,61
Ausschluss:	Neben Nr. 3231 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3230, 3232		
3232	**Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle**	**2220** 129,40	297,61 452,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3232 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3230, 3231		
3233	**Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus – auch mit Kreuzbeinschnitt –**	**2800** 163,20	375,37 571,22
Ausschluss:	Neben Nr. 3233 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3234, 3235		
3234	**Rektale Myektomie (z.B. bei Megacolon congenitum) – auch mit Kolostomie –**	**3500** 204,01	469,21 714,02
3235	**Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie**	**5000** 291,44	670,30 1020,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3235 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3233, 3234		
3236	**Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels**	**111** 6,47	14,88 22,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3236 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig 685 – 690, 705, 3237		
3237	**Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbständige Leistung**	**370** 21,57	49,60 75,48
Ausschluss:	Neben Nr. 3237 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3236		
Tipp:	Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 442 nicht vergessen!		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3238	**Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm**	**185** 10,78	24,80 37,74

Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 3238 kann auch dann nur einmal berechnet werden, wenn mehrere Fremdkörper entfernt werden müssen. Wurde vor der Leistung der Nr. 3238 eine diagnostische Rektoskopie (Nr. 689) durchgeführt, so ist diese zusätzlich abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 3238 ist Nr. 690 abrechenbar.

3239	**Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels**	**1800** 104,92	241,31 367,21
3240	**Operation der Hämorrhoidalknoten**	**554** 32,29	74,27 113,02

Ausschluss: Neben Nr. 3240 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3224, 3226, 3241

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Hämorrhoidalchirurgie in der gültigen GOÄ** – Dr. med. Dipl.-Ök. Ursula Hofer (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 12 (26. März 2010), S. A-572)

Nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kann die operative Behandlung von Hämorrhoiden auf acht zurzeit klassifizierte Arten erfolgen: 1. durch Ligatur, 2. durch Sklerosierung, 3. durch Exzision, 4. durch Destruktion, 5. mittels Stapler, 6. durch Exzision mit plastischer Rekonstruktion, 7. durch Ligatur einer Arteria haemorrhoidalis ohne sonstige Maßnahmen oder 8. durch Ligatur einer Arteria haemorrhoidalis mit rektoanaler Rekonstruktion.

Die aus dem Jahr 1988 stammende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bietet keine zeitgemäßen Leistungsbeschreibungen, an denen man sich bei der Durchführung dieser Eingriffe orientieren könnte. Auch für die Analogberechnung nach § 6 Absatz 2 GOÄ, nach der selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können, fehlen offizielle Empfehlungen.

Während Hämorrhoiden ersten Grades durch Sklerosierung nach Blond oder Blanchard (Nr. 764 GOÄ) behandelt werden, empfiehlt sich für solche zweiten Grades die Ligatur nach Barron (Nr. 766 GOÄ). Beide Verfahren können nebeneinander berechnet werden. Müssen zusätzlich hypertrophe zirkumanale Hautfalten (Marisken) abgetragen werden, so wird die Nr. 765 GOÄ zusätzlich angesetzt. Obwohl die unter Nr. 763 GOÄ vermerkte „Spaltung von Hämorrhoidalknoten mit Thrombusexpressionen“ eigentlich die Manipulation thrombosierter perianaler Gefäße bezeichnet, kann diese Ziffer im Bedarfsfall mit berechnet werden.

Für das operative Vorgehen bei prolabierenden Hämorrhoiden mit und ohne Analprolaps stehen konkurrierende Möglichkeiten zur Verfügung. Segmentale Resektionen nach Milligan-Morgan oder Ferguson (Nr. 3241 GOÄ) stellen heute die Standardverfahren dar. Die noch in Kommentaren erwähnte Operation nach Langenbeck ist schon lange obsolet. Die Nr. 3240 GOÄ kann jedoch für Exzisionen von Hämorrhoidalknoten – auch wiederholt – berechnet oder mit Eingriffen bei Hämorrhoiden ersten und zweiten Grades kombiniert werden.

Eine plastische Rekonstruktion des Analkanals kann nach Fansler-Arnold oder Parks (Nr. 3241 GOÄ) erfolgen. Anfang der 90er Jahre ist die Analprolaps-Operation nach Longo mit dem Zirkularstapler als Option hinzugekommen, die Koblandin technisch modifiziert und zu ihrer heutigen Form weiterentwickelt hat. Ihre Berechnung erfolgt nach Nr. 3241 GOÄ, und die relativ hohen Sachkosten für den Stapler können bei ambulanter Operation nach § 10 Absatz 1 Satz 1 als „Materialien, die der Patient zur weiteren Behandlung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind“ in Rechnung gestellt werden.

Kommentar: Auch wenn mehrere Hämorrhoidalknoten operiert werden, so ist die Leistung nach Nr. 3240 nur einmal berechnungsfähig. Ein Ausgleich kann ggf. durch einen höheren Steigerungsfaktor erreicht werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen!

3241	**Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z.B. nach Milligan/Morgan) – auch mit Analplastik –**	**924** 53,86	123,87 188,50

Ausschluss: Neben Nr. 3241 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3240

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe unter GOÄ Nr. 3240.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

XV Hernienchirurgie

3280 **Operation einer Diaphragmahernie** **2770** 371,35 / 161,46 565,10

3281 **Operation der Zwerchfellrelaxation** **2250** 301,64 / 131,15 459,01

3282 **Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches** **222** 29,76 / 12,94 45,29

Ausschluss: Neben Nr. 3282 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3283, 3284, 3285, 3286

Kommentar: Da in der Leistungslegende keine spezielle Lokalisation der Hernie angegeben ist, bezieht sich die Leistung auf alle „eingeklemmten" Hernien. Die Reposition muss keineswegs erfolgreich sein, um die Leistung abrechnen zu können, denn schon in der Legende wird von einem „Versuch" gesprochen.

3283 **Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches** **1110** 148,81 / 64,70 226,45

Ausschluss: Neben Nr. 3283 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3282, 3284

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 444 nicht vergessen!

3284 **Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik – auch mit Darmresektion –** **2500** 335,15 / 145,72 510,01

Ausschluss: Neben Nr. 3284 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3282, 3283

Kommentar: Die Leistung nach Nr. 3284 beinhaltet ggf. auch eine Kunststoffnetzeinlage statt einer Muskel- und Faszienverschiebplatte.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

3285 **Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches** **1290** 172,94 / 75,19 263,17

Ausschluss: Neben Nr. 3285 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3282, 3286

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

3286 **Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches – gegebenenfalls mit Darmresektion –** **2000** 268,12 / 116,57 408,01

Ausschluss: Neben Nr. 3286 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 3282, 3285

Beschluss BÄK: **Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer –** veröffentlicht am 03.09.2004, DÄ (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes
Für die Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes – kann die Nr. 3286 GOÄ (2000 Punkte) analog berechnet werden.

Tipp: Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 445 nicht vergessen!

3287 **Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind** **2500** 335,15 / 145,72 510,01

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3288	**Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel**	**2250** 131,15	301,64 459,01
A 3289	**Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschl. Implantation eines Netzes, (analog Nr. 3286 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**2000** 116,57	268,12 408,01

XVI Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

3300	**Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision –**	**500** 29,14	67,03 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 3300 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 2189 – 2196

Tipp:
- Für Videodokumentation analog Nr. 5030 ansetzen. Es ist nur der 1fache Satz möglich.
- Bei ambulanter OP: Zuschlag nach Nr. 443 nicht vergessen, dazu ggf. Nr. 440!

3301	**Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung**	**473** 27,57	63,41 96,49
3302	**Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301**	**227** 13,23	30,43 46,31
3305	**Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung**	**37** 2,16	4,96 7,55

Ausschluss: Neben Nr. 3305 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 3306

IGeL: Osteopathische Techniken

3306	**Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule**	**148** 8,63	19,84 30,19

Kommentar: Da der Legende nicht in Unterabschnitte der Wirbelsäule wie HWS, BWS und LWS gegliedert ist, können manualmedizinische Eingriffe in einer Sitzung an unterschiedlichen anatomischen oder funktionellen Abschnitten der Wirbelsäule nicht durch mehrfaches Ansetzen der Nr. 3306 abgerechnet werden. Es ist nur der einmalige Ansatz der Nr. 3306 gerechtfertigt.
Die Bundesärztekammer führt dazu aus: „...Nr. 3306 ist allerdings auch bei chirotherapeutischen Eingriffen an einem Teilabschnitt der Wirbelsäule berechnungsfähig. Ist der Eingriff mit besonderem Aufwand oder besonderen Schwierigkeiten verbunden, so kann dies noch über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden. Vor dem Erbringen der Leistung an verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule, müsste u. E. die Begründung eines höheren Multiplikators patientenbezogen sein."
Zu chirotherapeutischen Eingriffen an Extremitäten und der Analogabrechnung der Nr. 3306 führt die Bundesärztekammer aus. „...Nr. 3306 GOÄ bezieht sich auf den chirotherapeutischen Eingriff an der Wirbelsäule, mithin nicht auf den chirotherapeutischen Eingriff an Extremitätengelenken. Dieses stellt gegenüber der Nr. 3306 eine eigenständige Leistung und nicht eine Modifikation der Leistung nach Nr. 3306 dar, und ist demzufolge nicht über den Steigerungsfaktor, sondern als selbständige Leistung zu berücksichtigen.
Als angemessene analoger Abgriff erscheint uns die Anwendung der Nr. 3306 sachgerecht, dies auch vor dem Hintergrund der im EBM enthaltenen Nr. 3210 und 3211 für die chirotherapeutischen Eingriffe an Wirbelsäule bzw. an Extremitätengelenken.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Möglichen Einwendungen der Krankenversicherung ist evtl. dadurch zu begegnen, dass der Arzt für die analog angewandte Nr. 3306 für den chirotherapeutischen Eingriff an den Extremitätengelenken einen differenzierten Steigerungsfaktor anwendet, da Nr. 3211 (180 Pkt.) im EBM niedriger bewertet ist als die Nr. 3210 (200 Pkt.).

IGeL: Analoger Ansatz für die kraniosakrale Therapie

3306 **analog**	**Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätsgelenken, je Sitzung (analog 3306 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** Eine mehr als zweimalige Berechnung im Behandlungsfall muss unbedingt begründet werden.	**148** 8,63	19,84 30,19
3310	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv**	**76** 4,43	10,19 15,50
3311	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf**	**152** 8,86	20,38 31,01
3312	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung**	**189** 11,02	25,34 38,56
3313	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein**	**303** 17,66	40,62 61,81
3314	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter**	**379** 22,09	50,81 77,32
3315	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken**	**473** 27,57	63,41 96,49

Kommentar: Das Anzeichnen von „Schnittlinien" auf der Haut vor einer Operation (z.B. Bei Varizen Operationen oder bei plastischen Operationen) ist **nicht** analog nach den GOÄ Nrn. 3315 oder 3321 gesondert abrechenbar, da es bereits Bestandteil der operativen Leistungen ist.

3316	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf**	**757** 44,12	101,48 154,43
3317	**Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm**	**946** 55,14	126,82 192,99
3320	**Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels** Unter „Große orthopädische Hilfsmittel" sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar sind. Unter „Anpassen" ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.	**95** 5,54	12,74 19,38

Kommentar:
- Als **große** orthopädische Hilfsmittel gelten Kunstglieder, orthopädische Schuhe, Stützkorsette und als **kleine** orthopädische Hilfsmittel Bruchbänder, Gelenkstützen, Gummistrümpfe, Leibbinden, Einlagen.
- Unter „Anpassen" ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3321	**Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z.B. Kunstglied)**	**152** 8,86	20,38 31,01

Kommentar: Siehe zu Nr. 3315

M Laboratoriumsuntersuchungen

Auf einen Blick:

Das GOÄ-Labor

3500 – 3532	**M I Praxislabor** Diese Nummern dürfen nur abgerechnet werden, wenn die Leistungen im eigenen Praxislabor erbracht wurden.
3541.H-3621	**M II Basislabor** Diese Nummern sind berechnungsfähig, wenn sie im eigenen Praxislabor oder in einer Laborgemeinschaft erbracht werden. Werden die angegebenen Nummern im Praxislabor erbracht, sollten sie allerding mit den unter M I angegebenen Nummern abgerechnet werden, da die Vergütung höher ausfällt als im Basislabor.
3630.H-4787	**M III** z.B. **körpereigene Substanz,** z.B. T3/T4/TSH**M IV Speziallabor** Die Leistungen nach M III und M IV dürfen nur von dem Arzt abgerechnet werden, der sie auch selbst erbringt.

Allgemeine Bestimmungen:

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds. Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden. Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.

2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.

3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.

4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z.B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.
Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z.B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).

6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z.B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.
Sind ausmedizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Messgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.
Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muss in der Rechnung angegeben werden. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.

7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z.B. Spermiogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.

8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschniten M II bis M IV zu verwenden. In

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_15,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.

9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst:

Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);
Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;
Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;
Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.

Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –“ ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437* berechnungsfähig.

Hinweis BÄK:

Stellungnahme der Bundesärztekammer:Abrechnung von Laborleistungen
Zur Abrechnung von Laborleistungen, insbesondere auf der Grundlage des neu strukturierten Abschnittes M „Laboratoriumsuntersuchungen“, ist innerhalb der Ärzteschaft erhebliche Unruhe entstanden, wie unterschiedliche Interpretationen zur Berechnung, vor allem von Speziallaborleistungen, bekannt gegeben worden sind. Um Fehlinterpretationen der Neuregelung und damit der Verunsicherung in der Ärzteschaft entgegenzuwirken, ist zunächst generell festzustellen, dass die Neufassung des § 4 Abs. 2 Sätze 1 und 2 GOÄ die Delegation von Leistungen des Speziallabors einschränkt und höhere Anforderungen an die Erbringung dieser Leistungen stellt. Die Akzeptanz dieser Neuregelung wird dadurch beeinträchtigt, dass einige Laborparameter (zum Beispiel Schilddrüsenparameter und Rheumafaktor) abweichend von der im übrigen vergleichbaren EBM-Regelung anstatt dem Basislabor M II dem Speziallabor M III zugeordnet worden sind. Die Bundesärztekammer wird sich beim Bundesministerium für Gesundheit dafür einsetzten, dass dies korrigiert wird. Trotz dieser Mängel in der Zuordnung von Laborleistungen ist die Neustrukturierung geltendes Recht und damit für den Arzt verbindlich. Würde diese Neuregelung in Frage gestellt und würde – wie dies eine Ärzte-Initiative eingebracht hat – vonseiten der Ärzteschaft eine sofortige isolierte Korrektur des § 4 Abs. 2 Satz 2 gefordert, muss damit gerechnet werden, dass die mit der GOÄ-Novelle gerade beendete Labordikussion insgesamt neu aufgerollt würde. Das ursprüngliche Konzept der Politik einer weitgehenden Ausgliederung des Labors als ärztliche Leistung aus der GOÄ und die Vergütung von Laborleistungen nach Kostensätzen würde wieder aufleben. Auf die Entschließung des Bundesrats zur Berichtspflicht der Bundesregierung über die Neuordnung von Laborleistungen wird hingewiesen. Mit der Neustrukturierung des Laborkapitels und der Differenzierung zwischen Akut-/Praxislabor (M I), einem delegierbaren Basislabor (M II) und einem an qualifizierte Voraussetzungen gebundenen Speziallabor (M III/M IV) konnte nicht nur das Labor als ärztlicher Leistungsbereich erhalten, sondern auch verhindert werden, dass die Bewertungen der Laborleistungen insgesamt noch weiter abgesenkt worden sind. Demgegenüber hat der Verordnungsgeber der Amtlichen Gebührenordnung die von der Ärzteschaft selbst aufgestellten Prinzipien zur Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen in die Novelle der GOÄ übernommen; eine ähnliche Struktur gilt bereits seit längerer Zeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen und ist damit für die vertragsärztliche Versorgung fest verankert. Die qualifizierte persönliche Mitwirkung des Arztes an der Erbringung von Leistungen des Speziallabors ist im übrigen auch Grundlage für die entsprechend höhere Bewertung dieser Leistungen in der novellierten GOÄ. Die häufig formulierte Forderung an die Bundesärztekammer, diese Strukturierung rückgängig zu machen, verkennt die dann zu erwartenden gesetzgeberischen Maßnahmen in diesem Bereich. Der sowohl in der vertragsärztlichen als auch in der privatärztlichen Versorgung seit Jahren schwelende innerärztliche Konflikt muss dahingehend beigelegt werden, dass die in der GOÄ vorgenommene Abgrenzung zwischen delegierbaren Laborleistungen einerseits und an besondere Qualifikationen und Aufsichtspflichten gebundenen Laborleistungen andererseits zum Tragen kommt, um den Erhalt des Labors als ärztliche Leistung zu sichern. Aus diesem Grunde empfehlen wir dringend, die höheren Anforderungen an die Erbringung und Abrechnung von Spezialleistungen zu akzeptieren.

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Laborärzte: Zustandekommen des Behandlungsvertrags (Teil I)

Dr. jur. Marlis Hübner (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 36 (10.09.2010), S. A 1718)
http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4311.8742

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in zwei Urteilen vom 14. Januar 2010 (Az.: III ZR 173/09; Az.: III ZR 188/09) die Anforderungen an das Zustandekommen eines eigenständigen Behandlungsvertrags zwischen Patient und Laborarzt präzisiert (DÄ, Heft 24/2010).

Eine Gemeinschaftspraxis hatte eine Blutprobe an eine Laborarztpraxis übersandt, die auf das Marfan-Syndrom untersucht werden sollte. Beigefügt waren ein „Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung 10" und ein „Überweisungs-/Abrechnungsschein 06–2". Auf dem ersten Vordruck war unter „Auftrag" vermerkt: „Genotypisierung, Marfan-Syndrom". Auf dem zweiten Vordruck war zusätzlich ergänzt: „Bitte Stufendiagnostik: Marfan I und II (nach Rücksprache)". Zudem wurde ein Formular „Privatzuweisung" mit weiteren Angaben einschließlich „Patienteninformation" an das Labor gesandt. Nach einer umfangreichen labormedizinischen Stufendiagnostik wurden die Ergebnisse in drei humangenetischen Gutachten an den Hausarzt mitgeteilt. Die Rechnung in Höhe von 21 572,97 Euro wurde vom beklagten Patienten nicht gezahlt.

Der BGH hob das angefochtene Urteil auf und verwies an das Berufungsgericht; diese Entscheidung liegt noch nicht vor. Der Bundesgerichtshof hat sich mit dem Zustandekommen des Behandlungsvertrags befasst und festgestellt: „Nach allgemeiner Auffassung wird bei der Inanspruchnahme eines externen Laborarztes durch den behandelnden Arzt letzterer im Regelfall als Stellvertreter des Patienten tätig. Übersendet dieser Untersuchungsmaterial des Patienten an den Laborarzt, erteilt er den damit verbundenen Auftrag grundsätzlich im Namen des Patienten. Hat dieser ihn dazu bevollmächtigt, wird neben dem Behandlungsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Arzt ein weiteres eigenständiges Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und dem Laborarzt begründet."

Damit folgt der BGH seiner bisherigen Rechtsprechung und wendet diese für gesetzlich versicherte Patienten entwickelten Grundsätze auch auf privat Versicherte an. Die Art und der Umfang der vom Arzt geschuldeten Tätigkeit bestimmt sich nach seinen berufsrechtlichen Pflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus den Heilberufe- und Kammergesetzen der Länder, so dass die vertragliche Verpflichtung des Arztes von vornherein nicht auf solche Tätigkeiten als Eigenleistung erstreckt ist, die von dem jeweiligen Fachgebiet nicht umfasst werden. Deshalb ist davon auszugehen, so der BGH, dass die hausärztliche Gemeinschaftspraxis im Rahmen der Übersendung der Blutprobe, der Überweisungsscheine und der Privatzuweisung im Namen des Patienten und nicht im eigenen Namen aufgetreten ist.

Der Hausarzt und der Patient hatten zum Umfang der Untersuchung über einen „einfachen Gentest", der etwa 500 Euro bis 800 Euro koste, gesprochen; insofern dürfte die Vollmacht begrenzt gewesen sein. Bei Überschreitung der Vollmachtsgrenzen finden die Regeln des vollmachtlosen Vertreters gemäß §§ 177 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Anwendung. Dies könnte zur Haftung des behandelnden Arztes nach § 179 BGB als Vertreter ohne Vertretungsmacht führen. Im gegebenen Fall hat der BGH ihn unmittelbar aus dem Vertragsverhältnis befreit, dem Laborarzt allerdings Schadenersatzansprüche gegen den die Untersuchungen in Auftrag gebenden Arzt aus §§ 311 Abs. 3 und 241 Abs. 2 BGB zugebilligt. Da aber weitere Feststellungen zu treffen sind, unter anderem wegen des Hinweises auf die Stufendiagnostik „nach Rücksprache", wurde das Verfahren an das Berufungsgericht zurückverwiesen. Zudem hat sich der BGH mit dem Begriff der medizinisch notwendigen Leistung auseinandergesetzt.

► Laborärzte: Medizinisch notwendige ärztliche Leistungen (Teil II)

Dr. jur. Marlis Hübner (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 37 (17.09.2010), S. 1772) –
http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4311.8743

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in zwei Urteilen vom 14. Januar 2010 (III ZR 173/09 und III ZR 188/09) die Anforderungen an das Zustandekommen eines eigenständigen Behandlungsvertrags zwischen Patient und Laborarzt nach dessen Hinzuziehung durch den behandelnden Arzt präzisiert.

Demnach schließen Ärzte, die aufgrund ihrer fachgebietsspezifischen Tätigkeit keinen direkten Patientenkontakt haben (zum Beispiel Laborärzte oder Pathologen), infolge der Hinzuziehung durch den behandelnden Arzt einen eigenständigen Behandlungsvertrag mit dem Patienten, der mit der Übersendung der Blutprobe oder des Untersuchungsmaterials zustande kommt, wobei der hinzuziehende oder behandelnde Arzt als Vertreter des Patienten tätig wird (siehe auch DÄ, Heft 36/2010).

Dabei umfasst das Einverständnis des Patienten mit der Entnahme von Probematerial zum Zweck der Untersuchung durch einen externen Arzt – sofern keine Wunsch- oder Verlangensleistung vorliegt – grundsätzlich nur medizinisch indizierte Leistungen im Sinne von § 1 Abs. 2 Amtliche Gebührenordnung (GOÄ). Eine Vollmacht ist deshalb objektiv auf medizinisch notwendige Leistungen beschränkt. Dies gilt gleichermaßen für Laborleistungen. Der Gesetzgeber hat in § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ nicht zwischen behandelnden und externen beziehungsweise hinzugezogenen Ärzten unterschieden. Der Begriff der medizinischen Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme kann daher nur einheitlich verstanden werden. Die Auslegung ist nicht davon abhängig, wer die Leistung erbringt. Entscheidend ist, ob nach objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Vornahme der Untersuchung diese als notwendig angesehen werden. Dies führt nach Auffassung des BGH nicht dazu, dass der Laborarzt rechtlich schutzlos ist und seine Leistungen umsonst erbringt. Ihm können Schadensersatzansprüche gegen den behandelnden Arzt zustehen.

Als Fazit lässt sich festhalten: Der Begriff der medizinischen Notwendigkeit einer ärztlichen Maßnahme kann nur einheitlich verstanden werden. Die Auslegung ist weder davon abhängig, um welche Leistung es sich handelt noch welcher Facharzt sie erbringt.

► Überflüssige Labortests

Dr. med. Tina Wiesener (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 24 (18.06.2010), S. A1232) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4311.8645

Vom Arzt im Rahmen einer Konsultation veranlasste Laboruntersuchungen können erhebliche Kosten verursachen. Auch vor diesem Hintergrund wird immer wieder vonseiten der Patienten/Zahlungspflichtigen die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit besonders umfänglicher und/oder teurer medizinischer Labordiagnostik aufgeworfen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH; Az.: III ZR 173/09, verkündet am 14. Januar 2010) müssen Privatpatienten medizinisch überflüssige Laboruntersuchungen nicht bezahlen. Strittig waren die bei einem Diabetiker von einem neu konsultierten Arzt veranlassten externen Laborleistungen, hier spezielle „Gentests" zur Feststellung des Diabetestyps beziehungsweise zum Ausschluss einer speziellen Diabeteserkrankung, deren Durchführung in einem externen Labor eine Rechnungslegung in Höhe von 5367,15 Euro zulasten des Patienten nach sich zog. Der Patient weigerte sich, die Rechnung zu begleichen, unter dem Hinweis, der vorbehandelnde Arzt habe den Diabetestyp bereits eindeutig festgestellt, dies sei dem neu aufgesuchten Arzt auch bekannt gewesen. In der Berufungsbegründung hat der Patient unter anderem auch geltend gemacht, dass die Zustimmung zur Blutentnahme den Arzt nicht zum Abschluss eines Vertrages über die Durchführung eines Gentestes bevollmächtigt habe. Er habe sich schon viele Jahre wegen Diabetes mellitus Typ 2 in Behandlung befunden und sei davon ausgegangen, dass es nur um eine gewöhnliche Blutuntersuchung gehe.
Der III. Senat hat klargestellt, dass der behandelnde Arzt im Regelfall als Stellvertreter des Patienten tätig werde und er, bei Übersendung des Untersuchungsmaterials an den Laborarzt, den damit verbundenen Auftrag grundsätzlich im Namen des Patienten erteile. Der Umfang der somit erteilten Innenvollmacht richte sich jedoch danach, „welche Laboruntersuchungen für die medizinisch notwendige weitere Behandlung objektiv – nicht nach der subjektiven Meinung des behandelnden Arztes – benötigt werden". Auch hat der BGH festgestellt, dass es dem Arzt nicht freistehe, „neue Untersuchungen zulasten des Patienten in Auftrag zu geben, wenn er die entsprechenden Informationen von dem vorbehandelnden Arzt erfragen kann". Nach den klaren Regeln der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) müssten nur medizinisch notwendige Behandlungen vergütet werden.
So lautet auch der Leitsatz dieser Entscheidung: „Der Umfang einer Innenvollmacht, die der Patient dem ihn behandelnden Arzt zum Zwecke der Beauftragung eines externen Laborarztes mit einer Blutuntersuchung stillschweigend erteilt, richtet sich grundsätzlich danach, was im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich ist."
Dieses höchstrichterliche Urteil macht unter anderem auch deutlich, dass bei einem mangelnden Rückgriff auf bereits vorhandene Laborergebnisse oder einem unkritischen Umgang mit der Frage der medizinischen Notwendigkeit die ärztliche Liquidation kritisiert und letztlich nicht anerkannt werden kann beziehungsweise der Arzt darüber hinaus auch Gefahr läuft, in eine Rechtsstreitigkeit mit dem Labor hineingezogen zu werden.

I Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen:

Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z.B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Pxaxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.
Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

Hinweis BÄK:

Stellungnahme der Bundesärztekammer:
Vorhalteleistungen in der eigenen niedergelassenen Praxis (M I) – Praxislabor
Das Praxislabor nach Abschnitt M I ist als Akutlabor in der eigenen niedergelassenen Praxis vorzuhalten. Es ist deshalb auch mit eigenständigen Leistungspositionen und Bewertungen in die GOÄ aufgenommen worden. Leistungen dieses Praxislabors sind entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt M I (Nrn. 3500 bis 3532) nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchungen direkt beim Patienten – dies kann auch beim Hausbesuch sein – oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenentnahme beziehungsweise Probenübergabe an den Arzt erfolgt.
Ausdrücklich ausgeschlossen ist die Berechnungsfähigkeit dieser Leistungen bei Leistungserbringung in einem Krankenhaus. einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis. Da die Leistungserbringung im Krankenhaus ausdrücklich ausgeschlossen ist und dieser Ausschluss nicht auf stationäre Wahlleistungen begrenzt ist, können Leistungen des Abschnittes M I auch nicht im Rahmen der ambulanten Sprechstundenbehandlung des Krankenhausarztes berechnet werden.

3500* Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung

90 6,03
5,25 6,82

Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.

Ausschluss: Neben Nr. 3500 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 27, 28, 437*

Kommentar: Gibt der Patient die erhaltenen Testbriefchen – in der Regel für 3 Stuhlproben von aufeinander folgenden Tagen – nicht vollständig oder gar nicht zurück oder wurden die Stuhlproben nicht in den bezeichneten Stellen aufgetragen und ist somit das Testmate-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

rial nicht auswertbar, kann der Arzt nur die entsprechenden Auslagen für das Testmaterial berechnen. Eine Berechnung der Nr. 3500 aber ist nicht möglich.

3501* **Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)** **60** 4,02
3,50 4,55

Ausschluss: Neben Nr. 3501 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Tipp: Die Entnahme von Venenblut kann neben der Nr. 3500 zusätzlich nach Nr. 250 berechnet werden.

3502* **Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch** **120** 8,04
6,99 9,09

Ausschluss: Neben Nr. 3502 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Eine mechanisierte Differenzierung der Leukozyten ist nach Nr. 3551 abzurechnen.

3503* **Hämatokrit** **70** 4,69
4,08 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3503 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Katalog

Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße **60** 4,02
3,50 4,55

3504* **Erythrozyten**

Ausschluss: Nicht abrechenbar neben Nr. 437*

Kommentar: Die mikroskopische Bestimmung der Erythrozytenzahl im Liquor wird nach Nr. 3669 und die der Leukozytenzahl im Liquor nach Nr. 3670 berechnet.
Bei einer mechanisierten Differenzierung ist nur nach Nr. 3550 abrechenbar.

3505* **Leukozyten**

Ausschluss: Nicht abrechenbar neben Nr. 437*

Kommentar: Bei einer mechanisierten Differenzierung ist nur nach Nr. 3550 abrechenbar.

3506* **Thrombozyten**

Ausschluss: Nicht abrechenbar neben Nr. 437*

Kommentar: Bei einer mechanisierten Differenzierung ist nur nach Nr. 3550 abrechenbar.

3508* **Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z.B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z.B. Punktate, Sekrete, Stuhl)** **80** 5,36
4,66 6,06

Ausschluss: Neben Nr. 3508 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Werden unterschiedliche Körpermaterialien, z.B. Sekrete und Stuhl untersucht, so kann die Leistung in diesem Falle 2x abgerechnet werden. Werden allerdings von einem Material z.B. Punktat, mehrere Nativpräparate angefertigt, so können diese nur einmal berechnet werden. Hinsichtlich der Untersuchung von Urinsedimenten siehe Nrn. 3531, 3532.

3509* **Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z.B. Methylenblau, Lugol), je Material** **100** 6,70
5,83 7,58

Ausschluss: Neben Nr. 3509 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Wie bei der Leistung nach Nr. 3508 ist eine mehrfache Berechnung bei Untersuchung verschiedener Körpermaterialien gestattet. Werden allerdings von einem Material verschiedene Färbungen durchgeführt, so sind diese nur einmal berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3510*	**Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z.B. Gramfärbung), je Präparat**	**120** 6,99	8,04 9,09

Ausschluss: Neben Nr. 3510 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Im Gegensatz zu Nr. 3508 und Nr. 3509 wird hier in der Legende nicht vom Material, sondern von Präparaten gesprochen. Dies bedeutet, dass, wenn es erforderlich ist, aus **einem** Material Präparate in unterschiedlichen Färbungen anzufertigen und diese zu untersuchen, der Ansatz der Nr. 3510 entsprechend der unterschiedlich gefärbten und untersuchten Präparate möglich ist. Um Nachfragen der Krankenkasse zu vermeiden, sollten die Färbemethoden kurz aufgelistet werden.

3511*	**Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung**	**50** 2,91	3,35 3,79

Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.
Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 3511 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 27, 28, 437*

Kommentar: In der Legende wird von einer visuellen Auswertung gesprochen. Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück** ist der Ansatz nach Nr. 3511 auch für apparative Auswertung möglich. Weitere Untersuchungsmöglichkeiten, die nach Nr. 3511 berechnungsfähig sind:

- Liquorschnelldiagnostik mit gebräuchlichen Urinteststreifen
- Lipasediagnostik mittels Latexschnelltest-
- Ph-Untersuchung mit Indikatorpapier/-lösung
- Laktatbestimmung mittels Teststreifen
- Helicobacter pylori-Schnelltest
- Urinasenachweis in Biospiematerial

Werden verschiedene Materialien untersucht, wie z.B. Urin, Blut, Liquor oder Biopsiematerial, so kann die Nr. 3511 entsprechend der verschiedenen Körpermaterialien mehrfach abgerechnet werden. Bei der Abrechnung ist es sinnvoll, die unterschiedlichen Materialien oder die Messgrößen in unterschiedlichen Materialien aufzuführen.
Die Anwendung eines Teststreifens mit mehreren Testfeldern gilt nur als eine Untersuchung.

	Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, je Messgröße	**70** 4,08	4,69 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3512 bis 3521 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Die im Katalog aufgezählten Parameter können in einem Rahmen der Sofort- und Notfalldiagnostik untersucht und berechnet werden. Andere als die aufgezählten Laborparameter dürfen **nicht analog** nach den Katalog-Nrn. 3512 bis 3521 abgerechnet werden, sondern müssen nach den entsprechenden GOÄ-Nrn. der Abschnitte M II bis M IV abgerechnet werden.

Katalog

3512* **Alpha-Amylase**

3513* **Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)**

3514* **Glukose**

3515* **Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)**

3516* **Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase ALAT ALT)**

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

3517* **Hämoglobin**

3518* **Harnsäure**

3519* **Kalium**

3520* **Kreatinin**

3521* **Lipase**

Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, je Messgröße **100** 6,70
5,83 7,58

Ausschluss: Neben Nr. 3523 bis 3526 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Eine quantitative Bestimmung von Antistreptolysin wird nach den entsprechenden Nrn. 4247, 4293 oder 4294 berechnet.

Katalog

3523* **Antistreptolysin (ASL)**

Kommentar: Eine quantitative Bestimmung von Antistreptolysin wird nach den entsprechenden Nrn. 4247, 4293 oder 4294 berechnet.

3524* **C-reaktives Protein (CRP)**

Kommentar: Eine quantitative Bestimmung von CRP wird nach Nr. 3741 berechnet.

3525* **Mononuklosetest**

Kommentar: Eine quantitative Bestimmung des Mononukleose-Tests wird nach Nr. 4305 berechnet.

3526* **Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, je Messgröße – Rheumafaktor (RF)**

Kommentar: Eine quantitative Bestimmung des Rheumafaktors wird nach Nr. 3686 berechnet.

3528* **Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)** **130** 8,71
7,58 9,85

Ausschluss: Neben Nr. 3528 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Die Leistunglegenden nach Nr. 3528 (< 500 U/l) und Nr. 3529 (< 50 U/l) weisen unterschiedliche Nachweisempfindlichkeiten aus und sind daher auch unterschiedlich bewertet. Eine quantitative HCG-Bestimmung wird nach den Nrn. 4024 oder 4053 berechnet.

3529* **Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)** **150** 10,05
8,74 11,37

Ausschluss: Neben Nr. 3529 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Die Leistunglegenden nach Nr. 3528 (< 500 U/l) und Nr. 3529 (< 50 U/l) weisen unterschiedliche Nachweisempfindlichkeiten aus und sind daher auch unterschiedlich bewertet.
Eine quantitative HCG-Bestimmung wird nach den Nrn. 4024 oder 4053 berechnet.

3530* **Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)** **120** 8,04
6,99 9,09

Ausschluss: Neben Nr. 3530 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3531* **Urinsediment** **70** 4,69
4,08 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3531 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3532*	**Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –**	**90** 5,25	6,03 6,82

Ausschluss: Neben Nr. 3532 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

II Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert Nummer 3541.H zu beachten.

Hinweis BÄK:

Stellungnahme der Bundesärztekammer: Basislabor (M II)
In § 4 Abs. 2 Satz 2 ist die Delegation von Laborleistungen an eine Laborgemeinschaft – oder aus von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors – auf Leistungen des Abschnittes M II begrenzt worden. Insofern gilt die bisherige Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, die sich nach altem Recht auf alle Laborleistungen, d.h. alle Leistungen des Abschnitts M bezog, in der neuen GOÄ nur noch für Leistungen des Abschnittes M II.

3541.H*	**Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II**	**480** 27,98	32,17 36,37

Ausschluss: Neben Nr. 3541.H ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Auf einen Blick: **Untersuchungen des Abschnittes M II., für die der Höchstwert nach Nr. 3541.H gilt:**

Untersuchung	GOÄ-Nr.
Albumin	3570.H1*
Alkal. Phosphatase	3587.H1*
Alpha-Amylase	3588.H1*
Anorgan. Phosphat	3580.H1*
Bilirubin, gesamt	3581.H1*
Cholesterin	3562.H1*
Cholinesterase	3589.H1*
Creatinkinase MB	3591.H1*
Creatinkinase	3590.H1*
Gamma-GT	3592.H1*
Gesamt-Protein	3573.H1*
GLDH	3593.H1*
GOT	3594.H1*
GPT	3595.H1*
Harnsäure	3583.H1*
Harnstoff (-N)	3584.H1*
HBDH	3596.H1*
HDL-Cholesterin	3563.H1*
Kreatinin	3585.H1*
LDH	3597.H1*
LDL-Cholesterin	3564.H1*
Lipase	3598.H1*
Proteinelektrophorese i. S.	3574.H1*
Triglyceride	3565.H1*

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

1 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550* **Blutbild und Blutbildbestandteile** **60** 4,02
3,50 4,55

Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden:
Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.

Ausschluss: Neben Nr. 3550 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 23, 437*

Analog: Nr. 3550 analog für die Berechnung des Volumenanteils der Kryoglobuline i. Serum (Kryorit) – Empfehlung nach Kommentar Brück

3551* **Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550** **20** 1,34
1,17 1,52

Ausschluss: Neben Nr. 3551 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3552* **Retikulozytenzahl** **70** 4,69
4,08 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3552 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

2 Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555* **Calcium** **40** 2,68
2,33 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3555 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3556* **Chlorid** **30** 2,01
1,75 2,27

Ausschluss: Neben Nr. 3556 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3557* **Kalium** **30** 2,01
1,75 2,27

Ausschluss: Neben Nr. 3557 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3558* **Natrium** **30** 2,01
1,75 2,27

Ausschluss: Neben Nr. 3558 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3560*	**Glukose**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3560 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Die Leistung nach Nr. 3560 ist bei quantitaviver Bestimmungen für alle Untersuchungsmaterialien abrechnenbar.		
3561*	**Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3561 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3562.H1*	**Cholesterin**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3562.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3563.H1*	**HDL-Cholesterin**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3563.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3564.H1*	**LDL-Cholesterin**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3564.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Wird das LDL-Cholesterin rechnerisch aus den vorhandenen Messwerten von Cholesterin und HDL-Cholesterin und Triglyceriden nach der Friedewald-Formel ermittelt, so kann diese Leistung nicht berechnet werden. Dies gilt auch für die Berechnung von Lipidenquotienten.		
3565.H1*	**Triglyzeride**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3565.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

4 Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3570.H1*	**Albumin, photometrisch**	**30** 1,75	2,01 2,27
Ausschluss:	Neben Nr. 3570.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3571*	**Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3571 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3572*	**Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3572 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3892, 3893, 3894		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3573.H1*	**Gesamt-Protein im Serum oder Plasma**	**30** 1,75	2,01 2,27
Ausschluss:	Neben Nr. 3573.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3574.H1*	**Proteinelektrophorese im Serum**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3574 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Die ggf. erforderliche Bestimmung des Gesamteiweiß kann zusätzlich nach Nr. 3573.H1 berechnet werden.		
3575*	**Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**100** 5,83	6,70 7,58
Ausschluss:	Neben Nr. 3575 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

5 Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3580.H1*	**Anorganisches Phosphat**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3580.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3581.H1*	**Bilirubin, gesamt**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3581.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3582*	**Bilirubin, direkt**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3582.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3583.H1*	**Harnsäure**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3583.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3584.H1*	**Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3584.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3585.H1*	**Kreatinin**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3585.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3587.H1*	**Alkalische Phosphatase**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3587.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3588.H1*	**Alpha-Amylase auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas Amylase** **Ausschluss:** Neben Nr. 3588.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**50** 2,91	3,35 3,79
3589.H1*	**Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3589.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3590.H1*	**Creatinkinase (CK)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3590.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3591.H1*	**Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode** **Ausschluss:** Neben Nr. 3591.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**50** 2,91	3,35 3,79
3592.H1*	**Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3592.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3593.H1*	**Glutamatdehydrogenase (GLDH)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3593.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**50** 2,91	3,35 3,79
3594.H1*	**Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3594.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3595.H1*	**Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3595.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3596.H1*	**Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3596.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3597.H1*	**Laktatdehydrogenase (LDH)** **Ausschluss:** Neben Nr. 3597.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.	**40** 2,33	2,68 3,03
3598.H1*	**Lipase** **Ausschluss:** Neben Nr. 3598.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig. **Kommentar:** Qualitativer Lipasenachweis mittels Latextest nach Nr. 3511 berechnen.	**50** 2,91	3,35 3,79

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3599*	**Saure Phosphatase (sP), photometrisch**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3599.H1 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

6 Gerinnungssystem

3605*	**Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung**	**50** 2,91	3,35 3,79
Ausschluss:	Neben Nr. 3605 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3606*	**Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3606 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3607*	**Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung**	**50** 2,91	3,35 3,79
Ausschluss:	Neben Nr. 3607 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

7 Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

3610*	**Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)**	**100** 5,83	6,70 7,58
Ausschluss:	Neben Nr. 3610 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3611*	**Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)**	**160** 9,33	10,72 12,12
Ausschluss:	Neben Nr. 3611 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	In der Regel finden eine Nüchtern-Blutzucker-Bestimmung am Morgen und 3 weitere Bestimmungen verteilt über den Tag statt. Sind ggf. mehr als 4 Glukosebestimmungen erforderlich, so können diese nach dem GOÄ-Kommentar von **Lang, Schäfer** et alii mit medizinischer Begründung (z.B. diabtische Stoffwechselentgleisung) als Einzelbestimmungen nach Nr. 3560 berechnet werden.		
3612*	**Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)**	**280** 16,32	18,77 21,22
Ausschluss:	Neben Nr. 3612 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Tipp:	Glukose-Testlösung gesondert berechnungsfähig (§10 GOÄ)		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3613*	**Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)**	**160** 9,33	10,72 12,12

Ausschluss: Neben Nr. 3613 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Tipp: Glukose-Probetrank gesondert berechnungsfähig (§10 GOÄ)

3615*	**Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)**	**60** 3,50	4,02 4,55

Ausschluss: Neben Nr. 3615 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Die Bestimmung von Kreatinin erfolgt je einmal im Serum und im Urin.

8 Spurenenlemente

3620*	**Eisen im Serum oder Plasma**	**40** 2,33	2,68 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3620 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3621*	**Magnesium**	**40** 2,33	2,68 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3621 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

III Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmungen

Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nummern 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten

3630.H*	**Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8**	**870** 50,71	58,32 65,92

Ausschluss: Neben Nr. 3630.H ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Auf einen Blick: **Immunfluoreszenz- oder ähnliche lichtmikroskopische Untersuchungen mit H2-Kennzeichnung aus Abschnitt M III 8. von A-Z, die dem Höchstwert Nr. 3630.H unterliegen**

Bestimmung von Auto-Antikörper gegen	GOÄ-Nr.
Basalmembran	**3805.H2***
Centromerregion	**3806.H2***
Endomysium	**3807.H2***
Extrahierbare NA	**3809.H2***
Glatte Muskulatur	**3809.H2***
Haut	**3811.H2***
Herzmuskulatur	**3812.H2***
ICA 3815 Kerne (ANA)	**3813.H2***
Kollagen	**3814.H2***
Langerhans'sche Inseln (ICA)	**3815.H2***
Mikrosomen (Leber)	**3817.H2***

Bestimmung von Auto-Antikörper gegen	GOÄ-Nr.
Mikrosomen (TPO)	**3816.H2***
Mitochondrien	**3818.H2***
nDNA	**3819.H2***
Nebenniere	**3820.H2***
P-/C-ANCA	**3826.H2***
Parietalzellen	**3821.H2***
Skelettmuskulatur	**3822.H2***
Speichelgangepithel	**3823.H2***
Spermien	**3824.H2***
Thyreoglobulin	**3825.H2***
Ähnliche Untersuchungen	**3827.H2***

3631.H* Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10

1400 93,84
81,60 106,08

Ausschluss: Neben Nr. 3631.H ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Auf einen Blick: **Tumormarker-Untersuchungen mit H3-Kennzeichnung aus dem Abschnitt M III 10, die dem Höchstwert nach Nr. 3631.H unterliegen.**

Tumormarker	GOÄ-Nr.
Ca 125	**3900.H3***
Ca 15 – 3	**3901.H3***
Ca 19-9	**3902.H3***
Ca 50	**3903.H3***
Ca 72- 4	**3904.H3***
CEA	**3905.H3***
Cyfra 21 – 1	**3906.H3***
NSE	**3907.H3***
PSA	**3908.H3***
SCC	**3909.H3***
Thymidinkinase	**3910.H3***
TPA	**3911.H3***

3633.H* Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14

550 36,87
32,06 41,68

Ausschluss: Neben Nr. 3633.H ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Auf einen Blick: **Schilddrüsenuntersuchungen mit H4-Kennzeichnung aus Abschnitt M III 14 von A-Z, dem Höchstwert nach Nr. 3633.H unterliegen.**

Laborparameter	GOÄ-Nr.
Freies Thyroxin	**4022.H4***
Freies Trijodthyronin	**4023.H4***
TBG	**3766.H4***
T3-Uptake-Test	**4029.H4***
Thyroxin	**4031.H4***
Trijodthyronin	**4032.H4***

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

1 Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650* **Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung** **60** 4,02
3,50 4,55

Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.

Ausschluss: Neben Nr. 3650 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 27, 28, 437*

3651* **Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –** **70** 4,69
4,08 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3651 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3653

3652* **Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung** **35** 2,35
2,04 2,65

Ausschluss: Neben Nr. 3652 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 27, 28, 437*

Analog: Nr. 3652 analog für Streifentests und für ph-Untersuchungen mit Indikatorpapier oder Indikatorlösung bei anderem Körpermaterial als Urin, z.B. Untersuchung mit Teststreifen im Liquor 3652 A

Tipp: Wird die Untersuchung im Rahmen des Praxislabors M. I nach Nr. 3511 durchgeführt, ergibt sich eine Bewertung von 50 Punkten.

3653* **Urinsediment, mikroskopisch** **50** 3,35
2,91 3,79

Ausschluss: Neben Nr. 3653 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3651

Tipp: Wird die Untersuchung im Rahmen des Praxislabors M. I nach Nr. 3531 durchgeführt, ergibt sich eine Bewertung von 70 Punkten.

3654* **Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch** **80** 5,36
4,66 6,06

Ausschluss: Neben Nr. 3654 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

2 Sekrete, Liquor, Konkremente

3660* **Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung** **40** 2,68
2,33 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3660 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3661* **Gallensediment, mikroskopisch** **40** 2,68
2,33 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3661 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3662* **HCL, titrimetrisch** **70** 4,69
4,08 5,30

Ausschluss: Neben Nr. 3662 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3663*	**Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch**	**160** 9,33	10,72 12,12
Ausschluss:	Neben Nr. 3663 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3668		
3664*	**Spermienagglutination, mikroskopisch**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3664 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3668		
3665*	**Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3665 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3667	**Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3667 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3668		
3668*	**Physikalisch morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)** Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.	**400** 23,31	26,81 30,31
Ausschluss:	Neben Nr. 3668 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3508, 3660, 3663, 3664, 3667, 3712, 3714		
3669*	**Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3669 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Auch Untersuchungen der Erythrozytenzahl in anderen Körpermaterialien z.B. • Gelenkflüssigkeiten • Aszites • Pleurapunktat • Perikardpunktat sind nach Nr. 3669 berechnungsfähig.		
3670*	**Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3670 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Werden die Untersuchungen im Rahmen des Praxislabors M. I nach Nrn. 3504 u. 3505 durchgeführt, ergibt sich eine Bewertung von 60 Punkten. Auch Untersuchungen der Leukozytenzahl in anderen Körpermaterialien z.B. • Gelenkflüssigkeiten • Aszites • Pleurapunktat • Perikardpunktat sind nach Nr. 3670 berechnungsfähig.		
3671*	**Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch**	**160** 9,33	10,72 12,12
Ausschluss:	Neben Nr. 3671 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
Analog:	Nr. 3683 analog für zytochemische Reaktion von Liquorzellen – Empfehlung nach Kommentar Brück		
3672*	**Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch – einschließlich chemischer Reaktionen –**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3672 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3673*	**Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3673 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

3 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680*	**Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch**	**90** 5,25	6,03 6,82
Ausschluss:	Neben Nr. 3680 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Tipp:	Wird die Untersuchung im Rahmen des Praxislabors M. I nach Nrn. 3502 durchgeführt, ergibt sich eine höhere Bewertung von 120 Punkten.		
3681*	**Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3681 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3682*	**Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3682 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3683*	**Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z.B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3683 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 3683 analog ansetzen für Liquorausstrich und Ejakulatausstrich.		
3686*	**Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3686 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3688*	**Osmotische Resistenz der Erythrozyten**	**90** 5,25	6,03 6,82
Ausschluss:	Neben Nr. 3688 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3689*	**Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch**	**160** 9,33	10,72 12,12
Ausschluss:	Neben Nr. 3689 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3690*	**Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3690 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3691	**Hämoglobinelektrophorese**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3691 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3692*	**Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3692 sind die Nrn. 437*, 626 – 629, 632 nicht abrechnungsfähig.		
3693	**Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis bis zu drei Stimulatoren, Sauerstoffaufnahme bis zu drei Stimulatoren, Luminiszenz O_2 Radikale, Degranulierung), je Funktionstest**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3693 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3694*	**Lymphozytentransformationstest**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3694 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3695*	**Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT Test)**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3695 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3696*	**Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflusszytometrie, je Antiserum**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3696 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3697*	**Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflusszytometrie, je Antiserum** Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3697 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Tipp:	Neben Nr. 3697 ist die Nr. 3696 abrechenbar.		
3698*	**Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3698 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3699*	**Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum** Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.	**360** 20,98	24,13 27,28
Ausschluss:	Neben Nr. 3699 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Tipp:	Neben Nr. 3699 ist die Nr. 3698 abrechenbar.		

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

3700* **Tumorstammzellenassay – gegebenenfalls auch von Zellanteilen – zur Prüfung der Zytostatikasensibilität** **2000** 116,57 134,06 151,55

Ausschluss: Neben Nr. 3700 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4 Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710* **Blutgasanalyse (pH und/oder PCO2 und/oder P02 und/oder Hb)** **90** 5,25 6,03 6,82

Ausschluss: Neben Nr. 3710 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 435, 437*, 626 – 630, 632

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer:
Berechnung der Blutgasanalyse (5. Sitzung vom 13. März 1996)

Die Berechnung auf Grundlage der Nr. **3710** GOÄ (Speziallabor) ist zwingend. Die Berechnung daneben der Nr. 303 GOÄ (Punktion oberflächiger Körperteile) sowie der Nr. 3715 (Bikarbonatbestimmung) ist nicht zulässig, da die Leistung nach Nr. 303 nicht vorliegt und die Bikarbonatbestimmung einzig rechnerisch erfolgt, demnach gemäß der Allgemeinen Bestimmun Nr. 5 vor Abschnitt M nicht berechenbar ist. Die Messung und Berechnung nach Nr. 602 GOÄ (Oxymetrie) isz möglich, da diese zwar grundsätzlich aus der Blutgasanalyse unter Einbezug des Hb-Wertes berechenbar ist, dieser aber aktuell nicht vorliegt. Die Messung ist sachlich allerdings nur bei bestimmten Indikationen sinnvoll, z:B. Anämie. In diesen Fällen ist Nr. 602 neben Nr. 3710 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 614 (transcutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks) ist zeitgleich mit der Blutgasanalyse nicht berechenbar, da der Dauerstoffpartialdruck bereits mit der Blutgasanalyse gemessen wird. Möglich ist jedoch die Berechnung der Nrn. 614 und **3710** in den Fällen, in denen die Leistungen zeitgleich getrennt erbracht werden müssen.

3711* **Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)** **40** 2,33 2,68 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3711 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Kommentar: Die Entnahme von Venenblut kann neben der Nr. 3711 zusätzlich nach Nr. 250 berechnet werden.

Tipp: Wird die Untersuchung im Rahmen des Praxislabors M. I nach Nrn. 3501durchgeführt, ergibt sich eine Bewertung von 60 Punkten

3712* **Viskosität (z.B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch** **250** 14,57 16,76 18,94

Ausschluss: Neben Nr. 3712 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3714* **Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin** **40** 2,33 2,68 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 3714 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

3715* **Bikarbonat** **60** 3,50 4,02 4,55

Ausschluss: Neben Nr. 3715 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Beschluss BÄK: Siehe unter Nr. 3710*.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3716*	**Osmolalität**	**50** 2,91	3,35 3,79
Ausschluss:	Neben Nr. 3716 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Wird die Osmolalität mittels Urinteststreifen bestimmt, stehen die Nrn. 3511 oder 3652 zur Verfügung.		

5 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721*	**Glykierte Proteine**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3721 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3722*	**Fructosamin, photometrisch**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3722 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3723*	**Fruktose, photometrisch**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3723 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3724*	**D-Xylose, photometrisch**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3724 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3725*	**Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3725 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3726*	**Fettsäuren, Gaschromatographie**	**410** 23,90	27,48 31,07
Ausschluss:	Neben Nr. 3726 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3727*	**Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation**	**680** 39,64	45,58 51,53
Ausschluss:	Neben Nr. 3727 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3728*	**Lipidelektrophorese, qualitativ**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3728 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3729	**Lipidelektrophorese, quantitativ**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3729 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3730*	**Lipoprotein (a) (Lpa), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Elektroimmundiffusion**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3730 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
A 3732*	**Troponin-T-Schnelltest (analog Nr. 3741* GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. A3732* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Der Troponin-T-Schnelltest ist analog nach Nr. A3732 berechnungsfähig.		
A 3733*	**Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin (analog Nr. 3736* GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. A3733* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Nr. A 3733 kann auch für die Bestimmung anderer Arzneimittel wie z.B. • Carbamazepin • Phenytoin berechnet werden.		
A 3734*	**Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl (analog Nr. 3736* GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. A3734* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

6 Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

3735*	**Albumin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3735 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3736*	**Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3736 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 07.10.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank www.blaek.de) – **Microalbumin-Schnelltest (Micral-Test)** Der genannte Laborparameter kann analog über die Nr. 3736 abgerechnet werden. (A 3736 Microalbumin-Schnelltest/Micral-Test)		
Analog:	Nr. 3736 analog für Latex-Schnelltest auf Alpha1 – Mikroglobulin im Urin– Empfehlung nach Kommentar Brück		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3737*	**Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3737 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3738*	**Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3738 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3739*	**Alpha1-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3739 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3740*	**Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3740 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3741*	**C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3741 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 3741 analog für Troponin I-Schnelltest und für Insulin-like growth factor binding protein 1 (IGFBP-1) – Empfehlung nach Kommentar **Brück**. – Dephosphoryliertes IGFBP-1 ist ein Hauptprotein des Fruchtwassers. Es ist normalerweise in Vaginalsekreten von Nicht-Schwangeren bzw. bei Frauen mit intakter Fruchtblase nicht nachweisbar. Daher weist dephosphoryliertes IGFBP-1 in der Vagina auf das Vorhandensein von Fruchtwasser hin.		
3742*	**Ferritin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3742 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3743*	**Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3743 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
IGeL:	Triple-Test: 3743 (AFP). 4024 (Beta-HCG), 4027 (Östriol)		
3744*	**Fibronectin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3744 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 3744 analog für Untersuchung auf fetales Fibronectin aus Zervikovaginalsekret und für Caproctectin im Stuhl – Empfehlung nach Kommentar **Brück**		
3745*	**Beta2-Glykoprotein II (C3 Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3745 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3746*	**Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3746 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3747*	**Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3747 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3748*	**Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3748 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Mengenbegrenzung bei serologischer Allergiediagnostik**

Dr. med. Stefan Gorlas in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 6 (12.02.2010), S. A254)

In den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M. Laboratoriumsuntersuchungen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist unter der Nr. 6 unter anderem aufgeführt: „Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H.1 bis H.4 gekennzeichnet." Diese Formulierung erweckt den Eindruck, als ob Höchstwerte nur für die mit H.1 bis H.4 gekennzeichneten Untersuchungen bestünden. Tatsächlich enthält das Gebührenverzeichnis jedoch mehrere unterschiedliche Begrenzungsregelungen mit Höchstwertcharakter, so beispielsweise auch Höchstwertregelungen ohne eigene Gebührennummer. Formal sind die letztgenannten Leistungspositionen nicht als Höchstwerte gekennzeichnet. Die Begrenzung ergibt sich aus dem Text der Leistungslegende oder aus Anmerkungen hinter der Gebührennummer, beispielsweise bei der Nr. 3748 GOÄ „Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz".

Auch bei der serologischen Allergiediagnostik besteht beispielsweise für die Nr. 3891 GOÄ „Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen" eine Höchstwertbegrenzung.

Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M. Nr. 6 Satz 1 GOÄ umfassen die in diesem Abschnitt enthaltenen Höchstwerte alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (zum Beispiel Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.

Wird somit im Rahmen einer Allergiebehandlung eine serologische Diagnostik mit Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper notwendig, kann die Nr. 3891 GOÄ je Einzelallergen, maximal zehnmal je Untersuchungsmaterial, das an einem Kalendertag entnommen wurde, berechnet werden.

3749*	**Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3749 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3750*	**Isoelektrische Fokussierung (z.B. Oligoklonale Banden)**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3750 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3751*	**Kryoglobuline, qualitativ, visuell**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3751 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3752*	**Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3752 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3753*	**Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3753 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3754*	**Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3754 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3755*	**Myoglobin, Agglutination, qualitativ**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3755 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3756*	**Myoglobin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3756 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
A 3757*	**Eiweißuntersuchung aus einweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat (analog 3760* GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. A3757* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3758*	**Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3758 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Analoger Ansatz für z.B. Paigen-Test auf Galaktosämie.		
3759*	**Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3759 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Analoger Ansatz für z.B. Paigen-Test auf Galaktosämie.		
3760*	**Protein im Urin, photometrisch**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3760 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3761*	**Proteinelektrophorese im Urin**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3761 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3762*	**Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3762 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3763*	**SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z.B. Westernblot)**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3763 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3764*	**SDS-Polyacrylamidgel Elektrophorese**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3764 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3765*	**Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3765 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Tipp:	Neben Nr. 3765 sind die Nrn. 4042, 4039 abrechenbar.		
3766.H4*	**Thyroxin bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3766.H4 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 4031.H4		
3767*	**Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3767 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3768*	**Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren**	**360** 20,98	24,13 27,28
Ausschluss:	Neben Nr. 3768 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Analoger Ansatz für die chromatographische Isolierung anderer Ig-Klassen, z.B. IgA.		

7 Substrate, Metabolite, Enzyme

3774*	**Ammoniak (NH4)**	**220** 12,82	14,75 16,67
Ausschluss:	Neben Nr. 3774 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3775*	**Bilirubin im Fruchtwasser (E 450), spektralphotometrisch**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3775 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3776*	**Citrat, photometrisch**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3776 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 3776 analog für Carnitin oder Alpha-Glukosidase oder Jod im Urin – Empfehlung nach Kommentar **Brück**		
3777*	**Gallensäuren, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben Nr. 3777 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3778*	**Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3778 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3779*	**Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ**	**40** 2,33	2,68 3,03
Ausschluss:	Neben Nr. 3779 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3780*	**Kreatin**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3780 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3781*	**Laktat, photometrisch**	**220** 12,82	14,75 16,67
Ausschluss:	Neben Nr. 3781 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3782*	**Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3782 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3783*	**Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 3783 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3783* analog	**Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13-C-Harnstoff-Atemtests nach Nr. A 619, ggf. einschl. Probenvorbereitung, insgesamt (analog 3783* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK**	**570** 33,22	38,21 43,19
3784*	**Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3784 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3785*	**Isoenzyme (z.B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3785 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3786*	**Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)**	**220** 12,82	14,75 16,67
Ausschluss:	Neben Nr. 3786 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3787*	**Chymotrypsin (Stuhl)**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3787 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3788*	**Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3788 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3789*	**Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3789 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3790*	**Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3790 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3791*	**Granulozyten-Elastase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben Nr. 3791 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Analoger Ansatz für Pankreas-Elastose mittels Ligandenassay.		
3792*	**Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3792 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3793*	**Lysozym**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3793 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3794*	**Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3794 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3795*	**Tatrathemmbare saure Phosphatase (PSP)**	**110** 6,41	7,37 8,34
Ausschluss:	Neben Nr. 3795 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3796*	**Trypsin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3796 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

8 Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.
Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

GOÄ-Nr. Punktzahl 1fach 2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden **290** 16,90 19,44 21,97

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 3805.H2 bis 3827.H2 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3852

Katalog

3805.H2* **Basalmembran (GBM)**

3806.H2* **Centromerregion**

3807.H2* **Endomysium**

3808.H2* **Extrahierbare, nukleäre Antigen (ENA)**

3809.H2* **Glatte Muskulatur (SMA)**

3810.H2* **Gliadin**

3811.H2* **Haut (AHA, BMA und ICS)**

3812.H2* **Herzmuskulatur (HMA)**

3813.H2* **Kerne (ANA)**

3814.H2* **Kollagen**

3815.H2* **Langerhans Inseln (ICA)**

3816.H2* **Mikrosomen (Thyroperoxidase)**

3817.H2* **Mikrosomen (Leber, Niere)**

3818.H2* **Mitochondrien (AMA)**

3819.H2* **nDNA**

3820.H2* **Nebenniere**

3821.H2* **Parietalzellen (PCA)**

3822.H2* **Skelettmuskulatur (SkMA)**

3823.H2* **Speichelgangepithel**

3824.H2* **Spermien**

3825.H2* **Thyreoglobulin**

3826.H2* **zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)**

3827.H2* **Untersuchungen mit ähnlichem Aufwand**

Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden **510** 29,73 34,19 38,64

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 3832 bis 3854 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3805

Katalog

3832* **Basalmembran (GBM)**

3833* **Centromenegion**

3834* **Endomysium**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3835*	**Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)**		
3836*	**Glatte Muskulatur (SMA)**		
3837*	**Gliadin**		
3838*	**Haut (AHA, BMA und ICS)**		
3839*	**Herzmuskulatur (HMA)**		
3840*	**Kerne (ANA)**		
3841*	**Kollagen**		
3842*	**Langerhans-Inseln (ICA)**		
3843*	**Mikrosomen (Thyroperoxidase)**		
3844*	**Mikrosomen (Leber, Niere)**		
3845*	**Mitochondrien (AMA)**		
3846*	**nDNA**		
3847*	**Parietalzellen (PCA)**		
3848*	**Skelettmuskulatur (SkMA)**		
3849*	**Speichelgangepithel**		
3850*	**Spermien**		
3852*	**Thyreoglobulin**		
3853*	**Zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)**		
3854*	**Untersuchungen mit ähnlichem Aufwand**		

	Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben der Leistung ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

Katalog

3857*	**dDNS**		
3858*	**Histone**		
3859*	**Ribonukleoprotein (RNP)**		
3860	**Sm-Antigen**		
3861*	**SS-A-Antigen**		
3862*	**SS-B-Antigen**		
3863*	**Scl-70-Antigen**		
3864*	**Untersuchungen mit ähnlichem Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben der Leistung ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
3868*	**Azetylcholinrezeptoren**		
3869*	**Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion**		
3870*	**Interferon alpha**		
3871	**Mikrosomen (Thyroperoxydase)**		
3872*	**Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)**		
3873*	**Myeloperoxydase (P-ANCA)**		
3874*	**Proteinase 3 (C-ANCA)**		
3875*	**Spermien**		
3876*	**Thyreoglobulin**		
3877*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand**		
3879*	**Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**550** 32,06	36,87 41,68
Ausschluss:	Neben Nr. 3879 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3881*	**Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben Nr. 3881 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	**90** 5,25	6,03 6,82
Ausschluss:	Neben Nr. 3884 und 3885 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
3884*	**Fc von IgM (Rheumafaktor)**		
3885*	**Thyreoglobulin (Boydentest)**		
Analog:	Nr. 3885 analog für Agglutinationsteste auf Thyreoidea-Peroxidase-(TPO)-Antikörper bzw. mikrosomale Schilddrüsenantikörper (MAK) ansetzen		
	Quantitative Behandlung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3886 und 3889 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
3886*	**Fc von IgM (Rheumafaktor)**		
3889*	**Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

9 Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung:

Neben den Leistungen nach den Nummern 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nummern 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.

3890*	**Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Mischallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3890 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3892, 3893, 3894		
3891*	**Allergenspezifisches Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest (z.B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3891 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3892, 3893, 3894.		
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	► Siehe unter GOÄ-Ratgeber der BÄK zu Nr. 3748*.		
3892*	**Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3892 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3572, 3890, 3891		
3893*	**Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3893 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3572, 3890, 3891		
3894*	**Bestimmung von allergenspezifschem Immunglobulin (z.B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen – gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE –, insgesamt**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 3894 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*, 3572, 3890, 3891		
3895*	**Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Fraktion**	**1100** 64,12	73,73 83,35
Ausschluss:	Neben Nr. 3895 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3896*	**Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzunteruschung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden**	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben Nr. 3896 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3897*	**Untersuchung auf Antikörper gegen Giladin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden**	**510** 29,73	34,19 38,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3897 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3898*	**Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3898 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 3898 analog für die Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigenes Insulin (Autoantikörper) ansetzen.		

10 Tumormarker

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3631.H zu beachten.

3900.H3*	**Ca 125, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3900.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3901.H3*	**Ca 15-3, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3901.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3902.H3*	**Ca 19-9, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3902.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3903.H3*	**Ca 50, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3903.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3904.H3*	**Ca 72-4, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3904.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3905.H3*	**Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3905.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3906.H3*	**Cyfra 21-1, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3906.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3907.H3*	**Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3907.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3908.H3*	**Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3908.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3909.H3*	**Squamous cell carcinoma Antigen (SCC), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3909.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3910.H3*	**Thymidinkinase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3910.H3* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3911.H3* analog	**NMP (Nukleäres-Matrix-Protein) 22 Schnelltest (analog 3911* GOÄ) – n. Empfehlung der BÄK**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3910.H3* analog ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3911.H3*	**Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3911.H3 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

11 Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920*	**Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 3920 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3921*	**Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3921 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3922*	**Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3922 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3923*	**Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)**	**1000** 58,29	67,03 75,77
Ausschluss:	Neben Nr. 3923 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3924*	**Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3924 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3925*	**Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)**	**600** 34,97	40,22 45,46
Ausschluss:	Neben Nr. 3925 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3926*	**Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung**	**2000** 116,57	134,06 151,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3926 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3930*	**Antithrombin III, chromogenes Substrat**	**110** 6,41	7,37 8,34
Ausschluss:	Neben Nr. 3930 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3931*	**Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3931 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3932*	**Blutungszeit**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3932 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3933*	**Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch**	**100** 5,83	6,70 7,58
Ausschluss:	Neben Nr. 3933 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3934*	**Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3934 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3935*	**Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 3935 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3936*	**Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3936 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3937*	**Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3937 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3938	**Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ**	**360** 20,98	24,13 27,28
Ausschluss:	Neben Nr. 3938 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3939*	**Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor**	**460** 26,81	30,83 34,86
Ausschluss:	Neben Nr. 3939 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3940*	**Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor**	**720** 41,97	48,26 54,56
Ausschluss:	Neben Nr. 3940 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3941*	**Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3941 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3942*	**Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3942 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3943*	**Gerinnungsfaktor XII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3943 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3944*	**Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 3944 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3945*	**Heparin, chromogenes Substrat**	**140** 8,16	9,38 10,61
Ausschluss:	Neben Nr. 3945 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3946*	**Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3946 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3947*	**Plasmatauschversuch**	**460** 26,81	30,83 34,86
Ausschluss:	Neben Nr. 3947 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3948*	**Plasminogen, chromogenes Substrat**	**140** 8,16	9,38 10,61
Ausschluss:	Neben Nr. 3948 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3949*	**Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat**	**410** 23,90	27,48 31,07
Ausschluss:	Neben Nr. 3949 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3950*	**Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Faktor**	**480** 27,98	32,17 36,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3950 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3951*	**Protein C-Aktivität**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3951 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3952*	**Protein C-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3952 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Wird keine Doppelbestimmung durchgeführt und damit nur eine Einfachbestimmung, so können nach den Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt M, Abs. 9 nur zwei Drittel, d. h. 66% der Gebühr berechnet werden.		
3953*	**Protein S-Aktivität**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3953 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3954*	**Protein S-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 3954 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3955*	**Reptilasezeit**	**100** 5,83	6,70 7,58
Ausschluss:	Neben Nr. 3955 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3956*	**Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 3956 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3957*	**Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm**	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 3957 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3958*	**Thrombin Antithrombin Komplex (TAT Komplex), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**480** 27,98	32,17 36,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3958 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3959*	**Thrombinkoagulasezeit**	**100** 5,83	6,70 7,58
Ausschluss:	Neben Nr. 3959 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3960*	**Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung**	**70** 4,08	4,69 5,30
Ausschluss:	Neben Nr. 3960 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3961*	**Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 3961 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3962*	**Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 3962 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3963*	**Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**480** 27,98	32,17 36,37
Ausschluss:	Neben Nr. 3963 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3964*	**C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat**	**360** 20,98	24,13 27,28
Ausschluss:	Neben Nr. 3964 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3965*	**C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**	**260** 15,15	17,43 19,70
Ausschluss:	Neben Nr. 3965 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3966*	**Gesamtkomplement AH 50**	**600** 34,97	40,22 45,46
Ausschluss:	Neben Nr. 3966 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
3967*	**Gesamtkomplement CH 50**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 3967 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 3968–3971 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
3968*	**Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis**		
3969*	**Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**		
3970*	**Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis**		
3971*	**Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**		

13 Blutgruppenmerkmale, HLA System

3980*	**ABO-Merkmale**	**100** 5,83	6,70 7,58
3981*	**ABO-Merkmale und Isoagglutinine**	**180** 10,49	12,07 13,64
3982*	**ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)**	**300** 17,49	20,11 22,73
IGeL:	Blutgruppenbestimmung auf Wunsch des Patienten		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3983*	**ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)**	**500** 29,14	33,52 37,89
	Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale	**120** 6,99	8,04 9,09
	Bei den Leistungen nach den Nrn. 3984–3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.		
Katalog			
3984*	**im NaCl- oder Albumin-Milieu (z.B. P, Lewis, MNS), je Merkmal**		
3985*	**im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. C, Kell, D, Duffy), je Merkmal**		
3986*	**im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z.B. Kidd, Lutheran), je Merkmal**		
3987*	**Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)**	**140** 8,16	9,38 10,61
3988*	**Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens drei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)**	**200** 11,66	13,41 15,15
3989*	**Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation**	**60** 3,50	4,02 4,55
3990*	**Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu**	**70** 4,08	4,69 5,30
3991*	**Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu**	**100** 5,83	6,70 7,58
3992*	**Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- der Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation**	**30** 1,75	2,01 2,27
3993*	**Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 3989 oder 3992**	**400** 23,31	26,81 30,31

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
3994*	**Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z.B. Kälteagglutimne, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)**	**140** 8,16	9,38 10,61
3995*	**Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden**	**350** 20,40	23,46 26,52
Ausschluss:	Ausschlußnummer: Neben Nr. 3995 ist die Nr. 3996 nicht abrechnungsfähig.		
3996*	**Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden**	**600** 34,97	40,22 45,46
Ausschluss:	Ausschlußnummer: Neben Nr. 3996 ist die Nr. 3995 nicht abrechnungsfähig.		
3997*	**Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren**	**120** 6,99	8,04 9,09
3998*	**Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren, im Anschluss an die Leistung nach Nummer 3989 ider 3997, je Antiserum**	**90** 5,25	6,03 6,82
3999*	**Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung** Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.	**360** 20,98	24,13 27,28
4000*	**Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest**	**200** 11,66	13,41 15,15
4001*	**Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im ABO-System** Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.	**300** 17,49	20,11 22,73
4002*	**Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle**	**100** 5,83	6,70 7,58
4003*	**Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung**	**400** 23,31	26,81 30,31

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Dichtegradientenisolierung der Spermien (ICSI)

(Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde).

Die Dichtegradientenisolierung der Spermien ist nach Nr. 4003 berechnungsfähig. Die Leistung ist je Sitzung nur einmal ansatzfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4004*	**Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen**	**750** 43,72	50,27 56,83
4005*	**Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004**	**3000** 174,86	201,09 227,32
4006*	**Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum**	**30** 1,75	2,01 2,27
4007*	**Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006**	**3600** 209,83	241,31 272,78
4008*	**Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt**	**2500** 145,72	167,58 189,43
4009*	**Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt**	**2700** 157,38	180,98 204,59
4010*	**HLA-Isoantikörpernachweis**	**800** 46,63	53,62 60,62
4011*	**Spezifizierung der HLA Isoantikörper, insgesamt**	**1600** 93,26	107,25 121,24
4012*	**Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen**	**750** 43,72	50,27 56,83
4013*	**Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender – einschließlich Kontrollen –**	**4600** 268,12	308,34 348,56
4014*	**Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person**	**2300** 134,06	154,17 174,28

14 Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung:

Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

Auf einen Blick:

Schilddrüsenuntersuchungen mit H4-Kennzeichnung aus Abschnitt M III 14 von A-Z, dem Höchstwert nach Nr. 3633.H unterliegen

Laborparameter	GOÄ-Nr.
Freies Thyroxin	**4022.H4***
Freies Trijodthyronin	**4023.H4***
TBG	**3766.H4***
T3-Uptake-Test	**4029.H4***
Thyroxin	**4031.H4***
Trijodthyronin	**4032.H4***

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
Katalog			
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben der Leistung ist Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4020*	**Cortisol**		
4021*	**Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)**		
4022.H4*	**Freies Trijodthyronin (fT3)**		
4023.H4*	**Freies Thyroxin (fT4)**		
4024*	**Humanes Choriongonadotropin (HCG)**		
4025*	**Insulin**		
4026*	**Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)**		
4027*	**Östriol**		
4028*	**Plazentalaktogen (HPL)**		
4029.H4*	**T3-Uptake-Test (TBI, TBK)**		
4030.H4*	**Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)**		
4031.H4*	**Thyroxin**		
4032.H4*	**Trijodthyronin**		
4033*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**350** 20,40	23,46 26,52
Ausschluss:	Neben der Leistung ist Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4035*	**17-Alpha-Hydroxyprogesteron**		
4036*	**Androstendion**		
4037*	**Dehydroepiandrosteron (DHEA)**		
4038*	**Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)**		
4039*	**Östradiol**		
4040*	**Progesteron**		
4041*	**Prolaktin**		
4042*	**Testosteron**		
4043*	**Wachstumshormon (HGH)**		
4044*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**480** 27,98	32,17 36,37
Ausschluss:	Neben der Leistung ist Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Kommentar:	Wird nur eine Einfachbestimmung durchgeführt, sind nur 66% der Gebühr – in diesem Fall 18,65 Euro – mit dem entsprechenden Multiplikator abrechenbar.		
Katalog			
4045*	**Aldosteron**		
4046*	**C-Peptid**		
4047*	**Calcitonin**		
4048*	**cAMP**		
4049*	**Corticotropin (ACTH)**		
4050*	**Erythropoetin**		
4051*	**Gastrin**		
4052*	**Glukagon**		
4053*	**Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauteringravidität**		
4054*	**Osteocalcin**		
4055*	**Oxytocin**		
4056*	**Parathormon**		
4057*	**Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Messpunkten**		
4058*	**Reninkonzentration**		
4060*	**Somatomedin**		
4061*	**Vasopressin (Adiuretin, ADH)**		
4062*	**Untersuchungen mit ähnlichem Aufwand**		

	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**750** 43,72	50,27 56,83
Ausschluss:	Neben der Leistung ist Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4064*	**Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)**		
4065*	**Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)**		
4066*	**Pankreatisches Polypeptid (PP)**		
4067*	**Parathyroid hormone related peptide**		
4068*	**Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)**		
4069*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4070*	**Thyreoglobulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper –**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 4070 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4071 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4071*	**5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)**		
4072*	**Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin**		
4073*	**Homovanillinsäure im Urin (HVA)**		
4074*	**Metanephrine**		
4075*	**Serotonin**		
4076*	**Steroidprofil**		
4077*	**Vanillinmandelsäure (VMA)**		
4078*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4079*	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendungen der Gaschromatographie-Massenspektromie**	**350** 20,40	23,46 26,52
Ausschluss:	Neben Nr. 4079 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4080*	**5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 4080 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 4080 analog für die semiquantitative Bestimmung von Katecholaminen im Harn ansetzen.		
4081*	**Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 4081 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4082*	**Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**140** 8,16	9,38 10,61
Ausschluss:	Neben Nr. 4082 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4083*	**Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und Bezugskurve – oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4083 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4084*	**Gesamt Östrogene im Urin, photometrisch**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4084 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4085*	**Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4085 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4086*	**Östrogenrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –**	**1200** 69,94	80,44 90,93
Ausschluss:	Neben Nr. 4086 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4087*	**Progesteronrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –**	**1200** 69,94	80,44 90,93
Ausschluss:	Neben Nr. 4087 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4088*	**Andere Hormonrezeptoren (z.B. Androgenrezeptoren) – einschließlich Aufbereitung –**	**1200** 69,94	80,44 90,93
Ausschluss:	Neben Nr. 4088 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4089*	**Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 4089 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

15 Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen:

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

Kommentar:
Die Kosten für Arzneimittel können in Verbindung mit Funktionstesten als Auslagen nach § 10 GOÄ gesondert berechnet werden

4090*	**ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Ausschlußnummer: Neben Nr. 4090 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4091*	**ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4091* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4092*	**Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)**	**1140** 66,45	76,41 86,38
Ausschluss:	Neben Nr. 4092 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4093*	**Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)**	**1000** 58,29	67,03 75,77
Ausschluss:	Neben Nr. 4093 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4094*	**CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)**	**2190** 127,65	146,80 165,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4094 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4095*	**D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 4095 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4096*	**Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 4096 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4097*	**Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4097 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4098*	**Dexamethasonhemmtest, Verabreichungvon jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4098 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4099*	**Dexamethasonhemmtest, Verabreichungvon jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4099 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4100*	**Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)**	**280** 16,32	18,77 21,22
Ausschluss:	Neben Nr. 4100 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4101*	**Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)**	**3840** 223,82	257,40 290,97
Ausschluss:	Neben Nr. 4101 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4102*	**GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)**	**2100** 122,40	140,76 159,12
Ausschluss:	Neben Nr. 4102 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4103*	**HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)**	**700** 40,80	46,92 53,04
Ausschluss:	Neben Nr. 4103 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4104*	**Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)**	**960** 55,96	64,35 72,74
Ausschluss:	Neben Nr. 4104 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4105*	**Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4105 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4106*	**Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)**	**3840** 223,82	257,40 290,97
Ausschluss:	Neben Nr. 4106 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4107*	**Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 4107 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4108*	**Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)**	**200** 11,66	13,41 15,15
Ausschluss:	Neben Nr. 4108 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4109*	**LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)**	**1000** 58,29	67,03 75,77
Ausschluss:	Neben Nr. 4109 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4110*	**MEGX-Test (Monoethylglycinxylidid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4110 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4111*	**Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)**	**700** 40,80	46,92 53,04
Ausschluss:	Neben Nr. 4111 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4112*	**Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)**	**2880** 167,87	193,05 218,23
Ausschluss:	Neben Nr. 4112 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4113*	**Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)**	**1920** 111,91	128,70 145,49
Ausschluss:	Neben Nr. 4113 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4114*	**Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)**	**1920** 111,91	128,70 145,49
Ausschluss:	Neben Nr. 4114 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4115*	**Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)**	**1920** 111,91	128,70 145,49
Ausschluss:	Neben Nr. 4115 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4116*	**Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)**	**1080** 62,95	72,39 81,84
Ausschluss:	Neben Nr. 4116 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4117*	**TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)**	**500** 29,14	33,52 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 4117 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4118*	**Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)**	**720** 41,97	48,26 54,56
Ausschluss:	Neben Nr. 4118 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

16 Porphyrine und ihre Vorläufer

4120*	**Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4120 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4121*	**Gesamt-Porphyrine, photometrisch**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4121 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4122*	**Gesamt-Porphyrine, qualitativ**	**120** 6,99	8,04 9,09
Ausschluss:	Neben Nr. 4122 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4123	**Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ**	**60** 3,50	4,02 4,55
Ausschluss:	Neben Nr. 4123 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4124*	**Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4124 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4125*	**Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material**	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4125 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4126*	**Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material**	**460** 26,81	30,83 34,86
Ausschluss:	Neben Nr. 4126 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

17 Spurenelemente, Vitamine

4130* **Eisen im Urin, Atomabsorption** **120** 8,04 6,99 9,09

Ausschluss: Neben Nr. 4130 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4131* **Kupfer im Serum oder Plasma** **40** 2,68 2,33 3,03

Ausschluss: Neben Nr. 4131 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4132* **Kupfer im Urin, Atomabsorption** **410** 27,48 23,90 31,07

Ausschluss: Neben Nr. 4132 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Analog: Nr. 4132 analog für Kupfer in Gewebeproben mit Atomabsorption ansetzen.

4133* **Mangan, Atomabsorption, flammenlos** **410** 27,48 23,90 31,07

Ausschluss: Neben Nr. 4133 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4134* **Selen, Atomabsorption, flammenlos** **410** 27,48 23,90 31,07

Ausschluss: Neben Nr. 4134 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4135* **Zink, Atomabsorption** **90** 6,03 5,25 6,82

Ausschluss: Neben Nr. 4135 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4138* **25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –** **480** 32,17 27,98 36,37

Ausschluss: Neben Nr. 4138 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4139* **1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-OH2D3, Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –** **750** 50,27 43,72 56,83

Ausschluss: Neben Nr. 4139 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

4140* **Folsäure und/oder Vitamin B 12, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –** **250** 16,76 14,57 18,94

Ausschluss: Neben Nr. 4140 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie **360** 24,13 20,98 27,28

Ausschluss: Neben Nr. 4141 und 4142 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

Katalog

4141* **Vitamin A**

4142* **Vitamin E**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	**570** 33,22	38,21 43,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4144* bis 4147* ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4144*	**25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)**		
4145*	**Vitamin B 1**		
4146*	**Vitamin B 6**		
4147*	**Vitamin K**		

18 Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

	Untersuchung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben der Leistung ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4150*	**Amikacin**		
4151*	**Amphetamin**		
4152*	**Azetaminophen**		
4153*	**Barbiturate**		
4154*	**Benzodiazepine**		
4155*	**Cannabinoide**		
4156*	**Carbamazepin**		
4157*	**Chinidin**		
4158*	**Cocainmetabolite**		
4160*	**Desipramin**		
4161*	**Digitoxin**		
4162*	**Digoxin**		
4163*	**Disopyramid**		
4164*	**Ethosuximid**		
4165*	**Flecainid**		
4166*	**Gentamicin**		
4167*	**Lidocain**		
4168*	**Methadon**		
4169*	**Methotrexat**		
4170*	**N-Azetylprocainamid**		
4171*	**Netilmicin**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4172*	**Opiate**		
4173*	**Phenobarbital**		
4174*	**Phenytoin**		
4175*	**Primidon**		
4176*	**Propaphenon**		
4177*	**Salizylat**		
4178*	**Streptomycin**		
4179*	**Theophyllin**		
4180*	**Tobramicin**		
4181*	**Valproinsäure**		
4182*	**Untersuchungen mit ähnlichem Aufwand**		
4185*	**Cyclosporin (mono- oder polyspezifsch), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –**	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben Nr. 4185 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
	Untersuchung mittels Ligandenassay – einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	**700** 40,80	46,92 53,04
Ausschluss: *Katalog*	Neben der Leistung ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4186*	**Amitryptilin**		
4187*	**Imipramin**		
4188*	**Nortriptylin**		
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**410** 23,90	27,48 31,07
Ausschluss: *Katalog*	Neben Nr. 4190 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4190*	**Aluminium**		
4191*	**Arsen**		
4192*	**Blei**		
4193*	**Cadmium**		
4194*	**Chrom**		
4195*	**Gold**		
4196*	**Quecksilber**		
4197*	**Thallium**		
4198*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben Nr. 4199–4202 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4199*	**Amiodarone**		
4200*	**Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)**		
4201*	**Chinidin**		
4202*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	**450** 26,23	30,16 34,10
Ausschluss:	Neben Nr. 4203 und 4204 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4203*	**Antibiotika**		
4204*	**Antimykotika**		
	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**410** 23,90	27,48 31,07
Katalog			
4206*	**Valproinsäure**		
4207*	**Ethanol**		
4208*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4209*	**Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung**	**480** 27,98	32,17 36,37
Ausschluss:	Neben Nr. 4209 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4210*	**Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung**	**900** 52,46	60,33 68,20
Ausschluss:	Neben Nr. 4210 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4211*	**Ethanol, photometrisch**	**150** 8,74	10,05 11,37
Ausschluss:	Neben Nr. 4211 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Analog:	Nr. 4211 analog für qualitative Drogenschnellteste ansetzen.		
4212*	**Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ**	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4212 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
4213*	**Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten R1-Werten, je Untersuchung**	**360** 20,98	24,13 27,28
Ausschluss:	Neben Nr. 4213 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4214*	**Lithium**	**60** 3,50	4,02 4,55

Ausschluss: Neben Nr. 4214 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.

19 Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Kommentar:
Beispiel: Nr. 4220* (Borrelien qualitativ) nicht neben Nr. 4236 (Borrelien quantitativ), nicht neben Nr. 4252 (Borrelien qualitativ), nicht neben Nr. 4264 (Borrelien quantitativ) und nicht neben Nr. 4286 (Borrelien, Ligandenassay). Kurzgefasst: Eine Borrelien-Bestimmung nie neben einer anderen Borrelien-Bestimmung.

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**90** 5,25	6,03 6,82

Ausschluss: Neben Nr. 4220–4234 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*

Katalog

4220* **Borrelia burgdorferi**

4221* **Brucellen**

4222* **Campylobacter**

4223* **Francisellen**

4224* **Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ**

4225* **Leptospiren**

4226* **Listerien, je Typ**

4227* **Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)**

4228* **Salmonellen-H-Antigene**

4229* **Salmonellen-O-Antigene**

4230* **Staphylolysin**

4231* **Streptolysin**

4232* **Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL Test)**

4233* **Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ**

4234* **Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**

Kommentar: Nr. 4234 kann z.B. angesetzt werden für
- Helicobacter pylori Antikörper-Schnelltest
- Streptozyme-Test

Analog: Analoger Ansatz der Nr. 4234* für quantitativen Schnelltest auf C-reaktives Protein (CRP).

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Quantitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**230** 13,41	15,42 17,43
Ausschluss: *Katalog*	Neben Nr. 4235–4250 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
4235*	**Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)**		
4236*	**Borrelia burgdorferi**		
4237*	**Brucellen**		
4238*	**Campylobacter**		
4239*	**Francisellen**		
4240*	**Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ**		
4241*	**Leptospiren**		
4242*	**Listerien, je Typ**		
4243*	**Rickettsien**		
4244*	**Salmonellen-H-Antigene**		
4245*	**Salmonellen-O-Antigene**		
4246*	**Staphylolysin**		
4247*	**Streptolysin**		
4248*	**Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)**		
4249*	**Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ**		
4250*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss: *Katalog*	Neben Nr. 4251–4261 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
4251*	**Bordetella pertussis**		
4252*	**Borrelia burgdorferi**		
4253*	**Chlamydia trachomatis**		
4254*	**Coxiella burneti**		
4255*	**Legionella pneumophila**		
4256*	**Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)**		
4257*	**Mycoplasma pneumoniae**		
4258*	**Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)**		
4260*	**Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)**		
4261*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**510** 29,73	34,19 38,64
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nrn. 437*.		
Katalog			
4263*	**Bordetella pertussis**		
4264*	**Borrelia burgdorferi**		
4265*	**Chlamydia trachomatis**		
4266*	**Coxiella burneti**		
4267*	**Legionella pneumophila**		
4268*	**Mycoplasma pneumoniae**		
4269*	**Rickettsien**		
4270*	**Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)**		
4271*	**Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)**		
4272*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4273*	**Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden – Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)**	**800** 46,63	53,62 60,62
Ausschluss:	Neben Nr. 4273 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4275–4785 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4275*	**Campylobacter**		
4276*	**Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)**		
4277*	**Chlamydia trachomatis**		
4278*	**Coxiella burneti**		
4279*	**Gonokokken**		
4280*	**Leptospiren**		
4281*	**Listerien**		
4282*	**Mycoplasma pneumoniae**		
4283*	**Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)**		
4284*	**Yersinien**		
4285*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
Kommentar:	Als ähnliche Untersuchung ist. z.B. eine Brucellose-KBR (nach Brück) anzusehen.		
Analog:	Analoger Ansatz der Nr. 4285 für Pilz-KBR.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**350** 20,40	23,46 26,52
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
Katalog			
4286*	**Borrelia burgdorferi**		
4287*	**Campylobacter** Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
4288*	**Coxiella burneti** Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
4289*	**Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)** Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
4290*	**Mycoplasma pneumoniae** Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
4291*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
Analog:	Analoger Ansatz der Nr. 4291 für: • Pilz-Immunassays • Quantitative Bestimmung von Troponin I oder Troponin T mittels Ligandenassay		

	Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden	**180** 10,49	12,07 13,64
Ausschluss:	Neben Nr. 4293 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4293*	**Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**		
4294*	**Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden – Streptolysin, Hämolysehemmung**		
4295*	**Streptokokken Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden**		
4296*	**Streptokokken Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Farbreaktion und visuell**		
4297*	**Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ**		

GOÄ-Nr.	Punktzahl	2,3 / *1,8
	1fach	3,5 / *2,5

20 Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Kommentar:
Siehe Kommentar zu Allgemeinen Bestimmungen vom Unterkapitel „19 Antikörper gegen Bakterienantigen“.

Auf einen Blick:
Einteilung der Antikörper-Bestimmungen gegen Virusantigene

Untersuchungsmethode	GOÄ-Nrn.
Qualitative Agglutinationsreaktionen	4300 – 4302
Quantitative Agglutinationsreaktionen (auch HiG-Test)	4305 – 4307
Qualitative Immunfluoreszenz	4310 – 4335
Quantitative Immunfluoreszenz	4337 – 4363
Komplementbindungsreaktionen	4365 – 4376
Ligandenassays	4378 – 4406
Immunoblot	4408 – 4409

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) **90** 6,03 5,25 6,82
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben den Nrn. 4300–4307 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*

Katalog

4300* **Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)**

4301* **Röteln-Virus**

4302* **Untersuchungen mit analogem methodischen Aufwand**

4305* **Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)**

4306* **Röteln-Virus**

4307* **Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlichen Untersuchungsmethoden – Adenoviren **290** 19,44 16,90 21,97
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben Nr. 4310–4335 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*

Katalog

4310* **Adenoviren**

4311* **Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)**

4312* **Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)**

4313* **Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)**

4314* **Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4315*	**Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted**		
4316*	**Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)**		
4317*	**FSME-Virus**		
4318*	**Herpes simplex Virus 1 (IgG)**		
4319*	**Herpes simplex Virus 1 (IgM)**		
4320*	**Herpes simplex Virus 2 (IgG)**		
4321*	**Herpes simplex Virus 2 (IgM)**		
4322*	**HIV 1**		
4323*	**HIV 2**		
4324*	**Influenza A-Virus**		
4325*	**Influenza B-Virus**		
4327*	**Masern Virus**		
4328*	**Mumps Virus**		
4329*	**Parainfluenza Virus 1**		
4330*	**Parainfluenza Virus 2**		
4331*	**Parainfluenza Virus 3**		
4332*	**Respiratory syncytial virus**		
4333*	**Tollwut Virus**		
4334*	**Varizella-Zoster-Virus**		
4335*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**510** 29,73	34,19 38,64
Ausschluss:	Neben Nr. 4337–4363 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4337*	**Adenoviren**		
4338*	**Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)**		
4339*	**Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)**		
4340*	**Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)**		
4341*	**Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus**		
4342*	**Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted**		
4343*	**Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)**		
4344*	**FSME-Virus**		
4345*	**Herpes simplex-Virus 1 (IgG)**		
4346*	**Herpes simplex-Virus 1 (IgM)**		
4347*	**Herpes simplex-Virus 2 (IgG)**		
4348*	**Herpes simplex-Virus 2 (IgM)**		
4349*	**HIV 1**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4350*	**HIV 2**		
4351*	**Influenza A-Virus**		
4352*	**Influenza B-Virus**		
4353*	**Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus**		
4354*	**Masern-Virus**		
4355*	**Mumps-Virus**		
4356*	**Parainfluenza-Virus 1**		
4357*	**Parainfluenza-Virus 2**		
4358*	**Parainfluenza-Virus 3**		
4359*	**Respiratory syncytial-virus**		
4360*	**Röteln-Virus**		
4361*	**Tollwut-Virus**		
4362*	**Varizella-Zoster Virus**		
4363*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement-bindungsreaktion (KBR) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben Nr. 4365–4376 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4365*	**Adenoviren**		
4366*	**Coronaviren**		
4367*	**Influenza A-Virus**		
4368*	**Influenza B-Virus**		
4369*	**Influenza C-Virus**		
4370*	**Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus**		
4371*	**Parainfluenza-Virus 1**		
4371a*	**Parainfluenza-Virus 2**		
4372*	**Parainfluenza-Virus 3**		
4373*	**Polyomaviren**		
4374*	**Reoviren**		
4375*	**Respiratory syncytial-virus**		
4376*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**240** 13,99	16,09 18,19
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4378–4389 ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
Katalog			
4378*	**Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)**		
4379*	**FSME-Virus (IgG und IgM)**		
4380*	**HBe-Antigen (IgG und IgM)**		
4381*	**HBs-Antigen**		
4382*	**Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)**		
4383*	**Hepatitis A-Virus (IgM)**		
4384*	**Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)**		
4385*	**Masern-Virus (IgG und IgM)**		
4386*	**Mumps-Virus (IgG und IgM)**		
4387*	**Röteln-Virus (IgG und IgM)**		
4388*	**Varizella Zoster-Virus (IgG und IgM)**		
4389*	**Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**300** 17,49	20,11 22,73
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4390–4400 ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
Katalog			
4390*	**Cytomegalie-Virus (IgM)**		
4391*	**Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)**		
4392*	**FSME-Virus (IgM)**		
4393*	**HBc-Antigen (IgG und IgM)**		
4394*	**Herpes simplex-Virus (IgM)**		
4395*	**HIV**		
4396*	**Masern-Virus (IgM)**		
4397*	**Mumps-Virus (IgM)**		
4398*	**Röteln-Virus (IgM)**		
4399*	**Varizella Zoster-Virus (IgM)**		
4400*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**350** 20,40	23,46 26,52
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4402–4404 ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*.		
Katalog			
4402*	**HBc-Antigen (IgM)**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4403*	**HBe-Antigen (IgM)**		
4404*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	**800** 46,63	53,62 60,62
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4405–4409 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4405*	**Delta-Antigen**		
4406*	**Hepatitis C-Virus**		
4408*	**Hepatitis C-Virus, Immunoblot**		
4409*	**HIV, Immunoblot**		
Analog:	Nr. 4409 analog für Radioimmunpräzipitationstest (Ripa) ansetzen.		

21 Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4415 und 4416 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4415*	**Candida albicans**		
4416*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**510** 29,73	34,19 38,64
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4418 und 4419 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4418*	**Candida albicans**		
4419*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**90** 5,25	6,03 6,82
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4421–4423 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
Katalog			
4421*	**Aspergillus**		
4422*	**Candida albicans**		
4423*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**240** 13,99	16,09 18,19
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4425–4427 ist folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4425*	**Aspergillus**		
4426*	**Candida albicans**		
4427*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

22 Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**90** 5,25	6,03 6,82
Ausschluss:	Neben Nr. 4430–4432 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4430*	**Echinokokken**		
4431*	**Schistosomen**		
4432*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**240** 13,99	16,09 18,19
Ausschluss:	Neben Nr. 4435–4437* ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4435*	**Echinokokken**		
4436*	**Schistosomen**		
4437*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**290** 16,90	19,44 21,97
Ausschluss:	Neben den Nr. 4440–4447 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4440*	**Entamoeba histolytica**		
4441*	**Leishmanien**		
4442*	**Plasmodien**		
4443*	**Pneumocystis carinii**		
4444*	**Schistosomen**		
4445*	**Toxoplasma gondii**		
4446*	**Trypanosoma cruzi**		
4447*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**510** 29,73	34,19 38,64
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4448–4453 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 437*		
Katalog			
4448*	**Entamoeba histolytica**		
4449*	**Leishmanien**		
4450*	**Pneumocystis carinii**		
4451*	**Plasmodien**		
4452*	**Schistosomen**		
4453*	**Toxoplasma gondii**		
Analog:	Nr. 4453 analog für Farbtest nach Sabin-Feldmann ansetzen.		
4454*	**Trypanosoma cruzi**		
4455*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Ausschluss:	Neben den Nrn. 4456–4460 ist die Nr. 437* nicht abrechnungsfähig.		
Katalog			
4456*	**Echinokokken**		
4457*	**Entamoeba histolytica**		
4458*	**Leishmanien**		
4459*	**Toxoplasma gondii**		
4460*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**230** 13,41	15,42 17,43
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 437*		
Katalog			
4461*	**Toxoplasma gondii**		
4462*	**Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
A 4463*	**Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschl. Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve (analog Nr. 4462 GOÄ) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen d. Bundesärztekammer** Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**230** 13,41	15,42 17,43
Ausschluss:	Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr.437*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**350** 20,40	23,46 26,52
Katalog			
4465*	**Entamoeba histolytica**		
4466*	**Leishmanien**		
4467*	**Schistosomen**		
4468*	**Toxoplasma gondii**		
4469*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

IV Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmungen

Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muss die Art der berechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.

1 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum **130** 7,58 8,71 9,85
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Katalog

4500* **Betahämolysierende Streptokokken Typ B**

4501* **Hämophilus influenzae Kapseltyp B**

4502* **Neisseria meningitidis Typen A und B**

4503* **Streptococcus pneumoniae**

4504* **Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 07.10.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Streptokokken (Strep-A-Test)
Der Schnelltest auf der Basis eines Ligandenassays kann analog über die Nummer 4504 (Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Auwand) berechnet werden.
(A 4504 Strep-A-Test)

Analog: Nr. 4504 analog für Schnellteste auf Ligandenassay-Basis oder andere immunologische Methoden ansetzen, z.B. für Chlamydien-, Streptokokken-A- und -B-, Plasmodium-(Malaria-)Schnellteste.

4504* analog **Streptokokken A-Schnelltest (analog Nr. 4504* GOÄ) – n. Empfehlung von Analog Ziffern der PVS**

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich einfacher Anfärbung, qualitativ, je Untersuchung **90** 5,25 6,03 6,82
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss: Neben der Leistung ist nicht abrechnungsfähig: Nr. 3509*

Katalog

4506* **Methylenblaufärbung**

4508* **Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich einfacher Anfärbung, qualitativ, je Untersuchung – Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**

Analog: Nr. 4508 analog für biochemische Chlamydien-Schnellteste ansetzen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich aufwendigerer Anfärbung – qualitativ, je Untersuchung Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
4510*	**Giemsafärbung (Punktate)**		
4511*	**Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)**		
4512*	**Ziehl-Neelsen-Färbung**		
4513*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen – qualitativ, je Untersuchung Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**160** 9,33	10,72 12,12
Katalog			
4515*	**Auraminfärbung**		
4516*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4518*	**Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum** Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.	**250** 14,57	16,76 18,94
	Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- und Radioimmunassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4520*	**Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B**		
4521*	**Enteropathogene Escherichia coli-Stämme**		
4522*	**Legionellen**		
4523*	**Neisseria meningitidis**		
4524*	**Neisseria gonorrhoeae**		
4525*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

b Züchtung und Gewebekultur

4530* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach einfacher Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z.B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium** **80** 4,66 5,36 6,06

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmalerial ist nicht zulässig.

4531* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium** **100** 5,83 6,70 7,58

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4532* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO_2-Atmosphäre, je Nährmedium** **100** 5,83 6,70 7,58

4533* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium** **250** 14,57 16,76 18,94

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4538* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z.B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium** **120** 6,99 8,04 9,09

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4539* **Untersuchung zum Nachweis von Bakterien nach besonders aufwendiger Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z.B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium diffcile Agar), je Nährmedium** **250** 14,57 16,76 18,94

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4540* **Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial** **400** 23,31 26,81 30,31

4541* **Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz** **350** 20,40 23,46 26,52

4542* **Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung** **250** 14,57 16,76 18,94

4543* **Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung** **500** 29,14 33,52 37,89

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

c Identifizierung / Typisierung

4545*	**Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakerien mit einfachen Verfahren (z.B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim**	**60** 3,50	4,02 4,55
4546*	**Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z.B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim**	**120** 6,99	8,04 9,09
4547*	**Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z.B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-, Agar), je Keim**	**120** 6,99	8,04 9,09
4548*	**Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim**	**160** 9,33	10,72 12,12
4549*	**Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe – mindestens zwanzig Reaktionen –, je Keim**	**240** 13,99	16,09 18,19
4550*	**Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim**	**330** 19,23	22,12 25,01
4551*	**Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberkulosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen** Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.	**300** 17,49	20,11 22,73
	Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.	**60** 3,50	4,02 4,55
Katalog			
4553*	**Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)**		
4554*	**Neisser Färbung (Bakterienkulturausstrich)**		
4555*	**Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)**		
4556*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4560*	**Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum**	**290** 16,90	19,44 21,97
	Beta-hämolysierende Streptokokken Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4561*	**Beta-hämolysierende Streptokokken**		
4562*	**Enteropathogene Escherichia coli-Stämme**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4563*	**Legionellen**		
4564*	**Neisseria meningitidis**		
4565*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**410** 23,90	27,48 31,07
Katalog			
4567*	**Anaerobier**		
4568*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4570*	**Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z.B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie – einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z.B. Extraktion) und Derivatisierungreaktion –, je Untersuchung**	**570** 33,22	38,21 43,19
4571*	**Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung**	**570** 33,22	38,21 43,19
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**120** 6,99	8,04 9,09
Katalog			
4572*	**Beta-hämolysierende Streptokokken**		
4573*	**Escherichia coli**		
4574*	**Salmonellen**		
4575*	**Shigellen**		
4576*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4578*	**Brucellen**		
4579*	**Pseudomonaden**		
4580*	**Staphylokokken**		
4581*	**Salmonellen**		
4582*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4584*	**Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch spektrometrische oder elektrochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94
4585*	**Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z.B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung**	**350** 20,40	23,46 26,52

d Toxinnachweis

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4590*	**Clostridium difficile, tetani oder botulinum**		
4591*	**Enteropathogene Escheria coli-Stämme**		
4592*	**Staphylococcus aureus**		
4593*	**Vibrionen**		
4594*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand**		

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4596*	**Clostridium botulinum**		
4597*	**Corynebacterium diphtheriae**		
4598*	**Staphylokokkentoxin**		
4599*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

4601*	**Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung** Die Art des untersuchten Toxins ist in der Rechnung anzugeben. Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.	**500** 29,14	33,52 37,89

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

e Keimzahl, Hemmstoffe

4605*	**Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z.B. Cult-dip Plus, Dip-Slide, Uricount, Uricult, Uriline, Urotube), semiquantitativ, je Untersuchung**	**60** 3,50	4,02 4,55
4606*	**Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial**	**250** 14,57	16,76 18,94
4607*	**Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material**	**60** 3,50	4,02 4,55

f Empfindlichkeitstestung

4610*	**Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz** Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.	**20** 1,17	1,34 1,52
4611*	**Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz**	**30** 1,75	2,01 2,27
4612*	**Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz**	**50** 2,91	3,35 3,79
4613*	**Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz**	**75** 4,37	5,03 5,68
Analog:	Nr. 4613 analog für MHK-Bestimmung mittels E-Test (PDM-Epsilometer) ansetzen.		
4614*	**Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

2 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a Untersuchungen im Nativmaterial

	Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z.B. Latex-Agglutination), je Untersuchung Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**60** 3,50	4,02 4,55
Katalog			
4630*	**Rota-Viren**		
4631*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
	Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluss- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**80** 4,66	5,36 6,06
Katalog			
4633*	**Herpes simplex Viren**		
4634*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4636*	**Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum**	**290** 16,90	19,44 21,97
4637*	**Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung**	**3180** 185,35	213,16 240,96
4640*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Adeno-Viren** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
4641*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Hepatitis A-Viren** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
4642*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
4643*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Hepatitis B-Viren (HBs Antigen)** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4644*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Influenza-Viren** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
4645*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung – Parainfluenza-Viren** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung** Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
4646*	**Rota-Viren**		
4647*	**Respiratory syncytial virus**		
4648*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

b Züchtung

4655*	**Untersuchung zum Nachweis von Viren nach Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz**	**450** 26,23	30,16 34,10

c Identifizierung, Charakterisierung

4665*	**Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z.B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz**	**250** 14,57	16,76 18,94
4666*	**Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz**	**250** 14,57	16,76 18,94
4667*	**Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94
4668*	**Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung**	**330** 19,23	22,12 25,01
4670*	**Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum**	**290** 16,90	19,44 21,97

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4671*	**Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung**	**3180** 185,35	213,16 240,96
	Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4675*	**Adeno-Viren**		
4676*	**Influenza-Viren**		
4677*	**Parainfluenza-Viren**		
4678*	**Rota-Viren**		
4679*	**Respiratory syncytial virus**		
4680*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

3 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a Untersuchungen im Nativmaterial

	Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.	**120** 6,99	8,04 9,09
Katalog			
4705*	**Aspergillus**		
4706*	**Candida**		
4707*	**Kryptokokkus neoformans**		
4708*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4710*	**Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material**	**80** 4,66	5,36 6,06
4711*	**Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z.B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material**	**120** 6,99	8,04 9,09
4712*	**Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum**	**290** 16,90	19,44 21,97
4713*	**Untersuchung von Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

b Züchtung

4715* **Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z.B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium** **100** 5,83 6,70 7,58

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Unlersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4716* **Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z.B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium** **120** 6,99 8,04 9,09

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4717* **Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z.B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium** **120** 6,99 8,04 9,09

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.

c Identifizierung, Charakterisierung

4720* **Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz** **120** 6,99 8,04 9,09

4721* **Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz** **250** 14,57 16,76 18,94

4722* **Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (z.B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) –, je Untersuchung** **120** 6,99 8,04 9,09

4723* **Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum** **290** 16,90 19,44 21,97

4724* **Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung** **250** 14,57 16,76 18,94

d Empfindlichkeitstestung

4727* **Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz** **120** 6,99 8,04 9,09

4728* **Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest** **250** 14,57 16,76 18,94

Analog: Nr. 4728 analog für mykologische minimale Hemmkonzentration – Bestimmung (MHK, engl. Minimal inhibitory concentration, MIC) – Empfehlung nach Kommentar Brück

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

4 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast)-, qualitativ, je Untersuchung **120** 6,99 8,04 9,09
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Katalog

4740* **Amöben**

4741* **Lamblien**

4742* **Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)**

4743* **Trichomonaden**

4744* **Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier**

4745* **Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**

Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast)-, nach einfacher Anreicherung (z.B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung **160** 9,33 10,72 12,12
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Katalog

4748* **Lamblien**
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

4749* **Trichomonaden**

4750* **Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier**

4751* **Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**
Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen (In-vitro-Fertilisation)
Die Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.
Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen kann analog über die Nr. 4751 abgerechnet werden. Die Nr. 4751 analog ist im Behandlungsfall nur einmal ansatzfähig.

4751* analog **Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen (analog 4751* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, einschließlich aufwendigerer Anfärbung-, qualitativ, je Untersuchung Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4753*	**Giemsafärbung (Blutausstrich) (z.B. Malariaplasmodien)**		
4754*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4756*	**Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung**	**200** 11,66	13,41 15,15
4757*	**Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z.B. Lugolfärbung oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z.B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z.B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z.B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94
4758*	**Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum**	**290** 16,90	19,44 21,97
4759*	**Ligandenassay (z.B. Enzym-, Radioimmunoassay) -gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94

b Züchtung

	Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4760*	**Amöben**		
4761*	**Lamblien**		
4762*	**Trichomonaden**		
4763*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

c Identifizierung

	Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.	**120** 6,99	8,04 9,09
Katalog			
4765*	**Trichomonaden**		
4766*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		
4768*	**Ligandenassay (z.B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung**	**250** 14,57	16,76 18,94

d Xenodiagnostische Untersuchungen

	Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.	**250** 14,57	16,76 18,94
Katalog			
4770*	**Trypanosoma cruzi**		
4771*	**Untersuchungen mit ähnlichem methodischen Aufwand**		

5 Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nummern 4780* bis 4787* ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder Material nach Anzüchtung) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugben.

4780*	**Isolierung von Nukleinsäuren**	**900** 52,46	60,33 68,20
4781*	**Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym**	**150** 8,74	10,05 11,37
4782*	**Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase**	**500** 29,14	33,52 37,89
4783*	**Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)**	**500** 29,14	33,52 37,89
4784*	**Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)**	**1000** 58,29	67,03 75,77

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4785*	**Identifizienzng von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde**	**300** 17,49	20,11 22,73
4786*	**Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z.B. Dot-Blot, Slot-Blot)**	**600** 34,97	40,22 45,46
4787*	**Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung**	**2000** 116,57	134,06 151,55

N Histologie, Zytologie und Zytogenetik

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Histopathologie: Ein „Material" (1)

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 7 (17.02.2006), Seite A-427 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4313.4314

Der Begriff „Material" wird in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Bezug auf histopathologische Untersuchungen nicht definiert – weder vor Abschnitt N (Histologie, Zytologie und Zytogenetik) noch im Unterabschnitt NI. Daher wird üblicherweise die Definition aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) herangezogen. Ein „Material" kann demnach definiert werden als

- ein Organ einheitlicher histologischer Struktur,
- ein Gewebe einheitlicher histologischer Struktur,
- ein Organteil unterschiedlich definierter histologischer Struktur beziehungsweise unterschiedlich definierter Lokalisation oder
- ein Gewebeteil unterschiedlich definierter histologischer Struktur beziehungsweise unterschiedlich definierter Lokalisation.

Die Definition des Materials als ein „Organ einheitlicher histologischer Struktur" klingt einfach. Ein Organ einheitlicher histologischer Struktur ist zum Beispiel ein Lymphknoten. Viele Organe zeichnen sich jedoch gerade dadurch aus, dass sie physiologischerweise aus mehreren Organteilen und/oder Geweben mit unterschiedlichen histologischen Strukturen bestehen. Das Organ Magen hat beispielsweise drei Organteile, die sich durch eine unterschiedliche histologische Struktur auszeichnen (Cardia, Corpus und Antrum). Das Organ Mamma besteht natürlicherweise aus mehreren Geweben unterschiedlicher histologischer Struktur wie Drüsen- und Fettgewebe. Wenn es sich um ein Operationspräparat der Mamma handelt, können zusätzlich (je nach Präparat) histologisch Haut, Unterhaut, Muskelfaszie, Tumoranteile und/oder eine Wundhöhle unterschieden werden. „Gewebe einheitlicher histologischer Struktur" sind beispielsweise Samenleiter, die im Rahmen einer Vasektomie entfernt werden. Allerdings handelt es sich auch hier um zwei „Materialien", weil die Lokalisation unterschiedlich ist (rechter/linker Samenleiter). Ein weiterer Punkt der Definition eines „Materials" ist neben der histologischen Struktur die Lokalisation. So haben beispielsweise Biopsien der Prostata in der Regel eine einheitliche histologische Struktur. Bei der Entnahme dieser Proben definiert der Urologe jedoch unterschiedliche Lokalisationen, die er dem Pathologen übermittelt. Diese Unterscheidung ist notwendig, um bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms Lokalisation und Volumen des Tumors bestimmen und daraus auf Art und Umfang der Therapie schließen zu können. Es handelt sich demnach in der Regel um Proben von einheitlicher histologischer Struktur, aber unterschiedlich definierter Lokalisation. Die Berechnung der Nummer 4802 GOÄ je Probe ist hier notwendig und zulässig (Amtsgericht Düsseldorf, Az.: 41 11502/05).

Im Wesentlichen kann man also die Definition „ein Material" in Bezug auf die Leistungen in Abschnitt NI der GOÄ auf die Punkte einheitliche histologische Struktur versus nicht einheitliche histologische Struktur und/oder einheitliche Lokalisation versus unterschiedlicher Lokalisation reduzieren (Amtsgericht Hamburg, Az.: 18B C 235/00, und Amtsgericht Weilburg, Az.: 5 C 411/00).

Histopathologie: Ein „Material" (2) – Beispiele

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 9 (03.03.2006), Seite A-566 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4313.5597

Der Begriff „Material" wird in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Bezug auf histopathologische Untersuchungen nicht definiert. Im GOÄ-Ratgeber DÄ, Heft 7/2006 wurde die Definition ein „Material" im Wesentlichen auf die Punkte einheitliche versus nicht einheitliche histologische Struktur und einheitliche versus unterschiedliche Lokalisation reduziert. Weitere Beispiele sollen zur Veranschaulichung beitragen. Für die histologische Aufarbeitung von Lymphknoten sind die Leitlinien der Fachgesellschaften bedeutsam, weil dort beschrieben wird, wie viele Lymphknoten entnommen und bearbeitet werden müssen, um für den vorliegenden Tumor ein ausreichendes Staging (Tumorstadieneinteilung) durchführen zu können. Es besteht Einigkeit zwischen der Bundesärztekammer und dem Berufsverband der Pathologen, dass die Anzahl von Lymphknoten berechnet werden kann, die laut Leitlinie entnommen werden musste (und zur Untersuchung vorliegt). Gibt es keine konsentierte Leitlinie, war man einig, dass maximal zehn Lymphknoten je Region (zum Beispiel Level I beim Mammakarzinom) berechnungsfähig sein sollen. Verschiedene Lokalisationen ergeben sich auch aus den Angaben des Operateurs und der sachgerechten Aufarbeitung des Präparates durch den Pathologen. Einen Sonderfall stellt dabei die Präparatradiographie dar, bei der das entnommene Gewebe vor der histologischen Bearbeitung geröntgt wird. Beim Mammakarzinom lassen sich so Mikroverkalkungen erkennen, die als tumorverdächtig gelten, da das Mammakarzinom häufig multifokal auftritt. Die verdächtigen Areale werden immer in Schnittserien aufgearbeitet, die Berechnung erfolgt jedoch nur einmal pro Lokalisation. Auch lassen sich in der Präparatradiographie zusätzlich zu den anatomisch definierten Schnitträndern klar abzugrenzende Schnitt-/Resektionsränder (Lokalisation) darstellen, die dann separat aufgearbeitet werden müssen. Dies ist notwendig, da es sich gerade bei den typischen Wuchsformen des Mammakarzinoms nicht um rein kugelige oder würfelförmige Tumoren handelt. Das mit 60–70 Prozent häufigste intraduktale (= innerhalb der Drüsengänge) Karzinom (Carcinoma ductale in situ) zeigt ein feinfingerförmiges Wachstum, das makroskopisch vom Operateur in der Regel nicht zu erkennen ist. Um die Ausdehnung des Karzinoms sicher festzustellen, muss eine aufwendige Aufarbeitung des Präparates erfolgen, um die Ausdehnung rekonstruieren und daraus Schlüsse für die Therapie ziehen zu können. Auch das lobuläre (= läppchenartige) Karzinom zeigt eine besondere Wachstumsform, die bis an die Resektionsränder reichen kann. Zusätzlich finden sich im Umfeld des eigentlichen Karzinoms häufig weitere noch nicht invasive Karzinome (= Carcinoma lobulare in situ). Für einfache Präparate reicht üblicherweise eine Einbettung von vier bis sechs Resektionsrändern. Dies würde beim Mammakarzinom die Gefahr deutlich erhöhen, Tumorausläufer im Randbereich zu übersehen. Das Operationspräparat der Prostata ergibt notwendigerweise unterschiedliche Materialien/Lokalisationen: Absetzungsränder (je rechts und links) von Urethra, Blase, Prostataapex, mittlerem Prostatalappen, Prostatabasis, Samenblasen und Samenleitern.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_16,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Gynäkologische Zytologie: Neue Verfahren
Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 33 (18.08.2006), Seite A-2194 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4277.4278
Häufig gefragt wird nach der Abrechnung neuer Verfahren der gynäkologischen Zytologie nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die flüssigkeitsgestützte Zytologie (Liquid based Cytology) ist ein neueres Verfahren zum zytologischen Screening des Zervixkarzinoms. Bei der konventionellen Entnahmetechnik werden mittels Bürstchen entnommene Zellen direkt auf dem Objektträger aufgetragen und fixiert. Bei der neueren Technik werden die entnommenen Zellen zunächst in einem Fixierungs- und Transportmedium aufgefangen und versandt. Vor der weiteren Bearbeitung werden im Labor Verunreinigungen wie Blut durch Filtern oder Zentrifugieren beseitigt, gefolgt von einer speziellen Aufbereitung zu einschichtigen Zellverbänden (Monolayer-Technik), die auf den Objektträger übertragen werden. Anschließend erfolgt die übliche Färbung und die automatische rechnergestützte (Vor-)Auswertung des Präparates. Abschließend findet bei einer gewissen Anzahl der Präparate eine manuelle mikroskopische Nachbefundung statt. Diese Methode kann nicht unter die Leistungen nach den Nummern (Nrn.) 4851 oder 4852 GOÄ als Modifikation subsumiert werden, sondern ist eine selbstständige ärztliche Leistung, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten und daher nach § 6 Abs. 2 GOÄ analog zu bewerten ist. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine Abrechnung analog nach der Nummer (Nr.) 4815 GOÄ, da diese nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig ist. Neben der Nr. 4815 GOÄ analog für dieses Verfahren sind die Nrn. 4851 und 4852 GOÄ nicht berechnungsfähig. Die Nr. 1105 „Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten" ist nur dann anzuwenden, wenn Material aus der Gebärmutterhöhle gewonnen wird. Die gezielte zytologische Abstrichentnahme unter Spiegeleinstellung von der Portiooberfläche sowie aus dem Zervikalkanal ist mit der Nr. 297 GOÄ „Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – [...]" zu bewerten, da es sich eben nicht um eine Abnahme von Material aus der Gebärmutterhöhle (Cavum uteri), sondern um Material vom Gebärmuttermund (Portio) und -halskanal (Zervikalkanal) handelt. Die Nr. 297 GOÄ ist neben der Nr. 27 GOÄ „Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut – einschließlich [...] Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, [...]" nicht berechnungsfähig. Ein Ausweichen auf eine andere Gebührenposition (beispielsweise auch Nr. 1103 GOÄ) ist nicht zulässig. Wird etwa bei Verdacht auf ein Endometriumkarzinom eine Gewebegewinnung aus der Gebärmutterhöhle durchgeführt, so ist der Inhalt der Nr. 1105 GOÄ erfüllt und diese berechnungsfähig. Eine Analogie ist weder notwendig noch korrekt. Sowohl bei der Entnahme von Zellen nach Nr. 297 GOÄ als auch bei der nach Nr. 1105 GOÄ sind die Kosten für Material mit der Gebührenposition abgegolten. Dies ist in den Ergänzenden Bestimmungen zu den Nrn. 297 „Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten" und 1105 „einschließlich Kosten" eindeutig geregelt. Diese Kosten können auch nicht als Auslagen vom Labor in Rechnung gestellt werden, da die Sachkosten mit der Gebühr für die Entnahme abgegolten sind.

I Histologie

4800 Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials

217 29,09
12,65 44,27

Ausschluss: Neben Nr. 4800 sind für dasselbe Material folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4801, 4802, 4810, 4811, 6015, 6016, 6017, 6018

Kommentar: Die Nrn. 4800, 4801, 4802, 4810 und 4811 betreffen nach der Leistungslegende die Untersuchung **je Material** und nicht je angefertigtes Präparat. Werden aus einem Material mehrere Präparate angefertigt, so kann die entsprechende Untersuchung trotzdem nur einmal berechnet werden.
Wezel/Liebold geht in seiner Kommentierung allerdings davon aus, dass wenn „...z.B. aus einem Organ mehrere Proben aus unterschiedlich definierten Stellen bzw. mit unterschiedlich definierter Gewebsstruktur entnommen und in getrennten Behältern der histologischen Untersuchung zugeführt werden, so handelt es sich um jeweils ein neues Material ..." und so kann die entsprechende Untersuchungsnummer jeweils erneut berechnet werden.

4801 Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut

289 38,74
16,85 58,96

Ausschluss: Neben Nr. 4801 sind für dasselbe Material folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4802, 4810, 4811, 4816

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 4800

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4802	**Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z.B. Knochen mit Entkalkung)**	**289** 16,85	38,74 58,96
Ausschluss:	Neben Nr. 4802 sind für dasselbe Material folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801, 4810, 4811, 4816, 6015, 6016, 6017, 6018		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 4800		
4810	**Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik**	**289** 16,85	38,74 58,96
Ausschluss:	Neben Nr. 4810 sind für dasselbe Material die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801, 4802, 4811, 4815, 4816		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 4800		
4811	**Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z.B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie**	**289** 16,85	38,74 58,96
Ausschluss:	Neben Nr. 4811 sind für dasselbe Material die folgenden Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801, 4802, 4810		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 4800		
4815	**Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z.B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)**	**350** 20,40	46,92 71,40
Ausschluss:	Neben Nr. 4815 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4810, 4850, 4851, 4852		
4816	**Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)**	**250** 14,57	33,52 51,00

II Zytologie

4850*	**Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –** Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.	**87** 5,07	9,13 12,68
Ausschluss:	Neben Nr. 4850 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 297, 4851		
Beschluss BÄK:	**Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer Mehrfachberechnung der 4851. bzw. Nebeneinanderberechnung der Nrn. 4850, 4851, 4852, 1105 GOÄ (10. Sitzung vom 18. Juli 1997)** Eine Mehrfachberechnung der Nr. 4851 GOÄ (z.B. wenn der gynäkologischen Krebsvorsorge Material sowohl aus der Portio als auch aus der Gebärmutterhöhle (nach Nr. 1105 GOÄ) untersucht wird), ist nicht möglich, weil in der Legende zu Nr. 4851 sowohl auf den zeitlichen Zusammenhang als auch auf den Plural „Präparate" abgestellt ist und zusätzlich noch klargestellt ist, „zum Beispiel aus dem Genitale der Frau". Damit fallen Untersuchungen beider Abstrichentnahmen unter die nur einmalige Berechenbarkeit der Nr. 4851. Aus denselben Gründen ist auch der eigenständige Ansatz der Nr. 4852 neben der Nr. 4851 für die Untersuchung des Materials nach Nr. 1105 GOÄ nicht möglich, zumal hier auf andere Materialien als diejenigen nach Nr. 4851 abgestellt ist. Hinsichtlich der Nebeneinanderberechnung der Nrn. **4850** und 4851 sieht der Ausschuss diese als möglich an, da Nr. 4851 nur auf die Krebsdiagnostik abgestellt ist und die Leistung nach Nr. 4850 nicht unter die „gegebenenfalls" in Nr. 4851 eingeschlossene „Beurteilung nicht zytologischer mikroskopischer Befunde" fällt. Zu beachten ist hier aber der Ausschluss der Nr. 297 neben Nr. **4850** aus der Anmerkung nach Nr. **4850** . Dies berücksichtigt bereits die partielle Leistungsüberschneidung bei Nebeneinandererbringung der Leistungen nach Nr. 4851 und Nr. **4850**.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
4851*	**Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z.B. aus dem Genitale der Frau) – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –** Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.	**130** 7,58	13,64 18,94

Ausschluss: Neben Nr. 4851 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 4850 (bei Untersuchungen aus demselben Material)

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 4850*

Kommentar: Die erforderliche Leistung für die Entnahme und Aufbereitung des Materials kann neben den Nrn. 4851 und 4852 mit der Leistung nach Nr. 297 abgerechnet werden.

4852*	**Zytologische Untersuchung von z.B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –, je Untersuchungsmaterial**	**174** 10,14	18,26 25,35

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 4850*

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –
Empfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurden.
- Mikroskopisch-zytologische Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel (In-vitro-Fertilisation)
Die mikroskopisch-zytologische Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel ist über die Nr. 4852 analog berechnungsfähig. Die Nr. 4852 analog ist je entnommenem Follikel berechnungsfähig.
Mikroskopische Untersuchung der Prä-Embryonen vor Embryotransfer (In-vitro-Fertilisation)
Die mikroskopische Untersuchung der Prä-Embryonen vor Embryotransfer kann unter der Nr. 4852 analog berechnet werden. Die Nr. 4852 analogist je Prä-Embryo berechnungsfähig und schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (u.a. mikroskopisch-zytologische Untersuchung der Prä-Embryonenkulturen, Grading der Embryonenqualität, Schrift- und Fotodokumentation).
Beurteilung des Pronucleus-Stadiums – PN-Stadium (In-vitro-Fertilisation)
Die Nr. 4852 kann analog für die Beurteilung des PN-Stadiums berechnet werden; der Ansatz ist je Einzelle möglich. Eingeschlossen ist die Beurteilung, ob ein PN-Stadium erreicht wurde, die Beurteilung etwaiger Auffälligkeiten an der Einzelle, sowie die Dokumentation.

Kommentar: Die erforderliche Leistung für die Entnahme und Aufbereitung des Materials kann neben den Nrn. 4851 und 4852 mit der Leistung nach Nr. 297 abgerechnet werden.

4852* analog	**1. Mikroskop.-zytolog. Untersuchung aus dem Ovar entnommener Follikel oder 2. Beurteilung des Pronukleus-Stadiums oder 3. Mikroskop. Untersuchung Prä-Embryonen (analog 4852* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK**	**174** 10,14	18,26 25,35

4860*	**Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) – einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung –, auch mehrere Präparate**	**160** 9,33	16,79 23,31

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

III Zytogenetik

4870* **Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –** **273** 15,91 28,64 39,78

Ausschluss: Neben Nr. 4870 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 297

4871* **Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –** **289** 16,85 30,32 42,11

Ausschluss: Neben Nr. 4871 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 297

4872* **Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –** **1950** 113,66 204,59 284,15

Ausschluss: Neben Nr. 4872 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 297, 4873

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermiengewinnung (Kryokonservierung)

Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurde.

Werden zur Durchführung einer IVF oder einer ICSI kombinierten IVF Spermien verwendet, die aus operativ entnommenen kryokonservierten Hodengewebsproben entstammen, so sind hierfür nach Auftauen des Materials spezielle Leistungen zur Spermiengewinnung erforderlich.

Für die biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermiengewinnung, einschließlich Untersuchung der Hodengewebsproben nach dem Auftauen, kann die Nr. 4872 analog berechnet werden. Die Nr. 4872 analog ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

4872* analog **Biochem.-mechan. Gewebepräparation zur Spermiengewinnung (analog 4872* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** **1950** 113,66 204,59 284,15

4873* **Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –** **3030** 176,61 317,90 441,53

Ausschluss: Neben Nr. 4873 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 297, 4873

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 09.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) –

Empfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer – die mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, dem BMG, BMI abgestimmt wurden.

Ansetzen der Prä-Embryonenkulturen (In-vitro-Fertilisation)

Das Ansetzen der Prä-Embryonenkulturen kann nach Nr. 4873 analog abgerechnet werden. Die Analogposition ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Prä-Embryonenkultur angesetzt wird. Die Nr. 4873 analog schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (u.a. Ansetzen der Kulturen, Umsetzen der Embryonen in neue Kulturplatten zur Vorbereitung für den Transfer und jeweilige Dokumentation).

Mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II- Oozyte unter Mikrokulturbedingungen (ICSI)

Die mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II-Oozyte unter Mikrokulturbedingungen, einschließlich Vorbehandlung des Follikelpunktats und Entfernung des Eizellkumulus, kann über die Nr. 4873 analog berechnet werden. Die Nr. 4873 ist je punktierte Oozyte berechnungsfähig.

Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen (In-vitro-Fertilisation)

Für das Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen ist analog die Nr. 4873 ansatzfähig. Die Nr. 4873 analog ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Kultur angelegt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 schließt sämtliche, damit methodisch in Zusammenhang stehende Maßnahmen ein (u.a. Umsetzen der

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

gewonnenen Eizellen in vorbereitete Kulturschalen, mikroskopische Kontrolle der Vorkulturen, Ansetzen der eigentlichen Eizell-Spermien-Kulturen, Dokumentation der Entwicklung am folgenden Tag, Putzen der Eizell-kumuluskomplexe unter mikroskopischer Kontrolle nach Beendigung der Eizell-Spermien-Kulturen).

4873* analog	**1. Anlegen der Eizell-Spermien-Kultur oder**	**3030**	317,90
	2. Ansetzen der Prä-Embryonen-Kulturen	176,61	441,53
	3. Mikroskop. durchgeführte Isolierung eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II Oozyte unter Mikrokulturbedingungen einschl Borbehandlung des Follikel-punktats und Entfernung des Eizellkumulus, je punktierte OOzyte (analog 4873* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebühr-enordnung“ der BÄK		

O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

IGeL-Radiologie

Radiologen können von GKV-Patienten gemäß Bundesmantelvertrag (BMV) nur auf Überweisung eines anderen Vertragsarztes in Anspruch genommen werden. Selten kommen aber auch Patienten direkt zum Radiologen, um bestimmte Wunschleistungen zu verlangen z.B.

- Früherkennung Osteoporose (Knochendichtemessung)
- auf Patientenwunsch eine präventive oder (Befund) kontrollierende
  - Mammographie
  - Sonographie
  - kernspintomographische Untersuchungen der Mamma
- Errechnung des wahrscheinlichen Größenwachstums anhand von Röntgenbildern bei nicht pathologischem Minder- oder Riesenwuchs

Um späteren Problemen bei der Abrechnung zu entgehen, sollte der Radiologe stets prüfen, ob der Patient die Untersuchung zur Abklärung einer Erkrankung wünscht und, wenn dies der Fall ist, daraufhin weisen, dass die Untersuchung ggf. auf Überweisung durch einen anderen Vertragsarzt (z.B. Hausarzt, Internisten, Gynäkologen) als Kassenleistung erfolgen könnte. Möglicherweise ist eine telefonische Rücksprache mit dem behandelnden Arzt sinnvoll und erbringt die erforderliche Überweisung.

Werden vom Patienten Wunschuntersuchungen erbeten oder mit einem Überweisungsschein radiologische Untersuchungen verlangt, die nicht als vertragsärztliche Leistungen berechnungsfähig sind – z.B. eine MRT-Untersuchung der Herzkranzgefäße – muss der Patient aufgeklärt werden, dass die erwünschte Untersuchung nur gegen Privatliquidation (als IGeL-Leistung) erfolgen kann. Mit dem Patienten sollte dann ein entsprechender Vertrag geschlossen werden, der deutlich macht, dass es sich um eine **Wunschleistung** auf **eigene Kosten des Patienten** handelt und nicht um eine GKV-Leistung. Ferner sollten im Vertrag die **verabredeten Leistungen und die Kosten nach GOÄ mit Steigerungssätzen** angegeben sein.

Alle nachfolgend aufgeführten Untersuchungen sind als Wunschleistungen des Patienten/der Patientin (IGeL-Leistungen) ohne einen aktuellen Krankheitsverdacht aufzufassen. In mehreren Fällen wurden die Informationen einzelner Radiologen oder radiologischer Klinikabteilungen aus dem Internet an ihre Patienten dargestellt.

Früherkennung Osteoporose (Knochendichtemessung)

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5380*	Osteodensitometrie von Skelettteilen mit quant. CT oder digitaler Röntgentechnik	17,49	**31,48**

Lungenkrebsvorsorge (CT-Raucher-Screening)

Eine radiologische Praxis in Berlin (www.roentgenpraxis-lichterfelde.de/igel/lungenkrebsvorsorge.php) informiert zu dieser angebotenen Leistung Patienten mit folgendem Text:

Lungenkrebsvorsorge (CT-Raucher-Screening)
Wenn Sie z.B. als Raucher mit deutlich erhöhtem Lungenkrebsrisiko den möglichst sicheren Ausschluss eines Lungen tumors wünschen, sollten Sie ein Lungenscreening mit Niedrig-Dosis-CT des Thorax durchführen lassen. Damit lässt sich auch ein kleiner noch symptomloser Raucher-Lungenkrebs in allen Abschnitten der Lunge deutlich besser entdecken als mit den konventionellen Röntgenaufnahmen des Thorax. Dabei erfahren Sie dann auch, ob und wie stark der Nikotinkonsum Ihre Lunge oder die Bronchien chronisch geschädigt hat.
Während das Lungenscreening mit CT selbst kleinere Veränderungen des Lungengewebes und des Rippenfells zu Tage fördert, können gegebenenfalls im Rahmen der virtuellen Bronchosko

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_17,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

pie, die ebenfalls auf der Multislice-Technologie basiert, bereits kleinste Auffälligkeiten auch innerhalb der Bronchien erkannt und beurteilt werden. Beide Methoden sind sehr strahlungsarm, da die Lunge nur wenige Röntgenstrahlen absorbiert.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5371*	CT im Thoraxbereich	134,06	**241,31**
5376*	CT-Ergänzung, High-Resolution- Technik	29,14	**52,46**
5377*	computergestützte Analyse mit 3-D-Rekonstr. – nur Ifach möglich	**46,63**	–

Schlaganfall-Prophylaxe

Eine radiologische Praxis (www.roentaenpraxis-lichterfelde.de/iael/schlaaanfall-prophvlaxe.php) informiert zu dieser angebotenen Leistung Patienten mit folgendem Text:

Schlaganfall-Prophylaxe
Zur Schlaganfall-Prophylaxe führen wir ein MRT des Kopfes mit Darstellung der im Kopf befindlichen Schlagadern (MR-Angiographie) durch. In derselben Sitzung können wir auch die das Hirn versorgenden Halsarterien vom Aortenbogen bis in den Kopf hinein überlagerungsfrei in höchster Qualität darstellen. Dazu wird ein MRT-Kontrastmittel schonend in eine periphere Armvene injiziert, was Sie nicht mehr belastet als eine Blutabnahme. Mit diesem Check-up lassen sich ohne Anwendung von Röntgenstrahlen die für die Versorgung des Kopfes wichtigen Schlagadern auf Einengungen in Folge von Arteriosklerose und Gefäßverkalkungen (Schlaganfallrisiko) sehr gut beurteilen.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5700*	MRT im Kopfbereich inklusive Halsregion	256,46	**461,64**
5731*	ergänzende Serie, MR-Angiographie	58,29	**104,92**
5733*	computergestützte Analyse mit 3-D-Rekonstr. – nur 1fach möglich	**46,63**	-
346	Hochdruck-Kontrastmittel-Injektion	17,49	**40,22**

Auslagen: MRT-Kontrastmittel Berechnung nach GOÄ § 10

Arteriosklerose-Check-up

Eine radiologische Praxis (www.roentgenpraxis-lichterfelde.de/igel/arteriosklerose.php) informiert zu diesem angebotenen Check-up, der ggf. aus 2 Untersuchungen
- 1. MR-Angiographie der Becken-Bein-Arterien
- 2. MR-Angiographie der Nieren bestehen kann, Patienten mit folgendem Text:

Arteriosklerose (Arterienverkalkung) ist eine Veränderung der Blutgefäße, meist infolge des natürlichen Alterungsprozesses. Sie entsteht über viele Jahre und verläuft zunächst unerkannt. Die Gefäßwände lagern Fett ein, verkalken, verlieren ihre Elastizität und der Gefäßdurchmesser verengt sich zunehmend. Wenn dieser Fall eintritt, kann das Blut nicht mehr ungehindert fließen. Arterienverkalkung kann man nicht heilen, aber durch Vorbeugung vermeiden. Das Fortschreiten der Arteriosklerose lässt sich durch Änderung der Lebensweise verlangsamen.

Es folgen weitere Informationen:

*Für den Arteriosklerose-Check-up können wir eine **MR-Angiographie** der Becken-Bein-Arterien und/oder der Nierenarterien durchführen und so an diesen wichtigen Gefäßarealen frühzeitig noch nicht symptomatische Einengungen durch Kalkablagerungen oder andere arteriosklerotische Veränderungen nachweisen. Diese Information ist insbesondere für Raucher wichtig, um gegebenenfalls rechtzeitig den Zigarettenkonsum einzuschränken oder das Rauchen ganz aufzugeben.*

1. MR-Angiographie der Becken-Bein-Arterien

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5730*	MRT von ganzen Extremitäten	233,15	**419,67**
5731*	ergänzende Serie, MR-Angiographie	58,29	**104,92**
5733*	computergestützte Analyse	**46,63**	-
346*	Hochdruck-Kontrastmittel-Injektion	17,49	**40,22**

Auslagen: MRT-Kontrastmittel, Berechnung nach GOÄ § 10

2. MR-Angiographie der Nieren

GOÄ Nr.	Kurzlegende	Ifach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5720*	MRT im Bereich des Abdomens	256,46	-
5731*	ergänzende Serie, MR-Angiographie	58,29	**104,92**
5733*	computergestützte Analyse – nur 1 facher Satz möglich	**46,63**	-
346*	Hochdruck-Kontrastmittel-Injektion	17,49	**40,22**

Brustkrebsvorsorge mit Röntgen-Mammographie und Ultraschall

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1fach€	*1,8/2,3fach€
1	Beratung	4,66	**10,72**
5	körperliche Untersuchung (Tastbefund)	4,66	**10,73**
5266*	Mammographie einer Seite in 2 Ebenen	26,23	**47,21**
5266*	Mammographie andere Seite in 2 Ebenen	26,23	**47,21**
418	Ultraschall einer Brustdrüse	12,24	**28,15**
420	Ultraschall 1 weiteres Organs – andere Brustdrüse	4,66	**10,73**

MR-Mammographie

Untersuchung auf Wunsch der Patientin ohne einen aktuellen Krankheitsverdacht.

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5	körperliche Untersuchung (Tastbefund)	4,66	**10,73**
5721*	MRT der Mammae (Brust)	233,15	**419,67**
5731*	ergänzende Serie nach i.v. Kontrastmittel	58,29	**104,92**
5733*	computergestützte Analyse, Kinetik – nur 1 facher Satz möglich	**46,63**	–
346	Hochdruck-Kontrastmittel-Injektion	17,49	**40,22**

Auslagen: MRT-Kontrastmittel, Berechnung nach GOÄ § 10

Check-up der inneren Organe MRT
MRT-Check-up*

GOÄ Nr.	Kurzlegende	1 fach €	*1,8/2,3fach €
1	Beratung	4,66	**10,72**
5720	MRT im Bereich des Abdomens	256,46	**461,64**
5731	ergänzende Serie, MRCP	58,29	**104,92**
5733	computergestützte Analyse – nur 1facher Satz möglich	**46,63**	–

* Natürlich wäre auch auf Patienten-Wunsch ein Ultraschall-Check-up möglich.

Die **Radiologische Universitätsklinik Abteilung Röntgendiagnostik** des Klinikums Freiburg bietet auf ihren Internetseiten (www.uniklinik-freiburg.de/ip/live/patientenservice/zusatzangebote/radio.html) weitere IGeL-Leistungen an und informiert Patienten darüber:

Ganzkörper-Magnetresonanztomographie

Möglichkeiten der Ganzkörper-Magnetresonanztomographie sind:
- Nachweis oder Ausschluss von krankhaften Veränderungen
  - des Lymphsystems
  - der Knochen
  - der Leber, der Milz und der Nieren
- Nachweis oder Ausschluss von Erkrankungen des Skelettsystems, insbesondere entzündlicher Veränderungen.

Das Verfahren ist derzeit nicht geeignet, um im gleichen Untersuchungsgang den Magen-Darm-Trakt zu untersuchen. Hierfür sind spezielle Untersuchungssequenzen erforderlich.

Darmkrebs rechtzeitig entdecken
Darmkrebs ist heute bei rechtzeitiger Diagnose heilbar mit der neuen Multislice CT-Untersuchung.

Verfahren zur Linderung und Heilung –
Tumorbehandlung mit Minimalinvasiver Therapie durch Radio-Frequenz-Tumorzerstörung für bestimmte:
• Lebertumore • Lungentumore • Nierentumore

I Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbereitung der Datenträger) abgegolten.

Kommentar:
Kosten für die Versendung von Röntgenfilmen oder anderen Datenträgern, ggf. auch Kosten für Kontrastmittel, die nicht unter 7. dieser Allg. Bestimmungen genannt werden, können gemäß § 10 Abs.1 Nr. 2 und 3 abgerechnet werden.

2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.

3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.

5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.

6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.

7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

Kommentar:
Der Multiplikator von 1,8 – mit Begründung steigerungsfähig bis auf 2,5 – ist für die Strahlendiagnostik nicht überschreitbar.
Überschritten werden kann dieser Faktor aber für alle Leistungen, die zwar im Rahmen der Strahlen erbracht werden, aber nicht im Kapitel O aufgeführt sind. Dies sind z.B. Kontrastmitteleinbringungen

Nrn. 340 – 374, Beratung im Aufklärungsgespräch zu Risiken der Untersuchungen Nr. 1, Berichte und Briefe Nrn. 70 – 90 und z.T. auch das Anlegen von Verbänden Nrn. 200 – 247. Für diese Leistungen darf ein 2,3facher Satz (mit Begründung bis 3,5fach) berechnet werden.

Auf einen Blick:

Leistungen, die nur **einmal** berechnet werden dürfen, unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Duchleuchtungen bzw. Serien: 5011, 5021, 5031, 5001, 5106, 5121, 5201, 5267, 5302, 5305, 5308, 5311, 5317, 5331, 5339, 5369 – 5375 (nur 1x je Sitzung), 5700 – 5731 (nur 1x je Sitzung).

1 Skelett

Allgemeine Bestimmung:

Neben den Leistungen nach den Nummern 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Auf einen Blick:

Abrechnung von Leistungen der Röntgendiagnostik des knöchernes Skeletts nach GOÄ von A bis Z

Knochen	1 Ebene GOÄ Nr.	2 Ebenen GOÄ Nr.	weitere Ebene(n)	gehaltene Aufnahmen	Kontrast-Untersuchung
Arm, ganzer	**5110**	**5110 + 5111**	**–**		
Becken bis 14 Jahre	**5041**	**2 x 5041**	**Ebenen x 5040**		
Becken ab 15 Jahre	**5040**	**2 x 5040**	**Ebenen x 5040**		
Bein, ganzes	**5110**	**5110 + 5111**			
Brustbein/Sternum	**5120**	**5120 + 5121**			
Brustkorbhälfte/Thoraxhälfte	**5120**	**5120 + 5121**			
Brustwirbelsäule (BWS)	**5035**	**5105**	**5106**		
Daumen	**5035 / 5115**	**5010**	**5011**	**5022**	**5070**
Ellenbogen	**5035 / 5115**	**5030**	**5031**		**5070**
Finger, alle	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**		
Finger, einzelne	**5035 / 5115**	**5010**	**5011**		**5070**
Fuß, ganzer	**5035**	**5030**	**5031**		
Fußwurzel u./o. Mittelfuß	**5035 / 5115**	**5020**	**502**		
Halswirbelsäule (HWS)	**5035**	**5100**	**5101**		
Hand, ganze	**5035**	**5030**	**5031**		
Handgelenk u./o Handwurzel	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**		**5070**
Hüftgelenk	**5035**	**5030**	**503**		**5050**
Kiefer, Panoramaaufnahme(n)	**5002**	**5002**	**5002**		
Kiefer, Panoramaschichtaufnahme	**5004**	**2 x 5004**	**Ebenen x 5004**		
Kniegelenk	**5035**	**5030**	**5031**	**5032**	**5050**
Kniescheibe	**5035**	**5020**	**5021**		
Kreuzbein	**5035**	**5030**	**5031**		
Lendenwirbelsäule (LWS)	**5035**	**5105**	**5106**		
Mittelfuß u./o. Fußwurzel	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**		
Mittelhand	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**		
Nasennebenhöhlen	**5098**	**5098**	**5098**		
Oberarm	**5035**	**5030**	**5031**		
Oberschenkel	**5035**	**5030**	**5031**		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Abrechnung von Leistungen der Röntgendiagnostik des knöchernes Skeletts nach GOÄ von A bis Z

Knochen	1 Ebene GOÄ Nr.	2 Ebenen GOÄ Nr.	weitere Ebene(n)	gehaltene Aufnahmen	Kontrast-Untersuchung
Schädel	**5035**	**5090**			
Schädelteile	**5095**	**2 x 5095**	**Ebenen x 5095**		
Schlüsselbein	**5035**	**5030**	**5031**		
Schulterblatt	**5120**	**5120 + 5121**			
Schultergelenk	**5035**	**5030**	**5031**	**5032**	**5050**
Sprunggelenk	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**	**5022**	**5070**
Unterarm	**5035**	**5030**	**5031**		
Unterschenkel	**5035**	**5030**	**5031**		
Wirbelsäule, ganze (WS)	**5110**	**5110 + 5111**			
Zähne	**5000**	**2 x 5000**	**Ebenen x 5000**		
Zehen, alle	**5035 / 5115**	**5020**	**5021**		
Zehe	**5035 / 5115**	**5010**	**5011**		**5070**

5000* Zähne, je Projektion

50 5,25
2,91 7,29

Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 5000 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5002* Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers

250 26,23
14,57 36,43

Ausschluss: Neben Nr. 5002 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5004* Panoramaschichtaufnahme der Kiefer

400 41,97
23,31 58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5004 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5002, 5035

5010* Finger oder Zehen – jeweils in zwei Ebenen

180 18,89
10,49 26,23

Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 5010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111, 5020 (für die Untersuchung aller Finger einer Hand bzw. aller Zehen eines Fußes)

Tipp: Neben Nr. 5010 ist die Nr. 5011 abrechenbar.

5011* Finger oder Zehen – ergänzende Ebene(n)

60 6,30
3,50 8,74

Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal undnicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.

Ausschluss: Neben Nr. 5011 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111, 5020 (für die Untersuchung aller Finger einer Hand bzw. aller Zehen eines Fußes)

Tipp: Neben Nr. 5111 ist die Nr. 5010 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5020*	**Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe – jeweils in zwei Ebenen** Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.	**220** 12,82	23,08 32,06

Ausschluss: Neben Nr. 5020 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111

Tipp: Neben Nr. 5020 ist die Nr. 5021 abrechenbar.

5021*	**Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe – ergänzende Ebene(n)** Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.	**80** 4,66	8,39 11,66

Ausschluss: Neben Nr. 5021 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111

Kommentar: Bei einer geteilten Aufnahme z.B. des Sprunggelenkes oder Kniegelenkes kann die Nr. 5021 „als ergänzende Ebene“ berechnet werden.

Tipp: Neben Nr. 5021 ist die Nr. 5020 abrechenbar.

5030*	**Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk – jeweils in zwei Ebenen** Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnet werden.	**360** 20,98	37,77 52,46

Ausschluss: Neben Nr. 5030 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Abrechnungsbeschränkungen bei Röntgenaufnahmen des Hüftgelenks**

Dr. med. Stefan Gorlas (in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 39 (01.10.2010), S. A 1880) – http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.8768

Zur Abrechnung von Röntgenaufnahmen eines oder beider Hüftgelenke enthält die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bestimmte Abrechnungsbeschränkungen.

Wird beispielsweise ein Hüftgelenk in zwei Ebenen geröntgt, so ist diese Leistung mit der Nr. 5030 GOÄ („...Hüftgelenk, jeweils in zwei Ebenen“, bewertet mit 360 Punkten) berechnungsfähig. Eine gegebenenfalls erforderliche dritte Ebene kann mit der Nr. 5031 GOÄ („...Hüftgelenk, ergänzende Ebene...“, bewertet mit 100 Punkten) in Ansatz gebracht werden. Werden jedoch, was in der Praxis nicht selten vorkommt, eine Beckenübersichtsröntgenaufnahme und Röntgenaufnahmen eines oder gegebenenfalls auch beider Hüftgelenke in axialer Ebene durchgeführt, so kann diese Leistung insgesamt nur mit der Nr. 5040 GOÄ („Beckenübersicht“, bewertet mit 300 Punkten) abgerechnet werden.

Ein zusätzlicher Ansatz der Nr. 5031 GOÄ für die Röntgenuntersuchung in axialer Ebene, unilateral oder bilateral, ist gebührenrechtlich nicht möglich, weil sich die Nr. 5031 GOÄ in der Gebührenordnung nur auf die Nr. 5030 GOÄ und nicht auf die Nr. 5040 GOÄ („Beckenübersicht“) bezieht. So verbleibt nur die Möglichkeit, den zusätzlichen Aufwand der unilateralen beziehungsweise bilateralen axialen Hüftgelenksaufnahme(n) bei der Berechnung der Nr. 5040 GOÄ über den Gebührenrahmen zu berücksichtigen.

Auch die Nr. 5035 GOÄ („Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil“) kann für die axiale(n) Hüftgelenksaufnahme(n) nicht in Ansatz gebracht werden, da diese Gebührennummer gemäß den Anmerkungen zu ihrer Leistungslegende unter anderem neben der Nr. 5040 GOÄ nicht berechnungsfähig ist.

Andererseits kann jedoch, falls neben der Darstellung der Hüftgelenke auf der Beckenübersichtsaufnahme die Darstellung beispielsweise eines Hüftgelenks in zwei weiteren Ebenen medizinisch erforderlich ist, für die letztgenannte Leistung die Nr. 5030 GOÄ neben der Nr. 5040 GOÄ berechnet werden. Es ist dies somit auch ein Beispiel der Inkongruenz in der derzeit gültigen GOÄ.

Tipp: Neben Nr. 5030 ist die Nr. 5031 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5031*	**Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk – ergänzende Ebene(n)** Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnet werden.	**100** 5,83	10,49 14,57

Ausschluss: Neben Nr. 5031 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5035, 5110, 5111

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe GOÄ-Ratgeber bei Nr. 5030

Tipp: Neben Nr. 5031 ist die Nr. 5030 abrechenbar.

5035*	**Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil**	**160** 9,33	16,79 23,31

Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skelettteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skelettteil ist in der Rechnung anzugeben.
Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5035 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5000, 5002, 5004, 5010, 5011, 5020, 5021, 5030, 5031, 5037, 5040, 5041, 5050, 5060, 5070, 5090, 5095, 5098, 5100, 5101, 5105, 5106, 5110, 5111, 5115, 5120, 5121

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe GOÄ-Ratgeber bei Nr. 5030

5037*	**Bestimmung des Skelettalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –**	**300** 17,49	31,48 43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5037 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5040*	**Beckenübersicht**	**300** 17,49	31,48 43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5040 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► Siehe GOÄ-Ratgeber bei Nr. 5030

Kommentar: Sind spezielle Aufnahmen z.B. nach Lauenstein oder Rippstein erforderlich, so kann die Nr. 5040 zweimal berechnet werden.

5041*	**Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr**	**200** 11,66	20,98 29,14

Ausschluss: Neben Nr. 5041 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5050*	**Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**950** 55,37	99,67 138,43

Ausschluss: Neben Nr. 5050 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300, 302, 372, 373, 490, 491, 5035, 5295

Analog: Nr. 5050 analog für Diskographie (Nukleographie) ansetzen.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5060*	**Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**500** 29,14	52,46 72,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5060 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300, 302, 372, 373, 490, 491, 5035, 5295		
5070*	**Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk**	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5070 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300, 302, 372, 373, 490, 491, 5035, 5295		
5090*	**Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen**	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5090 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035		
Kommentar:	Sind neben einer Schädelübersicht in zwei Ebenen noch zusätzliche Aufnahmen in Spezialprojektion erforderlich, so kann die Nr. 5095, und wenn Aufnahmen der Nasennebenhöhle zusätzlich erforderlich sind, die Nr. 5098 berechnet werden.		
5095*	**Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil**	**200** 11,66	20,98 29,14
Ausschluss:	Neben Nr. 5095 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035		
Kommentar:	Beidseitige Aufnahmen von Schüller und Stenwas können mit der Nr. 5095 zweimal berechnet werden. **Wezel/Liebold** spricht in seinem Kommentar davon, dass die zusätzliche Darstellung der Schädelbasis oder der Hinterhauptschuppe nicht den Leistungsinhalt der Nr. 5095 erfüllt, sondern mit der Nr. 5090 abgegolten ist. Wir teilen diese Meinung nicht, sondern halten uns einfach an den Text der Legende, der von zusätzlichen Schädelteilen in Spezialprojektionen spricht und gehen deshalb davon aus, dass die Schädelbasis und auch Aufnahmen der Hinterhauptschuppe getrennt durch die Nrn. 5095 zusätzlich zur Nr. 5090 berechnet werden kann. Im Gegensatz zu **Wezel/Liebold** meinen **Brück** und wir, dass auch die Aufnahme des Felsenbeins nach Stenvas und die Aufnahme eines Warzenfortsatzes nach Schüller auf einer Seite nicht nur als eine Aufnahme berechnungsfähig sind, sondern das, wenn zwei Aufnahmen durchgeführt werden, auch zwei Aufnahmen berechnungsfähig.		
5098*	**Nasennebenhöhlen – gegebenenfallsauch in mehreren Ebenen**	**260** 15,15	27,28 37,89
Ausschluss:	Neben Nr. 5098 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035		
5100*	**Halswirbelsäule, in zwei Ebenen**	**300** 17,49	31,48 43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5100 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035		
Kommentar:	Neben Nr. 5100 sind die Nrn. 5105, 5110 (beide nur mit Begründung), 5101 abrechenbar.		
5101*	**Halswirbelsäule, ergänzende Ebene(n)**	**160** 9,33	16,79 23,31
Ausschluss:	Neben Nr. 5101 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035		
Tipp:	Neben Nr. 5101 ist die Nr. 5100 abrechenbar.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5105*	**Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil**	**400** 23,31	41,97 58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5105 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5105 sind die Nrn. 5100, 5110 (beide nur mit Begründung), 5106 abrechenbar.

5106*	**Brust- oder Lendenwirbelsäule, ergänzende Ebene(n)**	**180** 10,49	18,89 26,23

Ausschluss: Neben Nr. 5106 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5106 ist die Nr. 5105 abrechenbar.

5110*	**Wirbelsäulenganzaufnahme**	**500** 29,14	52,46 72,86

Ausschluss: Neben Nr. 5110 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5010, 5011, 5020, 5021, 5030, 5031, 5035

Kommentar: Neben Nr. 5110 sind die Nrn. 5100, 5105 (beide nur mit Begründung) abrechenbar.

5111*	**Wirbelsäulenganzaufnahme, ergänzende Ebene(n)**	**200** 11,66	20,98 29,14

Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.
Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.
Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.

Ausschluss: Neben Nr. 5111 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5010, 5011, 5020, 5021, 5030, 5031, 5035

Tipp: Neben Nr. 5111 ist die Nr. 5110 (mit gesonderter Begründung) abrechenbar.

5115*	**Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil**	**400** 23,31	41,97 58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5115 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5120*	**Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene**	**260** 15,15	27,28 37,89

Ausschluss: Neben Nr. 5120 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5120 ist die Nr. 5121 abrechenbar.

5121*	**Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene, ergänzende Ebene(n)**	**140** 8,16	14,69 20,40

Ausschluss: Neben Nr. 5121 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5121 ist die Nr. 5120 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

2 Hals- und Brustorgane

5130* **Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –** **280** 29,38 / 16,32 / 40,80

5135* **Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene** **280** 29,38 / 16,32 / 40,80

Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5135 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5137, 5139

5137* **Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen** **450** 47,21 / 26,23 / 65,57

Ausschluss: Neben Nr. 5137 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5135, 5139, 5295

5139* **Teil der Brustorgane** **180** 18,89 / 10,49 / 26,23

Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.

Tipp: Neben Nr. 5139 sind die Nrn. 5135, 5137, 5140 (alle nur mit gesonderter Begründung) abrechenbar.

5140* **Brustorgane, Übersicht im Mittelformat** **100** 10,49 / 5,83 / 14,57

Ausschluss: Neben Nr. 5140 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5135, 5137, 5139

3 Bauch- und Verdauungsorgane

Kommentar:
Die Nrn. 5150, 5157, 5158, 5163, 5165, 5166, 5167, 5168, 5169, 5220, 5230, 5235, 5250 schließen die Durchleuchtung ein. Die Nr. 5295 ist deshalb nicht getrennt abrechnungsfähig.
Die Nr. 5298 kann bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker, Radiographie) geltend gemacht werden. Sie beträgt 25 von 100 des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

5150* **Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung** **550** 57,70 / 32,06 / 80,15

Ausschluss: Neben Nr. 5150 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5137, 5157, 5158, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel

Kommentar: Die Nrn. 5150, 5157, 5158, 5163, 5165, 5166, 5167, 5168, 5169, 5220, 5230, 5235, 5250 schließen die Durchleuchtung ein. Die Nr. 5295 ist deshalb nicht getrennt abrechnungsfähig. Die Nr. 5298 kann bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker, Radiographie) geltend gemacht werden. Sie beträgt 25 von 100 des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

5157* **Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –** **700** 73,44 / 40,80 / 102,00

Ausschluss: Neben Nr. 5157 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5150, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5150*

Tipp: Neben Nr. 5157 ist die Nr. 5159 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5158*	**Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 –**	**1200** 69,94	125,90 174,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5158 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5150, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
Tipp:	Neben Nr. 5158 ist die Nr. 5159 abrechenbar.		
5159*	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet**	**300** 17,49	31,48 43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5159 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5295		
Tipp:	Neben Nr. 5159 sind die Nrn. 5157, 5158 abrechenbar.		
5163*	**Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**1300** 75,77	136,39 189,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5163 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
Tipp:	Neben Nr. 5163 ist die Nr. 374 abrechenbar.		
5165*	**Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**700** 40,80	73,44 102,00
Ausschluss:	Neben Nr. 5165 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5166, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5166*	**Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**1400** 81,60	146,88 204,01
Ausschluss:	Neben Nr. 5166 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5165, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5167*	**Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5167 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5168*	**Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung**	**800** 46,63	83,93 116,57
Ausschluss:	Neben Nr. 5168 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5137, 5150, 5169, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5169*	**Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –**	**1100** 64,12	115,41 160,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5169 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5137, 5150, 5168, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5170*	**Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen**	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5170 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5295, 5361		
Tipp:	Neben Nr. 5170 sind die Nrn. 686, 692 abrechenbar.		
5190*	**Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion**	**300** 17,49	31,48 43,72
	Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 5190 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5191		
5191*	**Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen**	**500** 29,14	52,46 72,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5191 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5190		
5192*	**Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –**	**200** 11,66	20,98 29,14
5200*	**Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –**	**600** 34,97	62,95 87,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5200 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 345 – 347, 5295		
Tipp:	Neben Nr. 5200 ist die Nr. 5201 abrechenbar.		
5201*	**Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**200** 11,66	20,98 29,14
Ausschluss:	Neben Nr. 5201 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 345 – 347, 5295		
Tipp:	Neben Nr. 5201 ist die Nr. 5200 abrechenbar.		
5220*	**Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite**	**300** 17,49	31,48 43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5220 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5230*	**Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung**	**300** 17,49	31,48 43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5230 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5200, 5201, 5220, 5235, 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5235*	**Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung**	**500** 29,14	52,46 72,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5235 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5200, 5201, 5220, 5230, 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5250*	**Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –**	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5250 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
Tipp:	Neben Nr. 5250 ist die Nr. 370 abrechenbar.		

4 Spezialuntersuchungen

5260*	**Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z.B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)** Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntraktes, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5260 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5170, 5200, 5201, 5220, 5230, 5235, 5250, 5295		
Kommentar:	Eine Zystographie der Mamma kann mit der Nr. 5260 zusätzlich zu den Mammagraphie-Leistungsziffern nach 5255 und 5266 berechnet werden. Wird beidseitig eine Zystographie oder Galaktographie durchgeführt, so ist die Nr. 5260 entsprechend zweimal berechnungsfähig.		
Tipp:	Neben Nr. 5260 ist die Nr. 370 abrechenbar.		
5265*	**Mammographie einer Seite, in einer Ebene**	**300** 17,49	31,48 43,72
	Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 5265 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5266, 5267		
IGeL:	Mammographie auf Wunsch der Patientin ohne anamnestischen oder klinischen Hinweis oder Verdacht auf eine Erkrankung und ohne relevante Risikofaktoren.		
5266*	**Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen**	**450** 26,23	47,21 65,57
Ausschluss:	Neben Nr. 5266 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5265		
Tipp:	Neben Nr. 5266 ist die Nr. 5267 abrechenbar.		
IGeL:	Siehe unter Nr. 5265*		
5267*	**Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266**	**150** 8,74	15,74 21,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5267 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5265		
Hinweis LÄK:	**Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 30.09.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/) – **Ergänzende Ebene(n) – Mehrfachansatz** Die Leistung nach Nr. 5267 ist grundsätzlich in einer Sitzung nicht mehrfach berechnungsfähig, auch bei Mammografie beidseits.		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Der Ausschluss ergibt sich aus den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O I – Nr. 6 (die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, **5267**, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden).

Tipp: Neben Nr. 5267 ist die Nr. 5266 abrechenbar.

IGeL: Siehe unter Nr. 5265*

5280* Myelographie

750 78,69
43,72 109,29

Tipp: Die Leistung nach Nr. 305 ist zusätzlich abrechenbar und kann mit dem 2,3fachen Satz (bei Begründung bis zum 3,5fach Satz) abgerechnet werden.
Ferner ist Nr. 5280 mit Nrn. 256, 257, 340 abrechenbar.

5285* Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en) –

450 47,21
26,23 65,57

Ausschluss: Neben Nr. 5285 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5295

Tipp: Die Leistung nach Nr. 368 ist zusätzlich abrechenbar und kann mit dem 2,3fachen Satz (bei Begründung bis zum 3,5fachen Satz) abgerechnet werden.
Ferner ist Nr. 5285 mit Nr. 368 abrechenbar.

5290* Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion

650 68,20
37,89 94,72

5295* Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung

240 25,18
13,99 34,97

Ausschluss: Neben Nr. 5295 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 355 – 357, 360, 361, 626 – 630, 632, 5050, 5060, 5070, 5137, 5150, 5157, 5158, 5159, 5163, 5165, 5166 – 5169, 5170, 5200, 5201, 5220, 5230, 5235, 5250, 5260, 5345, 5346, 5348, 5349, 5353 – 5361, 5285, 5331, 5339

Hinweis BÄK: **Die BÄK erklärt (3.03.1997) zur Analogbewertung für eine Videodokumentation (GOÄ Nr. 5295)**, dass eine Dokumentation generell Bestandteil der ärztlichen Leistung ist. Auch ist ein reines Videomonitoring als Modifikation der zugrunde liegenden Leistung nicht eigenständig berechenbar.
Bei endoskopischen Operationen erfolgt heute jedoch der Einsatz des Videosystems häufig derart, dass anstelle der direkten Sicht durch die Optik unter Videokontrolle operiert wird. Dies dient gleichzeitig der Dokumentation – mit nicht unbeträchtlichen Kosten.
Diese besondere Art der Durchführung der endoskopischen Operation ist analog der Durchleuchtung zu sehen, der Ansatz der Nr. 5295 GOÄ analog ist u.E. sachgerecht.
Die BÄK (Deutsches Ärzteblatt vom 18.1.2002) erklärt zur Videodokumentation von Muttermalen
Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschl. digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung (z.B. Vergrößerung), analog Nr. 612 GOÄ (757 Punkte)
Die Analogempfehlung zur Videodokumentation von Muttermalen bedurfte einer Klarstellung, da sowohl seitens der Leistungserbringer als auch aufseiten der privaten Krankenversicherungen Unsicherheit darüber bestand, um welche spezielle Untersuchungstechnik im Gegensatz zur konventionellen Dermatoskopie es sich hierbei handelt.

Hinweis LÄK: **Anmerkung der Bayerischen Landesärztekammer** vom 10.02.2004 (Quelle: GOÄ-Datenbank http://www.blaek.de/ **) –**
Video-Endoskopie bei Ureterorenoskopie (URS)
Der Einsatz der Videokette ist heute standardmäßig und stellt eine technische Modifikation dar (§ 4 Abs.2 a GOÄ); deshalb erscheint eine zusätzliche Bewertung im Sinne eines Zuschlages oder einer selbständigen Leistung problematisch.
Dennoch schlägt der Ausschuss „Gebührenordnung" für die Videoendoskopie die Nr. 5295 analog vor – zusätzlich zu endoskopischen Leistungen.
(Diese Interpretation wurde bisher nicht mit der privaten Krankenversicherung und Beihilfe konsentiert – jedoch Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Urologie)

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5150*

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Rechtsprechung:

Abrechnung einer Durchleuchtung nach Nr. 5295 neben einer OP an der Halswirbelsäule

Eine Durchleuchtung ist nur als selbständige Leistung abrechenbar; dies ist z.B. dann nicht gegeben, wenn sie integrierter Bestandteil der Röntgenuntersuchung ist. Als selbständige Leistung ist sie aber anzuerkennen, wenn sie als weiterführende Methode zur Klärung einer diagnostischen Frage eingesetzt wird.
Aktenzeichen: BGH, 21.12.2006, AZ: III ZR 117/06
Entscheidungsjahr: 2006

5295* analog **Videokontrolle der Korrelation von elektro.physiol. Aufzeichnung u. Verhaltensbefund (analog 5295* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** **240** 13,99 25,18 34,97

5298* **Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung der BÄK"** NaN NaN NaN

Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

Beschluss BÄK:

Bestätigung des Beschlusses des Gebührenausschusses der BÄK zur Analogbewertung bzw. Abrechnung der GOÄ Nr. 5298 durch den Vorstand der BÄK (Wahlperiode 1999/2003) – Videoendoskopie in der Gastroenterologie

Videoendoskopie-Zuschlag zu den Leistungen Nrn. 682 bis 689 GOÄ bei der Verwendung eines flexiblen digitalen Viodeoendoskops anstelle eines Glasfaser-Endoskops, ggf. einschl. digitaler Bildweiterverarbeitung (z.B. Vergrößerung) und Aufzeichnung, analog Nr. 5298 GOÄ Der Zuschlag analog Nr. 5298 ist ausschließlich dann neben Nrn. 682 bis 689 berechnungsfähig, wenn statt eines flexiblen Glasfiber-Endoskops ein digitales Bilderzeugungs- bzw. Verarbeitungssystem eingesetzt wird, das anstelle der konventionellen Lichtoptik einen Videochip verwendet. Der Aufsatz einer Videokamera auf ein konventionelles Glasfiber-Endoskop zur Bildübertragung auf einen Monitor bzw. Videoaufzeichnung ist dagegen nicht zuschlagsfähig.

5298* analog **Videoendoskopie-Zuschlag zu den Leistungen Nrn. 682 bis 689 GOÄ bei Verwendung eines flexiblen digitalen Videoendoskops anstelle eines Glasfaser-Endoskops, ggf. einschl. digitaler Bildweiterverarbeitung (z.B. Vergrößerung) und Aufzeichnung, (analog Nr. 5298* GOÄ) – der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des Gebührensatzes für die jeweilige Basisleistung)** NaN NaN NaN

– n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► **Digitale Diagnostik: Neue Leistungen auf dem Weg zur Analogbewertung (Ausschnitt 2. Teil)**
Dr. med. Regina Klakow-Franck in: Deutsches Ärzteblatt 98, Heft 50 (14.12.2001), Seite A-3391) – http://www.baek.de/page.asp?his=1.108.4144.4261.4262

„...Auch die von der Bundesärztekammer empfohlene Zuschlagslösung für die Videogastroskopie wurde von einigen privaten Krankenversicherungen beiseite geschoben, obwohl selbst der EBM die Videogastroskopie mit einem Zuschlag honoriert. Soll der im Paragraphenteil verankerte Spielraum der GOÄ, durch Analogbewertungen eine zeitnahe Ergänzung des Leistungsverzeichnisses zu schaffen, nach dem Willen der privaten Krankenversicherung völlig ungenutzt bleiben? Nicht zum ersten Mal erweist sich die kassenärztliche Gebührenordnung als flexibleres Abrechnungsinstrument als die GOÄ.
Mit der Videoendoskopie ist kein Kameraaufsatz auf einem herkömmlichen Glasfaser-Endoskop gemeint. Anstelle der konventionellen Optik wird ein CCD-Chip zur hochauflösenden Bilderzeugung eingesetzt. Bei 400 000 bis 500 000 Pixel erreichen digitale Kameras inzwischen eine solche Bildbrillanz, dass selbst einzelne Zotten der Darmmucosa beurteilt werden können. In einem zweiten Anlauf empfiehlt die Bundesärztekammer, die Videoendoskopie mit einem Zuschlag analog Nr. 5298 GOÄ zu berechnen..." – Ausschnitt 1. Teil siehe unter Nr. 612 analog

GOÄ-Nr.	Punktzahl	2,3 / *1,8
	1fach	3,5 / *2,5

5 Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.
Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Tipp:
Vor einer Angiographie ist die Aufklärung des Patienten, d.h. eine Beratung nach Nr. 1, erforderlich. Die Leistung nach Nr. 1 kann mit dem 2,3fachen Satz (mit Begründung bis zum 3,5fachen Satz) abgerechnet werden.
Die Kontrastmitteleinbringung ist eine gesonderte Leistung, die zusätzlich bei der Angiographie abrechenbar ist. Zu prüfen ist im Einzelfall, ob bei intravenösen Untersuchungen die Nr. 344 oder 346 abzurechnen sind. Bein intraarteriellen Injektionen ist die Abrechnung der Nrn. 350 oder 351 oder 357 zu prüfen.

5300* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum, eine Serie** — **2000** 209,83 / 116,57 / 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5300 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324 – 5327, 5355, 5357, 5358

Tipp: Neben Nr. 5300 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5301, 5302, 5328, 5335 abrechenbar.

5301* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum – Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie** — **400** 41,97 / 23,31 / 58,29

Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5301 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324 – 5327, 5355, 5357, 5358

Tipp: Neben Nr. 5301 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5300, 5302, 5328, 5335 abrechenbar.

5302* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum – Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt** — **600** 62,95 / 34,97 / 87,43

Ausschluss: Neben Nr. 5302 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324 – 5327, 5355, 5357, 5358

Tipp: Neben Nr. 5302 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5300, 5301, 5328, 5335 abrechenbar.

5303* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie** — **1000** 104,92 / 58,29 / 145,72

Ausschluss: Neben Nr. 5303 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5300, 5301, 5302, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5303 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5304, 5305, 5315 – 5328, 5335 abrechenbar.

5304* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327 – Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie** — **200** 20,98 / 11,66 / 29,14

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Bei der angiographischen Darstellung von hirversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5304 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5300, 5301, 5302, 5313, 5355, 5357, 5358.

Tipp: Neben Nr. 5304 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5303, 5305, 5315 – 5328, 5335 abrechenbar.

5305* **Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327 – Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt** **300** 31,48 / 17,49 / 43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5305 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5300, 5301, 5302, 5313, 5355, 5357, 5358

Tipp: Neben Nr. 5305 sind die Nrn. 350, 351, 357, 5303, 5304, 5315 – 5328, 5335 abrechenbar.

5306* **Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie** **2000** 209,83 / 116,57 / 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5306 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5309, 5310, 5312, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5306 sind die Nrn. 350, 5307, 5308, 5328, 5335 abrechenbar.

5307* **Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine – Zweite Serie im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5306** **600** 62,95 / 34,97 / 87,43

Ausschluss: Neben Nr. 5307 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5309, 5310, 5312, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5307 sind die Nrn. 350, 5306, 5308, 5328, 5335 abrechenbar.

5308* **Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine – Weitere Serien im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt** **800** 83,93 / 46,63 / 116,57

Neben den Leistungen nach den Nummer 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.
Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5308 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5309, 5310, 5312, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5308 sind die Nrn. 350, 5306, 5307, 5328, 5335 abrechenbar.

5309* **Serienangiographie einer Extremität, eine Serie** **1800** 188,85 / 104,92 / 262,29

Ausschluss: Neben Nr. 5309 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5306, 5307 – 5308, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5309 sind die Nrn. 350, 5310, 5311, 5312, 5328, 5335 abrechenbar.

5310* **Serienangiographie einer Extremität – Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt** **600** 62,95 / 34,97 / 87,43

Ausschluss: Neben Nr. 5310 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5306, 5313, 5355, 5357

Tipp: Neben Nr. 5310 sind die Nrn. 350, 5309, 5311, 5328, 5335 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5311*	**Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie**	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5311 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5306, 5313, 5355, 5357		
Tipp:	Neben Nr. 5311 sind die Nrn. 350, 5309, 5310, 5328, 5335 abrechenbar.		
5312*	**Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309 – Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5311, insgesamt**	**600** 34,97	62,95 87,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5312 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5306 – 5308, 5313, 5355, 5357		
Tipp:	Neben Nr. 5312 sind die Nrn. 350, 5309, 5310, 5311, 5328, 5335 abrechenbar.		
5313*	**Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung** Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.	**800** 46,63	83,93 116,57
Ausschluss:	Neben Nr. 5313 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5300, 5301, 5302, 5303, 5304, 5305, 5306, 5307, 5308, 5309, 5310, 5311, 5312, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324, 5325, 5326, 5327, 5328, 5329, 5330, 5331, 5335, 5338, 5339, 5355		
Tipp:	Neben Nr. 5313 sind die Nrn. 350, 5328, 5335 abrechenbar.		
5315*	**Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie** Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.	**2200** 128,23	230,82 320,58
Ausschluss:	Neben Nr. 5315 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5316, 5324, 5325, 5326, 5327, 5355, 5356		
Tipp:	Neben Nr. 5315 sind die Nrn. 355, 356, 628, 5303, 5304, 5305, 5317, 5318 abrechenbar.		
5316*	**Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie** Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.	**3000** 174,86	314,75 437,15
Ausschluss:	Neben Nr. 5316 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5324 – 5327, 5355, 5356		
Tipp:	Neben Nr. 5316 sind die Nrn. 355, 356, 628, 5303, 5304, 5305, 5317, 5318 abrechenbar.		
5317*	**Angiographie einer oder beider Herzhälften – Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie**	**400** 23,31	41,97 58,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5317 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5324 – 5327, 5355, 5356		
Tipp:	Neben Nr. 5317 sind die Nrn. 355, 356, 628, 5303, 5304, 5305, 5315, 5316, 5318 abrechenbar.		
5318*	**Angiographie einer oder beider Herzhälften – Weitere Serien im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5317, insgesamt** Die Leistungen nach den Nurnmern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.	**600** 34,97	62,95 87,43

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 5318 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5324 – 5327, 5355, 5356

Tipp: Neben Nr. 5318 sind die Nrn. 355, 356, 628, 5303, 5304, 5305, 5315, 5316, 5317 abrechenbar.

5324* Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie

2400 251,80
139,89 349,72

Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5317 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5325, 5355, 5356

Tipp: Neben Nr. 5324 sind die Nrn. 360, 628, 5303, 5304, 5305, 5326, 5327, 5328, 5335 abrechenbar.

5325* Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik, eine Serie

3000 314,75
174,86 437,15

Ausschluss: Neben Nr. 5325 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324, 5355, 5356

Tipp: Neben Nr. 5325 sind die Nrn. 360, 361, 628, 5303, 5304, 5305, 5326, 5327, 5328, 5335 abrechenbar.

5326* Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie

400 41,97
23,31 58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5326 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5355, 5356

Tipp: Neben Nr. 5326 sind die Nrn. 360, 361, 628, 5303, 5304, 5305, 5324, 5325, 5327, 5328, 5335 abrechenbar.

5327* Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie

1000 104,92
58,29 145,72

Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5327 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 626, 627, 629, 630, 632, 5300, 5301, 5302, 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5355, 5356

Tipp: Neben Nr. 5327 sind die Nrn. 355, 628, 5303, 5304, 5305, 5324, 5325, 5326, 5328, 5335 abrechenbar.

5328* Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik

1200
69,94 –

Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Ausschluss: Ausschlußnummer: Neben Nr. 5328 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5313

Tipp: Neben Nr. 5328 sind die Nrn. 5300 – 5327 abrechenbar.

5329* Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums

1600 167,87
93,26 233,15

Ausschluss: Neben Nr. 5329 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5313, 5353, 5354, 5359, 5360

Tipp: Neben Nr. 5329 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5335 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5330*	**Venographie einer Extremität**	**750** 43,72	78,69 109,29
Ausschluss:	Neben Nr. 5330 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5313, 5353, 5354, 5359, 5360		
Tipp:	Neben Nr. 5330 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5331, 5335 abrechenbar.		
5331*	**Venographie einer Extremität – Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflussgebiets) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt**	**200** 11,66	20,98 29,14
Ausschluss:	Neben Nr. 5331 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5295, 5313, 5353, 5354, 5359, 5360		
Tipp:	Neben Nr. 5331 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5330, 5335 abrechenbar.		
5335*	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 (Venographie einer Extremität) bei computergestützter Analyse und Abbildung** Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.	**800** 46,63	– –
Ausschluss:	Neben Nr. 5335 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5313		
Kommentar:	Die computergestützte Analyse und Abbildung betrifft Abbildungen, bei denen durch Variierung des Bildes mit dem digitalen Anteil der Bildeinheit, u. a. mit BDAS-Technik, gearbeitet wird.		
Tipp:	Neben Nr. 5335 sind die Nrn. 5300 – 5331 abrechenbar.		
5338*	**Lymphographie, je Extremität**	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5338 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5313		
Tipp:	Neben Nr. 5338 sind die Nrn. 365, 5339 abrechenbar.		
5339*	**Lymphographie, je Extremität – Ergänzende Projektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt**	**250** 14,57	26,23 36,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5339 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5295, 5313		
Tipp:	Neben Nr. 5339 ist die Nr. 5338 abrechenbar.		

6 Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.

5345*	**Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnungder Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.	**2800** 163,20	293,77 408,01

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 5345 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295, 5356

Beschluss BÄK: **Aus den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer zur Privatliquidation herzchirurgischer Leistungen.**
Nr. 5345 GOÄ (PTA) für die Aufdehnung der Arteria mammaria
Die Aufdehnung der Arteria mammaria mittels Knopfsonde oder Durchspülung (z.B. Papaverin) ist keine eigenständig berechenbare Leistung, In seltenen speziellen Situationen (etwa 0,5 % der Eingriffe) muss aber eine echte Dilatation der Arteria mammaria interna oder eines anderen Gefäßes intraoperativ durchgeführt werden, wobei dann auch ein entsprechender Ballonkatheter verwendet wird. In dieser speziellen Ausnahmesituation sieht der Konsultationsausschuss die eigenständige Berechenbarkeit der Nr. 5345 GOÄ begründet. Im Hinblick auf eine angemessene Bewertung ist, weil die Leistung nichtperkutan, sondern am freigelegten Gefäß erfolgt, die Berechnung mit dem 1,0fachen Steigerungsfaktor sachgerecht.
Hinzuweisen ist darauf, dass das Erfordernis dieses zusätzlichen und eigenständigen Eingriffs bereits in der präoperativen Angiographie erkennbar und intraoperativ die Durchführung anhand der Druckwerte dokumentiert sein muss. Die Besonderheit des Eingriffes sollte bereits in der Rechnungsstellung nachvollziehbar sein.

Tipp: Neben Nr. 5345 sind die Nrn. 5346, 5355 abrechenbar.

5346* Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt

600 62,95
34,97 87,43

Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5346 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295

Tipp: Neben Nr. 5346 sind die Nrn. 5345, 5355 abrechenbar.

5348* Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –

3800 398,69
221,49 553,73

Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.
Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.

Ausschluss: Neben Nr. 5348 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295

Tipp: Neben Nr. 5348 sind die Nrn. 5349, 5356 abrechenbar.

5349* Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt

1000 104,92
58,29 145,72

Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5349 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295

Tipp: Neben Nr. 5349 sind die Nrn. 5348, 5356 abrechenbar.

5351* Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach den Nummern 2826, 5345 oder 5348 – bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde –

500 52,46
29,14 72,86

Kommentar: Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück** sind Lysebehandlungen berechnungsfähig bei:

- Lyse-Einzelbehandlung eines Gefäßes,
- Lyse nach vorausgegangener diagnostischer Angiographie,

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

- Lyse nach vorausgegangener Dilatationsbehandlung,
- Lyse nach vorausgegangener operativer Beseitigung eines Verschlusses oder Stenose eines Gefäßes

Tipp: Neben Nr. 5351 sind die Nrn. 2826, 5345, 5348, 5352 abrechenbar.

5352* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien** **1000** 104,92 58,29 145,72

Tipp: Neben Nr. 5352 ist die Nr. 5351 abrechenbar.

5353* **Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** **2000** 209,83 116,57 291,44

Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5353 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344 – 347, 5295, 5329 – 5331, 5356

Tipp: Neben Nr. 5353 sind die Nrn. 5354, 5355 abrechenbar.

5354* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt** **200** 20,98 11,66 29,14

Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5354 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344, 345, 346, 347, 5295, 5329 – 5331

Tipp: Neben Nr. 5354 sind die Nrn. 5353, 5355 abrechenbar.

5355* **Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** **2000** 209,83 116,57 291,44

Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5355 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344 – 347, 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295, 5300 – 5313, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324, 5325, 5326, 5327, 5356

Tipp: Neben Nr. 5355 sind die Nrn. 5345, 5346, 5353, 5354 abrechenbar.

5356* **Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplasiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** **2500** 262,29 145,72 364,30

Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345 sowie 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.
Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5356 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295, 5315, 5316, 5317, 5318, 5324, 5325, 5326, 5327, 5345, 5353, 5355

Tipp: Neben Nr. 5356 sind die Nrn. 5348, 5349 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5357*	**Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet** Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.	**3500** 204,01	367,21 510,01
Ausschluss:	Neben Nr. 5357 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 355 – 357, 360, 361, 5295, 5300 – 5312		
5358*	**Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringug(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet** Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.	**4500** 262,29	472,13 655,73
Ausschluss:	Neben Nr. 5358 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 5295, 5300 – 5302, 5304, 5305		
5359*	**Embolisation der Vena spermatica – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.	**2500** 145,72	262,29 364,30
Ausschluss:	Neben Nr. 5359 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344 – 347, 5295, 5329 – 5331		
5360*	**Embolisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.	**2000** 116,57	209,83 291,44
Ausschluss:	Neben Nr. 5360 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 344 – 347, 5295, 5329 – 5331		
5361*	**Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –** Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.	**2600** 151,55	272,78 378,87
Ausschluss:	Neben Nr. 5361 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5170, 5295		

7 Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.

Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5369*	**Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374**	**3000** 174,86	314,75 437,15
Ausschluss:	Neben Nr. 5369 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5370 – 5374		
Tipp:	Neben Nr. 5369 sind die Nrn. 340, 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5370*	**Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –**	**2000** 116,57	209,83 291,44
Ausschluss:	Neben Nr. 5370 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		
Tipp:	Neben Nr. 5370 sind die Nrn. 340, 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5371*	**Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich**	**2300** 134,06	241,31 335,15
Ausschluss:	Neben Nr. 5371 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5357, 5369, 5375, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		
Tipp:	Neben Nr. 5371 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5372*	**Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich**	**2600** 151,55	272,78 378,87
	Die Nebeneinanderberechnung der Nummern 5370 bis 5372 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.		
Ausschluss:	Neben Nr. 5372 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5375, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		
Tipp:	Neben Nr. 5372 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5373*	**Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)**	**1900** 110,75	199,34 276,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5373 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		
Tipp:	Neben Nr. 5373 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5374*	**Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –**	**1900** 110,75	199,34 276,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5374 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841		
Tipp:	Neben Nr. 5374 sind die Nrn. 340, 345, 346, 347, 372 abrechenbar.		
5375*	**Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge**	**2000** 116,57	209,83 291,44
	Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.		
Ausschluss:	Neben Nr. 5375 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5371, 5372, 5378		
Tipp:	Neben Nr. 5375 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376 abrechenbar.		
5376*	**Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 –**	**500** 29,14	52,46 72,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5376 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5378		
Tipp:	Neben Nr. 5376 sind die Nrn. 340 – 351, 5370 – 5375 abrechenbar.		

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

5377* **Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion –** **800** 46,63 –

Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer: Berechnung der Lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optrimetrie) (15. Sitzung vom 27. Juli 1998)**
Zur Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung ist die Nr. 5378 heranzuziehen. Der Zuschlag nach Nr. 5377 GOÄ ist nicht zusätzlich berechenbar.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Wirbelsäulennahe Injektionsbehandlungen**
Dr. med. Stefan Gorlas – Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 37 (16.09.2011), S. A-1930 – **http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.9812**
Wirbelsäulennahe Injektionsbehandlungen wie beispielsweise die lumbale paravertebral-perineurale Analgesie werden sowohl ohne als auch mit computertomographischer Steuerung durchgeführt. Bei letztgenanntem Vorgehen treten des Öfteren Streitigkeiten über die Berechnungsfähigkeit der Nr. 5377 GOÄ („Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion“) neben der Nr. 5378 GOÄ („Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen) auf. Zu dieser Frage liegen auch mehrere Gerichtsurteile vor: Amtsgericht Köln vom 1. März 2007 (Az.: 138 C 64/06), Amtsgericht Düsseldorf vom 20. August 2008 (AZ 35 C 6029/07) und Landgericht Köln vom 6. Mai 2009 (AZ 23 O 173/03).
Im Gegensatz zur Nr. 5733 GOÄ („Zuschlag für computergesteuerte Analyse [zum Beispiel Kinetik, 3D-Rekonstruktion]), die bei kernspintomographischen Untersuchungen berechnungsfähig ist, setzt der Ansatz der Nr. 5377 GOÄ zunächst eine obligatorische 3D-Rekonstruktion voraus. Nach Auffassung der Bundesärztekammer (BÄK) ist die Berechnung der Nr. 5377 GOÄ zudem, in Analogie zu den Abrechnungsempfehlungen zur Nr. 5733 GOÄ (in: Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen, erstellt in Zusammenarbeit mit der gemeinsamen Rechtsabteilung von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Deutschen Radiologen und der Deutschen Röntgengesellschaft, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 46/2005) für eine Winkel-, Flächen- oder Volumenmessung, nicht jedoch für die Durchführung einfacher Zweipunktmessungen gerechtfertigt. Auch in der vorgenannten Rechtsprechung werden als Abrechnungsvoraussetzungen der Nr. 5377 GOÄ die Messungen von Eindringtiefe und Einstichwinkel beziehungsweise die geometrische Berechnung der Injektion genannt.

Tipp: Neben Nr. 5377 sind die Nrn. 5370 – 5375 abrechenbar.

5378* **Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen** **1000** 58,29 104,92 145,72

Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5378 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5345 – 5360, 5370 – 5375, 5376

Tipp: Neben Nr. 5378 sind die Nrn. 5361, 5810, 5831, 5840, 5851 abrechenbar.

5378* **analog** **Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optimetrie) (analog 5378* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung” der BÄK** **1000** 58,29 104,92 145,72

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenausschusses der Bundesärztekammer: Berechnung der Lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optrimetrie) (15. Sitzung vom 27. Juli 1998)**
Zur Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung ist die Nr. 5378 heranzuziehen. Der Zuschlag nach Nr. 5377 GOÄ ist nicht zusätzlich berechenbar.

5380* **Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik** **300** 17,49 31,48 43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5380 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5475

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

II Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.

2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.

3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert brechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion – sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.

6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden – ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.

7. Rechnungsbestimmungen

a) Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.

b) Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

Kommentar:
In der Rechnung sind anzugeben:
- Die Untersuchungs- und Behandlungstermine
- Angabe der durchgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen
- Art und Bezeichnung des radioaktiven Stoffes
- Angabe der verbrauchten Menge des Stoffes
- Kosten für den verbrauchten radioaktiven Stoff.

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400*	**Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile –**	**350** 20,40	36,72 51,00

Ausschluss: Neben Nr. 5400 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401, 5402

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5401*	**Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrolle (z.B. Bestimmung der injizierten Aktivität) –**	**1300** 75,77	136,39 189,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5401 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5400, 5402, 5480, 5481, 5483, 5485		
5402*	**Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) –** Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5402 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5400, 5401, 5403, 5480, 5481, 5483, 5485		
5403*	**Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131 J mit mindestens drei zeitlichen Messpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –** Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	**1200** 69,94	125,90 174,86
Ausschluss:	Neben Nr. 5403 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5402, 5480, 5481, 5483, 5485		

b. Gehirn

5410*	**Szintigraphische Untersuchung des Gehirns**	**1200** 69,94	125,90 174,86
Tipp:	Neben Nr. 5410 sind die Nrn. 305, 5473, 5486 – 5489 abrechenbar.		
5411*	**Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums**	**900** 52,46	94,43 131,15
	Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.		
Tipp:	Neben Nr. 5411 ist die Nr. 305 abrechenbar.		

c. Lunge

5415*	**Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt**	**1300** 75,77	136,39 189,43
Tipp:	Neben Nr. 5415 ist die Nr. 5480 abrechenbar.		
5416*	**Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube**	**1300** 75,77	136,39 189,43
Tipp:	Neben Nr. 5416 sind die Nrn. 5473, 5480, 5481 abrechenbar.		

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

d. Herz

5420* **Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –** **1200** 125,90 69,94 174,86

Ausschluss: Neben Nr. 5420 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 5421, 5480, 5481, 5483, 5485

Tipp: Neben Nr. 5420 sind die Nrn. 355, 356, 5473 abrechenbar.

5421* **Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –** **3800** 398,69 221,49 553,73

Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5421 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 5420, 5480, 5481, 5483, 5485

Tipp: Neben Nr. 5421 sind die Nrn. 355, 356, 5473 abrechenbar.

5422* **Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –** **1000** 104,92 58,29 145,72

Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5422 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 5423, 5424

Tipp: Neben Nr. 5422 sind die Nrn. 5486, 5487 abrechenbar.

5423* **Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –** **2000** 209,83 116,57 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5423 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 5422, 5424

Tipp: Neben Nr. 5423 sind die Nrn. 5480, 5486, 5487 abrechenbar.

5424* **Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder phartnakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –** **2800** 293,77 163,20 408,01

Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5424 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 650 – 656, 5422, 5423

Tipp: Neben Nr. 5424 sind die Nrn. 5480, 5486, 5487 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425* **Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –** **2250** 131,15 236,06 327,87

Ausschluss: Neben Nr. 5425 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5426

Tipp: Neben Nr. 5425 sind die Nrn. 5473, 5480, 5481, 5483, 5486, 5487 abrechenbar.

5426* **Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –** **1260** 73,44 132,20 183,60

Ausschluss: Neben Nr. 5426 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5425

5427* **Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen –** **400** 23,31 41,97 58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5427 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5483

5428* **Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –** **2250** 131,15 236,06 327,87

f. Tumorszintigraphie

5430* **Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z.B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern – eine Region** **1200** 69,94 125,90 174,86

Ausschluss: Neben Nr. 5430 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5431, 5450

Beschluss BÄK:

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK zur Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

Beschlüsse zur Abrechnung komplexer PET-Untersuchungsleistungen

- **zur Ganzkörper-Tumordiagnostik,** mit szintigraphischer Basisleistung sowie einschl. aller ggf. erforderlichen PET-Teilkörperuntersuchungen mit jeweiliger Darstellung in mehreren Ebenen: Nr. 5431 plus zweimal Nr. 5488 GOÄ oder 5431 plus zweimal Nr. 5489 GOÄ;
- **zur Tumordiagnostik einer Körperregion,** mit szintigraphischer Basisleistung: Nr. 5430 plus Nr. 5488 GOÄ oder **Nr. 5430** plus Nr. 5489 GOÄ;
- **zur Hirn- oder Herzuntersuchung,** mit szintigraphischer Basisleistung sowie einschl. aller Belastungsstufen: Nr. 5410 (Gehirn) oder Nr. 5424 (Myokard in Ruhe und in Stimulation) plus zweimal Nr. 5488 GOÄ (oder zweimal Nr. 5489 GOÄ).

Der Ausschuss „Gebührenordnung" beschließt, dass bei der Ganzkörper-Tumor-PET die Gebührenpositionen Nr. 5488 und Nr. 5489 GOÄ zweimal in Ansatz kommen, unabhängig davon, wie viele Einzelaufnahmen in Anhängigkeit von dem jeweils zur Verfügung stehenden PET-Scanner im Einzelfall erforderlich waren. Als Grundleistung der Tumor-PET ist bei einer Teilkörperuntersuchung die **Nr. 5430 GOÄ**, bei einer Ganzkörperuntersuchung die Nr. 5431 GOÄ sachgerecht.

Bei einer Hirn- oder Herz-PET sind zuzüglich zu den Grundleistungen nach Nr. 5410 (Gehirn) oder Nr. 5424 (Myokard in Ruhe und in Stimulation) die Nrn. 5488 oder 5489 GOÄ ebenfalls nur zweimal berechnungsfähig, auch wenn mehr als zwei Belastungsstufen durchgeführt wurden. Der Ausschuss empfiehlt im Rahmen einer Herz-Untersuchung in Ruhe und bei Belastung, sofern ein zeitlicher Zusammenhang innerhalb von zwei Wochen gegeben ist, als Grundleistung einmal die Nr. 5424 GOÄ (Myokard in Ruhe und unter Stimulation) in Ansatz zu bringen; die Nebeneinandererbringung der Nr. 5422 GOÄ (szintigraphische Untersuchung des Myokards in Ruhe) und Nr. 5423 GOÄ (unter Stimulation) innerhalb von zwei Wochen bedarf einer besonderen Begründung.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

5431* **Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z.B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern – Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)** **2250** 131,15 236,06 327,87

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.
Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).
Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5431 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5430, 5450

Beschluss BÄK: Siehe Beschluss zu Nr. 5430*

g. Nieren

5440* **Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards –** **2800** 163,20 293,77 408,01

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5440 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5441, 5442, 5444, 5473, 5480, 5481, 5483, 5485

Tipp: Neben Nr. 5440 ist die Nr. 357 abrechenbar.

5441* **Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung –** **1600** 93,26 167,87 233,15

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5441 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5440, 5442, 5480, 5481, 5483, 5485

Tipp: Neben Nr. 5441 ist die Nr. 357 abrechenbar.

5442* **Statische Nierenszintigraphie** **600** 34,97 62,95 87,43

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5442 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5440, 5441

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses BÄK**
Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen analog Nr. 5442 GOÄ (600 Punkte)
Der Ersatz von Auslagen für die pro Patient verbrauchte photosensibilisierende Substanz wird nach § 10 GOÄ abgegolten.

Tipp: Neben Nr. 5442 ist die Nr. 357 abrechenbar.

5442* analog **Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen (analog Nr. 5442* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK** **600** 34,97 62,95 87,43

5443* **Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach den Nummern 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z.B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) –** **700** 40,80 73,44 102,00

Tipp: Neben Nr. 5443 sind die Nrn. 5440, 5441 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5444*	**Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen –** Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5444 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5440, 5480, 5481, 5483, 5485		

h. Endokrine Organe

5450*	**Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe – mit Ausnahme der Schilddrüse –** Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben. Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en). Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5450 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5430, 5431		
Tipp:	Neben Nr. 5450 sind die Nrn. 5486, 5487 abrechenbar.		

i. Gastrointestinaltrakt

5455*	**Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage – gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)**	**1300** 75,77	136,39 189,43
5456*	**Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen**	**1300** 75,77	136,39 189,43
Tipp:	Neben Nr. 5456 sind die Nrn. 5473, 5480, 5481, 5483, 5485, 5486, 5487 abrechenbar.		

j. Hämatologie, Angiologie

5460*	**Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –** Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.	**900** 52,46	94,43 131,15
Ausschluss:	Neben Nr. 5460 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5473		
Tipp:	Neben Nr. 5460 ist die Nr. 357 abrechenbar.		
5461*	**Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflussgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –**	**2200** 128,23	230,82 320,58

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5462*	**Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –**	**2200** 128,23	230,82 320,58
Ausschluss:	Neben Nr. 5462 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5480, 5481, 5483, 5485		
Tipp:	Neben Nr. 5462 ist die Nr. 5463 abrechenbar.		
5463*	**Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts** Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern	**500** 29,14	52,46 72,86
Tipp:	Neben Nr. 5463 ist die Nr. 5462 abrechenbar.		
5465*	**Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern – eine Region**	**1260** 73,44	132,20 183,60
Ausschluss:	Neben Nr. 5465 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5466		
5466*	**Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern – Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)** Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).	**2250** 131,15	236,06 327,87
Ausschluss:	Neben Nr. 5466 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5465		

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470*	**Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor – einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum –**	**950** 55,37	99,67 138,43
Ausschluss:	Neben Nr. 5470 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5480, 5481, 5483		

l. Sonstiges

5472*	**Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z.B. Ejektionsfraktion mit Messsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle –**	**950** 55,37	99,67 138,43
5473*	**Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszyntigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) –** Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.	**900** 52,46	94,43 131,15

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 5473 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5440, 5460, 5480, 5481, 5483

Tipp: Neben Nr. 5473 sind die Nrn. 5410, 5416, 5425, 5456 abrechenbar.

5474*	**Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide**	**1350** 78,69	141,64 196,72

m. Mineralgehalt

5475*	**Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik**	**300** 17,49	31,48 43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5475 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5380, 5480, 5481, 5483, 5485

IGeL: Früherkennung der Osteoporose

n. Ergänzungsleistungen

Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5480*	**Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung – mindestens zwei ROI –**	**750** 43,72	– –

Ausschluss: Neben Nr. 5480 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401 – 5403, 5420, 5421, 5440, 5441, 5444, 5462, 5470, 5473 – 5475, 5481

Tipp: Neben Nr. 5480 sind die Nrn. 5415, 5416, 5423, 5425, 5456 abrechenbar.

5481*	**Sequenzszintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge –**	**680** 39,64	– –

Ausschluss: Neben Nr. 5481 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401 – 5403, 5420, 5421, 5440, 5441, 5444, 5462, 5470, 5473 – 5481

Tipp: Neben Nr. 5481 sind die Nrn. 5416, 5425, 5456 abrechenbar.

5483*	**Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung**	**680** 39,64	– –

Ausschluss: Neben Nr. 5483 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401 – 5403, 5420, 5421, 5427, 5440, 5441, 5444, 5462, 5470, 5475

Tipp: Neben Nr. 5483 sind die Nrn. 5425, 5456 abrechenbar.

5484*	**In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z.B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) – einschließlich erforderlicher in-vitro-Qualitätskontrollen –**	**1300** 75,77	– –
5485*	**Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren –**	**980** 57,12	– –

Ausschluss: Neben Nr. 5485 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401 – 5403, 5420, 5421, 5440, 5441, 5444, 5462, 5470, 5475

Tipp: Neben Nr. 5485 ist die Nr. 5456 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486* **Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen** **1200** 125,90 69,94 174,86

Ausschluss: Neben Nr. 5486 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5487

Tipp: Neben Nr. 5486 sind die Nrn. 5410, 5422, 5423, 5425, 5456 abrechenbar.

5487* **Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung** **2000** 209,83 116,57 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5487 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5486

Tipp: Neben Nr. 5487 sind die Nrn. 5410, 5422, 5423, 5425, 5456 abrechenbar.

5488* **Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –** **6000** 629,50 349,72 874,31

Ausschluss: Neben Nr. 5488 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5489

Tipp: Neben Nr. 5488 ist die Nr. 5410 abrechenbar.

5489* **Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifiziernder Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –** **7500** 786,88 437,15 1092,89

Ausschluss: Neben Nr. 5489 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5488

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **BGH sieht keine Regelungslücke in der GOÄ – PET –**

Dr. med. Regina Klakow-Franck – in: Deutsches Ärzteblatt 101, Heft 4 (23.01.2004), Seite A-210 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.4319

Positronenemissionstomographien (PET) sind kostspielige Untersuchungen. Zum Indikationsspektrum zählt neben Hirn- und Herzuntersuchungen heute auch die Tumor-Staging-Diagnostik. Anders als in der Röntgendiagnostik fehlt bei der PET jedoch eine aufwandsentsprechende Differenzierung in verschiedene Körperteil- beziehungsweise Ganzkörperuntersuchungen, die im Rahmen der nächsten GOÄ-Novellierung nachgeholt werden sollte. Für die Übergangszeit empfahl die Bundesärztekammer bei Durchführung einer Ganzkörper-Tumor-PET den zweimaligen Ansatz der Nr. 5489. Dieser Auffassung ist der Bundesgerichtshof in zwei Entscheidungen zur PET von allgemeiner Relevanz für die GOÄ-Auslegung nicht gefolgt (Urteil BGH, Urteile vom 27. November 2003, Az.: III ZR 37/03 und Az.: III ZR 416/02).

Nr. 5489 darf nicht zweimal berechnet werden, auch dann nicht, wenn bei Einsatz älterer PET-Scanner zwei oder sogar mehr Untersuchungen angefertigt werden müssen, um ein Gesamtbild von der Tumorausbreitung zu erhalten. Der BGH räumt ein, dass weder die Gebührenposition 5489 noch die übergeordneten Regelungen des Kapitels O II der GOÄ Bestimmungen enthalten, die einer mehrfachen Abrechnung grundsätzlich entgegenstehen. Eine der unangemessenen Bewertung der Lebertransplantation vergleichbare Regelungslücke in der GOÄ (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 27. September 2001, Az.: 8 U 181/00) liege aber nicht vor: Da es mit den älteren Geräten gar nicht möglich war, mehrere Körperregionen mit nur einer Aufnahme zu scannen, müsse davon ausgegangen werden, dass der Verordnungsgeber eine Mehrfachberechnung in die GOÄ aufgenommen hätte, wenn er dies gewollt hätte. Da vom BGH als kostenmäßig vergleichbar eingestufte Technologien, wie zum Beispiel die Computertomographie, für Körperteiluntersuchungen jeweils niedrigere Punktzahlen erhalten hätten (zum Beispiel 2600 Punkte für ein CT-Abdomen), könne die mit 7500 Punkten bewertete PET-Nr. 5489 nur als Pauschalgebühr verstanden werden. Deshalb liege im Fall der Ganzkörper-PET keine „planwidrige Unvollständigkeit" der GOÄ vor. Auch wenn die Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer sachgerechter wäre – eine mehr als einmalige Berechnung der Nr. 5489 oder Analogabrechnung komme nicht in Betracht.

Im Übrigen betont der BGH den Rechtszweck der Gebührenordnung: Der Patient könne grundsätzlich davon ausgehen, dass der Verordnungsgeber eine angemessene Vergütung festgesetzt hat. Es sei allein Sache des Verordnungsgebers, nicht Angelegenheit der Vertretungen der Ärzte, darüber zu befinden, wie ärztliche Leistungen zu bewerten sind, auch wenn es sich dabei um Neuentwicklungen nach Erlass der Verordnung handelt. – Dieses Statement verkennt, dass auf eine angemessene und korrekte Abrechnung der ärztlichen Leistung zu achten zur Berufsausübungsaufsicht der Ärztekammern zählt. Adressat der entbehrlichen Unmutsäußerung sollte der Verordnungsgeber sein, der für den Stillstand bei der Weiterentwicklung der GOÄ verantwortlich ist.

Tipp: Neben Nr. 5489 ist die Nr. 5410 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

5600* **Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen** **2480** 260,19
144,55 361,38

5602* **Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe** **1350** 141,64
78,69 196,72

5603* **Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika** **1080** 113,31
62,95 157,38

5604* **Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane** **2700** 283,28
157,38 393,44

Ausschluss: Neben Nr. 5604 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 300 – 302, 373, 676 – 692

5605* **Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern** **2250** 236,06
131,15 327,87

5606* **Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen –** **900** 94,43
52,46 131,15

Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 5606 sind die Nrn. 5600, 5603, 5605 abrechenbar.

5607* **Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität –** **1620** 169,97
94,43 236,06

Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 5607 sind die Nrn. 5600, 5603, 5605 abrechenbar.

III Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nr. 5735 zu beachten.

Beschluss BÄK:

Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer
Stand: 09.01.2006 – veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 1–2 (09.01.2006), Seite A-69

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
Der Vorstand der Bundesärztekammer hat folgenden Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer zur „Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen" (Abschnitt B und Abschnitt O) zugestimmt:
Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen

1. Vorbemerkungen
Die Untersuchung und Abrechnung von Magnetresonanztomographien (MRT) nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hat in jüngster Vergangenheit immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Unternehmen der

privaten Krankenversicherung geführt. Um Auslegungsdivergenzen zu beseitigen, Auseinandersetzungen zu minimieren, eine Hilfestellung für eine sachgerechte Abrechnung von MRT-Leistungen nach GOÄ und eine sachgerechte Erstattung in der Zukunft zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer (BÄK) in Zusammenarbeit mit der gemeinsamen Rechtsabteilung von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) Grundsätze zur Untersuchung und Abrechnung von MRT-Leistungen erstellt, die nachfolgend dargelegt werden.
Wenn sich über diese Grundsätze hinaus Fragen bei der Abrechnung oder Erstattung ergeben, so sollte eine medizinisch und gebührenrechtlich detaillierte, auf den Einzelfall ausgerichtete Anfrage von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung an den Arzt gerichtet werden. Pauschale Zurückweisungen von Abrechnungen zeigen die konkreten Abrechnungsprobleme nicht auf.
Im Zweifels- oder Streitfall können sich alle Beteiligten an die zuständige Landesärztekammer zur Klärung wenden.

2. Leistungen des Abschnitts B

Des Öfteren ist strittig, ob neben MRT-Leistungen des Abschnitts O III (Magnetresonanztomographie) der GOÄ (Nrn. 5700–5735 GOÄ) Beratungs- und Untersuchungsleistungen nach den Nrn. 1 und 5 GOÄ sowie Leistungen für einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 75 GOÄ berechnet werden können oder ob die Berechnung dieser Leistungen neben MRT-Leistungen grundsätzlich ausgeschlossen ist.
Die Allgemeinen Bestimmungen der Präambel zu Kapitel O I (Strahlendiagnostik) sind nach unserer Auffassung – obwohl formal Kapitel O I (Strahlendiagnostik) vorangestellt und in der Präambel zu Kapitel O III (Magnetresonanztomographie) nicht wiederholt – für den gesamten Abschnitt O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) gültig. Dies ergibt sich zum einen aus dem Sinn der Bestimmungen, zum anderen daraus, dass in Rndnr. 6 ausdrücklich eine Leistung des Abschnitts O III einbezogen ist.
Aus den Allgemeinen Bestimmungen kann aber nicht geschlussfolgert werden, dass die Nrn. 1, 5 und 75 GOÄ grundsätzlich nicht neben Leistungen nach Abschnitt O berechnet werden können. Dies wird im Folgenden begründet:

2.1 Nrn. 1 und 5 GOÄ

Nach dem Wortlaut der oben zitierten Bestimmungen sind Beratung und Untersuchung, die nach der Strahlenschutz- bzw. Röntgenverordnung zur Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges erforderlich sind, Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten. MRT-Untersuchungen unterliegen nicht der Röntgen- oder Strahlenschutzverordnung, da keine Röntgenstrahlung im Sinne dieser Verordnungen angewendet wird. Als Röntgenstrahlung im Sinne der o.g. Verordnungen gelten nur Einrichtungen zur Erzeugung von (ionisierender) Strahlung mit einer Mindestenergie der Teilchen (z.B. Elektronen oder Photonen) von fünf Kiloelektronenvolt (keV). Die Strahlung bei der Kernspintomographie fällt nicht hierunter, da hier die Photonenergien um viele Größenordnungen geringer sind.
Die Sorgfaltspflichten des Arztes erfordern in jedem Fall vor einer diagnostischen Auftragsleistung eine Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges im Hinblick auf die medizinische Notwendigkeit (§ 1 Abs. 2 GOÄ) und die Anpassung der im Einzelfall erforderlichen Messbedingungen und -parameter im Sinne der Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnetresonanztomographie. Die Erbringung dieser Leistung erfüllt zugleich nicht den Leistungsinhalt der Beratung nach Nr. 1 GOÄ.
Wird der Radiologe von einem privatversicherten Patienten direkt aufgesucht, so muss der Radiologie den Patienten beraten und gegebenenfalls untersuchen, um eine Indikation zur Untersuchung stellen zu können. Die Erhebung der Anamnese und die anschließende Beratung kann nach Nr. 1 GOÄ berechnet werden. Die Untersuchung nach Nr. 5 GOÄ (symptombezogene Untersuchung) kann im Rahmen der fachlichen Kompetenz des Radiologen durchgeführt und berechnet werden.
Ein Ausschluss der Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ neben den Leistungen nach Abschnitt O der GOÄ ergibt sich auch nicht aus der Präambel zu Abschnitt B Rdnr. 2, sondern „die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 [sind] neben Leistungen nach den Abschnitten C-O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig“. Diese Abrechnungsbestimmung verdeutlicht im Zusammenhang mit den Bestimmungen der Präambel zu Abschnitt O, dass für alle Leistungen des Abschnitts O die Berechnung der Nrn. 1 und 5 GOÄ grundsätzlich zulässig ist, sofern diese Leistungen nicht – wie oben dargestellt – ausschließlich im Zusammenhang mit der Sorgfaltspflicht (Überprüfung der Indikationsstellung und des Untersuchungsumfanges) erbracht werden, sondern darüber hinaus eine eigenständige medizinische Indikation zur Durchführung einer symptombezogenen Untersuchung und/oder Beratung besteht. Nachfolgend werden Beispiele aufgelistet, die im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes Indikationen zur Beratung und ggf. Untersuchung darstellen:
Am häufigsten ist sicher die über die Befundmitteilung hinausgehende Erörterung des erhobenen MRT-Befundes mit dem Patienten, einschließlich einer ersten Wertung der möglichen Therapieoptionen sowie des weiteren Verhaltens des Patienten.
Auch die genaue Abklärung eines Sturzmechanismus durch den Radiologen zur Erkennung möglicher Verletzungsmuster im MRT kann im Ausnahmefall eine Indikation zur Beratung und Untersuchung nach Nr. 1 und 5 GOÄ darstellen.
Der Eintritt von kontrastmittelbedingten Komplikationen stellt ebenfalls eine (eher seltene) Indikation zur Beratung und Untersuchung dar.
Im Einzelfall kann sich die Abgrenzung zu Beratungs- und Untersuchungsleistungen, die als Bestandteil der MRT-Leistungen anzusehen sind, schwierig gestalten. Die im Kommentar Brück zu Rdnr. 5 der Präambel zu Abschnitt O angeführten Beispiele sind auch auf MRT-Leistungen anwendbar.

2.2 Nr. 75 GOÄ

Nach den Bestimmungen der GOÄ (z.B. Anmerkung zur Leistungslegende der Nr. 75 GOÄ und Rdnr. 3 der Präambel zu Abschnitt O I) ist die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht als Bestandteil der zugrunde liegenden Leistung nicht gesondert berechnungsfähig. Die Befundmitteilung beschränkt sich im Wesentlichen auf die Beschreibung des Befundes. Der einfache Befundbericht geht im Umfang über die bloße Befundmitteilung hinaus und enthält ggf. zusätzlich eine Verdachtsdiagnose bzw. eine Auswahl möglicher Diagnosen.
Die GOÄ enthält jedoch keinen Ausschluss für die Berechnung eines ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichtes nach Nr. 75 GOÄ neben einer radiologischen oder anderen diagnostischen Leistung. Die obligaten Bestandteile der

Nr. 75 GOÄ für den ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht sind der Leistungslegende zu entnehmen.
Inhalt der Leistungslegende nach Nr. 75 GOÄ ist: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie". Gebührenrechtlich wichtig ist die genaue Fassung „Angaben zur Anamnese", welches nicht die (eigene) Erhebung der Anamnese bedeutet, sondern eine Berücksichtigung und Erwähnung der vorliegenden anamnestischen Angaben. Die Leistungslegende gilt dann als erfüllt, wenn über den einfachen Befundbericht hinaus, unter Berücksichtigung der aktuellen anamnestischen Daten, eine epikritische Bewertung des Befundes erfolgt, und/oder ein epikritischer Vergleich mit Vorbefunden und sonstigen Informationen gezogen wird. Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung ist definiert als ein zusammenfassender kritischer Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung (Pschyrembel). Die Therapieempfehlung ist fakultativ und nicht zwingend notwendig.
Danach ist eine regelhafte Abrechnung der Nr. 75 GOÄ im Rahmen der MRT unter Berücksichtigung der Leistungslegende nicht gerechtfertigt. Wird jedoch im Einzelfall eine medizinisch kritische Bewertung der erhobenen Befunde unter Berücksichtigung relevanter anamnestischer Angaben erforderlich, ist Nr. 75 GOÄ neben MRT-Untersuchungen abrechenbar. Ein Beispiel ist die differenzialdiagnostische epikritische Beurteilung, ob es sich bei einem pathologischen Befund um ein frisches oder altes Trauma handelt, einschließlich ggf. erfolgender Hinweise auf die therapeutische Konsequenz dieser Entscheidung.

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer Stand: 19.10.2005 – veröffentlicht in: Vorabveröffentlichung, Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207–A3208, A-3210–A-3211 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4689.4871.4941.4942&all=true

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen
2. Systematik des Abschnittes O GOÄ
3. Problematik O III Magnetresonanztomographie
4. Umfang der Untersuchung
5. Gelenkbegriff der GOÄ
6. Magnetresonanztomographie des Kniegelenkes (Nr. 5729 GOÄ)
7. Ergänzende Serie/n (Nr. 5731 GOÄ)
8. Spulenwechsel und Positionswechsel (Nr. 5732 GOÄ)
8.1 Spulenwechsel
8.2 Positionswechsel
8.3 Untersuchungen verschiedener Organe (Nrn. 5700–5730 GOÄ)
9. Computergestützte Analyse (Nr. 5733 GOÄ)

1. Vorbemerkungen
Die Untersuchung und Abrechnung von Magnetresonanztomographien (MRT) nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hat in jüngster Vergangenheit immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Ärzten und Unternehmen der privaten Krankenversicherung geführt. Um Auslegungsdivergenzen zu beseitigen, Auseinandersetzungen zu minimieren, eine Hilfestellung für eine sachgerechte Abrechnung von MRT-Leistungen nach GOÄ und eine sachgerechte Erstattung in der Zukunft zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer (BÄK) in Zusammenarbeit mit der gemeinsamen Rechtsabteilung von BÄK und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) und der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) Grundsätze zur Untersuchung und Abrechnung von MRT-Leistungen erstellt, die nachfolgend dargelegt werden. Diese Grundsätze wurden auf schriftlichem Wege durch die Mitglieder des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer konsentiert. Wenn sich über diese Grundsätze hinaus Fragen bei der Abrechnung oder Erstattung ergeben, so sollte eine medizinisch und gebührenrechtlich detaillierte, auf den Einzelfall ausgerichtete Anfrage von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung an den Arzt gerichtet werden. Pauschale Zurückweisungen von Abrechnungen zeigen die konkreten Abrechnungsprobleme nicht auf. Im Zweifels- oder Streitfall können sich alle Beteiligten an die zuständige Landesärztekammer zur Klärung wenden.

2. Systematik des Abschnittes O GOÄ
Die Systematik des gesamten Abschnittes O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist gekennzeichnet durch die Definition von Grund- und Zuschlagsleistungen. Die Grundleistungen sind geeignet, einen Körperabschnitt in Bezug auf die Anatomie darzustellen. Die Zuschlagsziffern wurden geschaffen, um über die übliche Fragestellung hinausgehende oder intraprozessual entstandene Probleme (Differenzialdiagnosen, Verdachtsdiagnosen, den anatomischen Bereich überschreitende Pathologika) abzuklären. Diese Systematik trifft auch auf den Unterabschnitt O III Magnetresonanztomographie (MRT, Nrn. 5700–5735 GOÄ) zu.

3. Problematik O III Magnetresonanztomographie
Die Gebührenpositionen des Abschnittes O III Magnetresonanztherapie (MRT) der GOÄ wurden für die 1996 von der Leistungslegendierung wortwörtlich aus dem damaligen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) übernommen und spiegeln den technischen Standard der Magnetresonanztomographie von vor über zehn Jahren wider. Der Abschnitt O III der GOÄ enthält wenige Grundleistungen, bei denen die Anforderung an die Darstellung wörtlich in der Legende enthalten ist und zahlreiche Leistungen, bei denen das nicht der Fall ist. Zum Beispiel fordert die Leistungslegende der Nr. 5700 GOÄ die MRT-Darstellung in „zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen". Die Nr. 5705 GOÄ enthält in der Legende den Hinweis, dass die Darstellung „in zwei Projektionen" zu erfolgen hat. In den Legenden der übrigen MRT-Grundleistungen (Nrn. 5715 bis 5730 GOÄ) fehlen konkrete Angaben zur Darstellung. Der horizontale Bewertungsvergleich zeigt jedoch, dass auch für diese Ziffern von einem ähnlichen Untersuchungsumfang (zwei Ebenen, zwei Gewichtungen) ausgegangen wurde. Die Nr. 5729 GOÄ für die MRT der Gelenke enthält keine Vorgaben hinsichtlich der Anzahl

von Projektionen oder Gewichtungen. Da für die möglichen Zuschlagsleistungen keine gebührenrechtlichen Ausschlüsse bestehen, ist eine Berechnung der Nrn. 5731, 5732 und 5733 GOÄ bei Erfüllung des Leistungsinhalts neben den Grundleistungen nach Nrn. 5700-5730 GOÄ grundsätzlich möglich. Einerseits kann gebührenrechtlich der medizinisch-technische Fortschritt bei der Untersuchung mit der Magnetresonanztomographie und einer verbesserten Darstellung vieler Details nicht dazu führen, dass Leistungen, die bei der ursprünglichen Bestimmung der Leistungsinhalte und Bewertung der Leistung erkennbar in Zuschlagsziffern berücksichtigt wurden, Bestandteil der Grundleistung und damit obsolet werden. Andererseits kann die medizinisch-technische Entwicklung gebührenrechtlich auch nicht dazu führen, dass im Zuge einer medizinisch nicht indizierten Ausweitung der Indikationsstellung und Darstellung sämtlicher, ggf. im Einzelfall nicht notwendiger Details des zu untersuchenden Ziels, diese Zuschläge stets zur erbrachten Grundleistung angesetzt werden. Entscheidend ist deshalb, ob durch die zusätzliche Untersuchung medizinisch relevante Zusatzinformationen zu erwarten sind. Die fehlende Konkretisierung der Leistungsinhalte der Nummern 5715 bis 5730 GOÄ führte in letzter Zeit zu einer steigenden Anzahl von Auslegungsdivergenzen und Problemen bei der Abgrenzung zwischen Grund- und Zuschlagsleistungen.

4. Umfang der Untersuchung

Der Untersuchungsumfang richtet sich nach dem aktuellen Krankheitsbild des Patienten und nach der Fragestellung des anfordernden Arztes. Aufwand und Umfang einer Erstuntersuchung unterscheiden sich z.B. deutlich von dem einer Kontrolluntersuchung. MRT-Untersuchungen reichen von der einfachen Darstellung eines Gelenkes in zwei Projektionen und Gewichtungen bis hin zu sehr komplexen und (zeit-)aufwändigen Darstellungen mit Kontrastmittelgabe und computergestützter Analyse. Die Abrechnung einer MRT-Untersuchung muss einzellfallbezogen zu einer angemessenen Vergütung führen. Nachfolgend wird am Beispiel der Magnetresonanztomographie des Kniegelenkes der Standard, die Abrechnungsvoraussetzungen sowie mögliche medizinische Indikationen für die Grundleistung nach Nr. 5729 GOÄ und für die ggf. zusätzlich berechnungsfähigen Zuschlagsleistungen nach den Nrn. 5731, 5732 und 5733 GOÄ exemplarisch dargestellt.

5. Gelenkbegriff der GOÄ

Das Kniegelenk wird durch die Femurkondylen (Oberschenkel) und durch den Tibiakopf (Unterschenkel) gebildet. Als funktionelle Einheit gehört auch die Patella (Kniescheibe) dazu. Gebührenrechtlich stellt das Kniegelenk ein (einziges) Gelenk dar, da die komplette Systematik der GOÄ auf den gebührenrechtlich abstrakten Begriff des Gelenks abhebt und nicht auf anatomisch funktionelle Gelenke. Dies lässt sich unter anderem an folgenden Gebührenpositionen ablesen:

- Nr. 2182 Gewaltsame Lockerung [...] eines Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenks
- Nr. 5030 Röntgen in 2 Ebenen von Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, [...] Kniegelenk, ...

Gebührenrechtlich unterscheidet man kleine und große Gelenke. Als große Gelenke gelten Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk sowie Hüft-, Knie- und Sprunggelenk (vergleiche auch Nrn. 212, 213, 237, 238 GOÄ). Daraus ergibt sich, dass alle übrigen Gelenke als kleine Gelenke einzustufen sind.

6. Magnetresonanztomographie des Kniegelenkes (Nr. 5729 GOÄ)

Die Grundleistung für die MRT des Kniegelenkes ist die Nr. 5729 GOÄ „Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten“ (2400 Punkte). Dass gegenüber den anderen MRT-Untersuchungen eine deutlich niedrigere Bewertung der Nr. 5729 GOÄ 1996 erfolgte, liegt unter anderem auch an der damals vorgenommenen Mischkalkulation für Ganzkörpergeräte und Teilkörpergeräte. Der Gebührenkalkulation liegen die damaligen technischen Möglichkeiten beider Gerätetypen zugrunde. Moderne MRT-Geräte bieten heute neben einer vielfach verbesserten Auflösung und Detailgenauigkeit, über den Standard hinaus gehend zahlreiche Möglichkeiten der differenzierten Darstellung des zu untersuchenden Organs/Gelenks. Es können beispielsweise neue Darstellungen der Bild-Gewichtung wie z.B. Fettsuppression / Fettsättigung erfolgen, außerdem kann eine Vielzahl verschiedener computergestützter Berechnungen vom Arzt am Computer durchgeführt werden.

Die Grundleistung nach Nr. 5729 GOÄ beinhaltet die Darstellung des Kniegelenks in zwei Projektionen und zwei Gewichtungen (üblicherweise T1- und T2-Gewichtung), da mit dieser Technik ein Kniegelenk anatomisch darzustellen ist. Die Untersuchung des Kniegelenks in zwei Ebenen und zwei Projektionen ist z.B. bei der Verlaufskontrolle bekannter Vorschädigungen ohne frische Traumata oder der postoperativen Beurteilung nach Kreuzbandrekonstruktion ausreichend und sachgerecht. Die Nr. 5729 GOÄ kann für die Darstellung des Kniegelenks nur einmal angesetzt werden, unabhängig davon, welche Abschnitte derselben Extremität zusätzlich dargestellt werden. Wird neben der Darstellung des Kniegelenks ein weiteres großes Gelenk (Hüfte oder Sprunggelenk) derselben Extremität dargestellt, so kann statt Nr. 5729 GOÄ die Nr. 5730 GOÄ Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität angesetzt werden. Bei der Darstellung beider Kniegelenke kann die Nr. 5729 GOÄ nur einmal angesetzt werden, da die Allgemeinen Bestimmungen zu O III nur den einmaligen Ansatz der Nr. 5729 GOÄ je Sitzung zulassen. Die Abrechnung der Darstellung beider Kniegelenke kann auch nicht über die Nr. 5730 GOÄ erfolgen, da der Inhalt dieser Leistung (zwei große Gelenke einer Extremität) nicht erfüllt wird. Der höhere Zeitaufwand für die Durchführung und Auswertung der MRT-Untersuchung beider Kniegelenke kann durch den Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 GOÄ erfolgen.

Die eher selten notwendige Untersuchung beider Kniegelenke dauert, ebenso wie die Untersuchung unterschiedlicher Organregionen, in der Regel über 40 Minuten. Ob eine ausreichende Lagerung mit vollständigem Stilliegen des Patienten während der gesamten Untersuchung gewährleistet werden kann, ist im Einzelfall anhand der konkreten Umstände zu beurteilen. Neben dem Alter des Patienten, z.B. bei Kindern, spielt das Vorliegen weiterer Faktoren, wie akute oder chronische Schmerzen sowohl der zu untersuchenden oder anderen Körperregionen, insbesondere im Wirbelsäulenbereich, eine entscheidende Rolle. Der Allgemeinzustand des Patienten (z.B. Kachexie) und das Vorliegen weiterer Erkrankungen (z.B. kardiopulmonaler Erkrankungen) haben ebenfalls Einfluss auf die Zeit, die der Patient ruhig liegen kann. Liegen bereits bei der Terminvergabe Hinweise auf die genannten Kriterien vor, die erwarten lassen, dass eine entsprechende Lagerung nicht gewährleistet werden kann und eine hohe scheinlichkeit der Unverwertbarkeit der zweiten Untersuchung durch Bewegungsartefakte absehbar ist, ist die Untersuchung in zwei getrennten Terminen angezeigt. Diese lagerungsrelevanten Kriterien sollten vom Patienten bereits bei der Terminvergabe erfragt und patientenindividuell dokumentiert werden. Praxisorganisatorische Gründe rechtfertigen dagegen die Untersuchung an zwei Terminen nicht.

7. Ergänzende Serie/n (Nr. 5731 GOÄ)
Wird durch die medizinische Notwendigkeit über die Standardeinstellung (zwei Ebenen und zwei Gewichtungen) hinausgehend die Darstellung in einer dritten Ebene und/oder mit einer zusätzlichen Gewichtung (z.B. fettgesättigt oder fettsupprimiert) vorgenommen, so kann z.B. neben der Nr. 5729 GOÄ für die Grundleistung einmal die **Nr. 5731** GOÄ (1000 Punkte) **„Ergänzende Serie(n)** zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730" angesetzt werden. Die Aufzählung zur Nr. 5731 GOÄ „Kontrastmitteleinbringung" und „Darstellung von Arterien" ist beispielhaft und nicht abschließend. Ein Mehrfachansatz der Gebührenposition Nr. 5731 GOÄ ist nicht möglich, da in der Leistungslegende eindeutig die Mehrzahl beschrieben ist. Die Fettsättigung ist z.B. notwendig bei einem frischen Trauma, um das Ausmaß der Verletzung (Knochenmarködem) festzustellen oder zur Darstellung von verborgenen Frakturen und Entzündungen (wie Osteomyelitis, Ostitis, Primär chronische Polyarthritis). Weitere Beispiele für ergänzende Serien sind die zusätzliche Aufnahme in schräg-koronarer Ebene entlang des vorderen Kreuzbandes zur Beurteilung der Kontinuität, eines Teilrisses, einer Ausfaserung oder Verschmälerung oder eine für Knorpel sensitive Schicht ggf. in Vergrößerung bei Verdacht auf Knorpelschädigung, wenn diese zusätzliche Darstellung eine medizinisch relevante Zusatzinformation erwarten lässt. Zusätzliche Serien werden zudem durchgeführt, um z.B. posttraumatische Aneurysmata oder Gefäßdissektionen darzustellen oder auszuschließen oder um bei Frakturen zur Stellung der Operationsindikation eine dritte Ebene darzustellen. Zusätzliche Serien nach Kontrastmittelgabe sind insbesondere bei Verdacht auf Weichteilverletzungen oder Entzündungen (wie Osteomyelitis], Ostitis, rheumatoide Arthritis) indiziert. Die MRTist bei Entzündungen deutlich sensitiver als andere bildgebende Verfahren. Dabei ist das Kontrastmittelgestützte Verfahren noch sensitiver als das MRT ohne Kontrastmittel (KM). Die Kontrastmittelgabe beim MRT dient der Unterscheidung von akuten versus chronischen Entzündungen. Außerdem führt die Kontrastmittelgabe zu einer höheren Sensitivität der (frühen) Diagnostik (und Therapie) entzündlicher Veränderungen z.B. bei der rheumatoiden Arthritis des Kniegelenks oderbei ankylosierender Spondyarthritis. Die Kontrastmittelgabe beim MRT kann zur Therapiekontrolle bei der rheumatoiden Arthritis eingesetzt werden. Die Notwendigkeit der Gabe von Kontrastmittel steht bei der überwiegenden Anzahl von Fällen, insbesondere beim Kniegelenk, schon vor der MRT durch die Art der Anforderung oder das Krankheitsbild fest. Die Einbringung des Kontrastmittels kann neben den MRT-Leistungen nach den Nrn. 340 bis 374 GOÄ (je nach Einbringungsart) berechnet werden. Die tatsächlichen Auslagen für nicht bariumhaltige Kontrastmittel sowie berechnungsfähige Auslagen (wie Einmalinfusionsbesteck) können nach § 10 GOÄ zusätzlich berechnet werden.

8. Spulenwechsel und Positionswechsel (Nr. 5732 GOÄ)
Die Leistungslegende der Nr. 5732 GOÄ „Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel" (1000 Punkte), enthält keinen Hinweis, wie der Spulenwechsel zu erfolgen hat. Deshalb kann sowohl für den früher regelhaften, personalkostenintensiven und zeitaufwändigen manuellen Wechsel mit erneuter Lagerung bzw. Platzierung des Patienten, als auch für den heute möglichen automatischen Wechsel der Spule per „Mausklick" mit kostenintensiver zusätzlicher Technik die Nr. 5732 GOÄ angesetzt werden.

8.1 Spulenwechsel
Wird vor der eigentlichen Untersuchung eine Übersichtsaufnahme zur Orientierung, z.B. mit der Körperspule angefertigt, erfüllt dies nicht den Leistungsinhalt der Nr. 5732 GOÄ. Dieser gebührenrechtliche Sachverhalt ist beispielsweise in Analogie zu der Nr. 5137 GOÄ „Brustorgane-Übersicht" und den Nrn. 5150 bis 5158 sowie 5163 bis 5169 GOÄ (Funktionsuntersuchung von Bauch- und Verdauungsorganen) zu sehen, bei denen die orientierende/n Durchleuchtung/en Bestandteil/e der Leistung ist/sind. Der horizontale Abgleich innerhalb der GOÄ lässt eine Bewertung der orientierenden Aufnahme mittels Körperspule mit 1000 Punkten, vor der eigentlichen Untersuchung z.B. mittels Kniespule nicht zu, da diese denselben diagnostischen Wert aufweisen müsste, wie die ebenfalls mit 1000 Punkten bewertete/n zusätzliche/n Serie/n nach Nr. 5731 GOÄ.
Wird jedoch ein Spulenwechsel zur Darstellung eines anderen Gelenks vorgenommen, z.B. Sprunggelenk neben Kniegelenk, oder kommt eine spezielle Spule, z.B. Ringspule, an demselben Gelenk zum Einsatz, z.B. zur Darstellung des Knorpels auf der Kniescheibenrückseite, so kann die Nr. 5732 angesetzt werden. Der Zuschlag nach Nr. 5732 GOÄ für den manuellen oder automatischen Spulenwechsel ist auch bei der Darstellung von mehr als zwei Gelenken oder bei der Darstellung von mehreren funktionellen Abschnitten der Wirbelsäule (BWS, HWS, LWS) und ggf. der zusätzlichen Darstellung der Ileosacralgelenke nur einmal berechnungsfähig.

8.2 Positionswechsel
Der Ansatz der Nr. 5732 GOÄ ist gerechtfertigt, wenn eine Funktionsuntersuchung in anderer Stellung, z.B. Elevation oder Abduktion, eines Gelenks vorgenommen wird (Positionswechsel). Hier sind als Beispiel vor allem Funktionsuntersuchungen des Schultergelenks zu nennen. Auch Funktionsuntersuchungen des Kniegelenkes, z.B. unter Auslösung des Schubladenphänomens zur Spannung der Kreuzbänder – Belastung von Außen- und Innenband, sind möglich, wenn durch diese zusätzliche Darstellung medizinisch relevante Zusatzinformationen zu erwarten sind. Der „Positionswechsel" bei der Gabe von Kontrastmittel durch Ein- und Ausfahren des Lagerungstisches muss gebührenrechtlich und vom Aufwand her sehr differenziert betrachtet werden. Üblicherweise steht schon zu Beginn der Untersuchung des Kniegelenks mittels MRT fest, ob eine Kontrastmittelgabe erforderlich ist oder nicht. Der Patient erhält im Falle der Erforderlichkeit einen venösen Zugang mit Anschluss an ein Infusions- oder Injektionssystem, welches ohne Verschieben des Tisches zu bedienen ist. Die Kontrastmittelgabe selbst wird bei diesem Vorgehen durch die Nrn. 340 GOÄ ff. vergütet. Bei der vorher feststehenden Kontrastmittelgabe ist die Berechnung des Positionswechsels nach Nr. 5732 GOÄ (1000 Punkte) nicht möglich, da die Leistungslegende nicht erfüllt wird.
Ein Positionswechsel des Patienten im Sinne der Leistungslegende erfolgt, wenn sich erst während der Untersuchung herausstellt, dass die Kontrastmittelgabe erforderlich ist. Dies ist zum Beispiel bei der Detektion einer Leberläsion in der T-2 gewichteten Nativsequenz der Fall, die die differentialdiagnostische Abklärung mittels KM-Dynamik erforderlich macht. Bei durch die orientierende MRT diagnostizierter pathologischer Gewebestruktur im Kniegelenk (z.B. Verdacht auf Knochenzysten oder Osteolysen) kann die Kontrastmittelapplikation zur Abklärung der Ätiologie bzw. Dignität erst im Verlauf der Untersuchung bzw. durch die orientierende Untersuchung erforderlich werden. Wird der Patient zu diesem Zweck aus dem Gerät he-

rausgefahren und „nachträglich“ ein venöser Zugang gelegt, so verschiebt sich in der Regel, wenn auch minimal, die Lage des Patienten auf dem Tisch und in der Kniespule. Aus diesem Grund müssen anschließend erneut eine SHIM-Sequenz und Lokalisationssequenzen durchgeführt werden, die vom zeitlichen und technischen Aufwand einem Positionswechsel entsprechen. Diese Leistung kann als Positionswechsel verstanden und nach Nr. 5732 GOÄ berechnet werden.

8.3 Untersuchungen verschiedener Organe (Nrn. 5700–5730 GOÄ)
Die Untersuchung verschiedener Organe mit verschiedenen Spulen und ggf. Umlagerung des Patienten, die jeweils eine Gebührenposition nach den Nrn. 5700 bis 5730 GOÄ nach sich ziehen würde, bei denen jedoch dann der Höchstwert nach Nr. 5735 GOÄ greift, sind weder als Positions- noch als Spulenwechsel nach Nr. 5732 GOÄ zu verstehen. Dieser Aufwand wird durch die zutreffende Gebührenposition bzw. den Höchstwert vergütet.

9. Computergestützte Analyse (Nr. 5733 GOÄ)
Wird über die bisher geschilderten Aufnahmetechniken und Ebenen hinaus eine computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion) durchgeführt, so kann der Zuschlag nach Nr. 5733 GOÄ „Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)“ (800 Punkte) angesetzt werden. Gebührenrechtlich ist klarzustellen, dass anders als bei der Nr. 5377 GOÄ (Zuschlag für die computergestützte Analyse im Zusammenhang mit CT-Untersuchungen) – eine 3-D-Rekonstruktion bei der Nr. 5733 GOÄ kein obligater Bestandteil der Zuschlagsleistung ist, sondern die 3-D-Rekonstruktion nur beispielhaft aufgeführt ist. Die computergestützte Analyse setzt die Aufarbeitung und Auswertung der erhobenen Datensätze durch den befundenden Arzt voraus und erfordert die Durchführung von Rechenprozessen, deren Ergebnisse diagnostisch relevante Daten erwarten lassen. Der Leistungsinhalt des Zuschlages wird nicht durch die heute übliche Monitorbefundung erfüllt. Unter computergestützter Analyse kann weder die Nachbearbeitung zur Kontrastverstärkung noch die Einstellung der Helligkeit oder die Vergrößerung am Bildschirm verstanden werden. Die nachträgliche Veränderung des Offsets, z.B. zur Darstellung besonderer ROIs (regions of interest), soweit sie nicht zur primären Einstellung des Gerätes erforderlich ist, war bei der Legendierung des Kapitels O III technisch noch nicht möglich. Diese Veränderung des Untersuchungsprotokolls kann über den Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 2 GOÄ berücksichtigt werden werden. Die Berechnung der Nr. 5733 GOÄ ist nicht gerechtfertigt bei der Durchführung einfacher Zweipunktmessungen, sofern es sich nicht um einen Vergleich zu Voraufnahmen handelt, die z.B. in einem anderen Datenformat vorliegen.
Gerechtfertigt ist die Berechnung der Nr. 5733 GOÄ dann, wenn eine Winkel-, Flächen- oder Volumen-Messung oder eine (beim Kniegelenk eher seltene, aber präoperative, z.B. zum Ersatz eines Kreuzbandes, ggf. notwendige) 3-D-Rekonstruktion durchgeführt werden muss, da es sich hierbei um aufwändige ärztliche Leistungen handelt, die nicht delegiert werden können und die eine Bewertung mit 800 Punkten rechtfertigten. Computergesteuerte Analysen sind z.B. dann indiziert, wenn ein Knorpelschaden am Kniegelenk abgeklärt und dargestellt werden soll, z.B. Osteochondrosis dissecansoderdie Kreuzbänder rekonstruiert werden sollen. Gleiches gilt für die Darstellung eines Korbhenkelrisses im Bereich des Meniskus, da der Meniskus halbmondförmig verläuft und deutliche Höhenunterschiede zwischen Vorderhorn, Pars intermedia und Hinterhorn aufweist, die nicht in einer Ebene darzustellen sind. Das Ausmaß eines Korbhenkelrisses ist bei der Arthroskopie oft nicht eindeutig zu erkennen, jedoch wichtig für die Diagnose und Therapie (Rekonstruktion oder Resektion). Der Zuschlag nach Ziff. 5733 GOÄ ist berechenbar bei der Subtraktion von KM- und Nativserien, z.B. bei der MR-Mammographie bei Verdacht auf Mamma-Karzinom oder bei der Abklärung entzündlicher versus degenerativer Veränderungen des Kniegelenks mit Kontrastmittelgabe, bei der Messung von Größenausdehnungen eines Befundes im Vergleich zu den Vorbefunden, z.B. zum Vergleich der Änderung von Tumorvolumina oder der Ausdehnung von Spongiosafrakturen oder zur Therapie und OP-Planung, z.B. Winkelmessungen zum cerebralen Aneurysma-Clipping oder bei Patelladysplasie sowie bei Darstellung der Kontrastmittel-Kinetik bei Knochen- und Weichteiltumoren, z.B. zur Erfassung des vitaler Tumorareale, zu der Quantifizierung der KM-Aufnahme, oder der Erstellung von Zeit- / Aktivitätskurven...“
Literatur über www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4689.4871.4941.4942

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► MRT – 1, 5, 75
Dr. med. Anja Pieritz in: Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 51-52 (26.12.2005), Seite A-3606 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.4328
Umstritten ist häufig, ob neben Leistungen des Abschnitts O III der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Beratungs- und Untersuchungsleistungen (Nummern 1 und 5 GOÄ) sowie Leistungen für einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht (Nummer 75 GOÄ) berechnet werden dürfen. Hierzu hat die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. und der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. Grundsätze zur Abrechnung erstellt, die demnächst im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht werden.
Die Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt O I (Strahlendiagnostik) sind nach Auffassung dieses Gremiums – obwohl formal Abschnitt O I (Strahlendiagnostik) vorangestellt und in den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O III (MRT) nicht wiederholt – für den gesamten Abschnitt O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, MRT und Strahlentherapie) gültig. Dies ergibt sich einerseits aus dem Sinn der Bestimmungen, andererseits daraus, dass in Ziffer 6 ausdrücklich eine Leistung des Abschnitts O III einbezogen ist. Nach dem Wortlaut der zitierten Bestimmungen sind Beratung und Untersuchung, die nach der Strahlenschutz- beziehungsweise Röntgenverordnung zur Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs erforderlich sind, Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten. MRT-Untersuchungen unterliegen jedoch nicht der Röntgen- oder Strahlenschutzverordnung, da keine Röntgenstrahlung im Sinne dieser Verordnungen angewendet wird. Ein Ausschluss der Nummern 1 und/oder 5 GOÄ neben den Leistungen nach Abschnitt O der GOÄ ergibt sich auch nicht aus der Präambel zu Abschnitt B Ziffer 2: „die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 [sind] neben Leistungen nach den Abschnitten C–O Im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig“. Diese Abrechnungsbestimmung verdeutlicht zusammen mit den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts O, dass für alle Leistungen des Abschnitts O die Berechnung der Nummern 1 und 5 GOÄ grundsätzlich zulässig sein muss, sofern diese Leistungen nicht ausschließlich aufgrund der ärzt-

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

lichen Sorgfaltspflicht bei der Überprüfung der Indikationsstellung und des Untersuchungsumfanges erbracht werden, sondern darüber hinaus eine eigenständige medizinische Indikation zur Durchführung einer symptombezogenen Untersuchung und/oder Beratung besteht. Beispiele, wann die Bundesärztekammer diese Leistungen im Einzelfall für ansetzbar hält, sind in den Abrechnungsempfehlungen enthalten.
Nach den Bestimmungen der GOÄ (Anmerkung zur Leistungslegende der Nummer 75 GOÄ und Ziffer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O I) ist die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht als Bestandteil der zugrunde liegenden Leistung nicht gesondert berechnungsfähig. Die GOÄ enthält jedoch keinen Ausschluss für die Berechnung eines ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundberichtes nach Nummer 75 GOÄ neben einer radiologischen oder anderen diagnostischen Leistung. Die Berechnung der Nummer 75 GOÄ erfordert jedoch die Erbringung der obligaten Bestandteile der Nummer 75 GOÄ; diese sind der Leistungslegende zu entnehmen.

5700* Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen

4400 461,64
256,46 641,16

Ausschluss: Neben Nr. 5700 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5735

Kommentar: Die Nr. 5705 ist neben der Nr. 5700 abrechnungsfähig, da es sich um eine gezielte erforderliche Untersuchung handelt. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Der Höchstwert entsprechend der Regelung nach Nr. 5735 ist zu beachten.

Tipp: Neben Nr. 5700 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5705* Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen

4200 440,65
244,81 612,02

Ausschluss: Neben Nr. 5705 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5735

Kommentar: Die Nr. 5705 ist neben der Nr. 5700 abrechnungsfähig, da es sich um eine gezielte erforderliche Untersuchung handelt. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Der Höchstwert entsprechend der Regelung nach Nr. 5735 ist zu beachten.

Tipp: Neben Nr. 5705 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5715* Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge

4300 451,14
250,64 626,59

Ausschluss: Neben Nr. 5715 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5735

Tipp: Neben Nr. 5715 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5720* Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens

4400 461,64
256,46 641,16

Ausschluss: Neben Nr. 5720 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5735

Tipp: Neben Nr. 5720 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5721* Magnetresonanztomographie der Mamma(e)

4000 419,67
233,15 582,87

Ausschluss: Neben Nr. 5721 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5735

Tipp: Neben Nr. 5721 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5729* Magnetresonanztomographie eines oder mehrer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten

2400 251,80
139,89 349,72

Ausschluss: Neben Nr. 5729 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5730, 5732, 5735

Tipp: Neben Nr. 5705 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731, 5733 abrechenbar.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5730*	**Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität** Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.	**4000** 233,15	419,67 582,87
Ausschluss:	Neben Nr. 5730 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5729, 5735		
Tipp:	Neben Nr. 5730 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.		
5731*	**Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)**	**1000** 58,29	104,92 145,72
Tipp:	Neben Nr. 5731 sind die Nrn. 345, 346, 347 abrechenbar.		
5732*	**Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel** Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	**1000** 58,29	––
5733*	**Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)** Der Zuschlag nach Nummer 5733* ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	**800** 46,63	––
GOÄ-Ratgeber der BÄK:	Siehe auch unter „GOÄ-Ratgeber der BÄK“ bei GOÄ Nr. 5377		
5735*	**Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730** Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.	**6000** 349,72	629,50 874,31
Ausschluss:	Neben Nr. 5735 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5700 – 5730		
Kommentar:	Die Nr. 5733 ist nicht Bestandteil der Höchstwerberechnung nach Nr. 5735. Die Anführung der Beispiele: Kinetik und 3D-Rekonstruktion in der Leistungslegende zeigen, daß auc andere Indizien die computergesteuerte Analyse belegen, z.B. Densitogramm bei Dichtkurven und ähnliches.		
Tipp:	Neben Nr. 5735 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.		

IV Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfraktionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.

2. Eine Bestrahlungsfraktion umfasst alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muss indikationsgerecht erfolgen.

3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nummern 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z.B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.

4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfraktionen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

1 Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800* **Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie** **250** 14,57 26,23 36,43

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Ausschluss: Neben Nr. 5800 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5810, 5831 – 5833

Beschluss BÄK: **Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK**
Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen)
Erstellung eines Behandlungsplanes für die dermatologische photodynamische Therapie analog Nr. 5800 GOÄ, einmal im Behandlungsfall (250 Punkte).

Tipp: Neben Nr. 5800 sind die Nrn. 5802, 5803, 5805, 5806 abrechenbar.

5800* analog **1. Behandlungsplan f. dermatol. Photodynamische Therapie, einmal im Behandlungsfall, PDT Haut** **250** 14,57 26,23 36,43
2. Computergesteuerte Bestrahlungsplanung bei der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (einschl. Berechnung der individuellen Dosis und Einstellung des Bestrahlungsareals), PDT Auge (analog 5800* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK

5802* **Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion** **200** 11,66 20,98 29,14

Ausschluss: Neben Nr. 5802 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5806

Tipp:
- Neben Nr. 5802 sind die Nrn. 5800, 5803 abrechenbar.
- Die photosensibilisierende Substanz kann neben den Nrn. 5802 analog und 5803 analog nach § 10 berechnet werden.

5802* analog **Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 566 analog für zwei weitere Bestrahlungsfelder (analog Nr. 5802 GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** **200** 11,66 20,98 29,14

Ausschluss: Neben Nr. 5800 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5806

Tipp: Die photosensibilisierende Substanz kann neben den Nrn. 5802 analog und 5803 analog nach § 10 berechnet werden.

5803* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion** **100** 5,83 –

Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5803 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5806

Tipp: Neben Nr. 5803 ist die Nr. 5802 abrechenbar.

5803* analog **Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 5802 analog für jedes weitere Bestrahlungsfeld – nur mit einfachem Gebührensatz berechnungsfähig – (analog Nr. 5803 GOÄ)) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK** **100** 5,83 –

Daneben sind bei topischer Applikation des Photosensibilisators berechnungsfähig: GOÄ Nr. 209 für das Auftragen des Photosensibilisators sowie GOÄ Nr. 200 (Okklusionsverband) und GOÄ Nr. 530 (Kaltpackung)

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Tipp: Die photosensibilisierende Substanz kann neben den Nrn. 5802 analog und 5803 analog nach § 10 berechnet werden.

5805* **Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion** **1000** 104,92 58,29 145,72

Ausschluss: Neben Nr. 5805 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5806

Tipp: Neben Nr. 5805 ist die Nr. 5800 abrechenbar.

5806* **Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion** **2000** 209,83 116,57 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5806 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5805

Tipp: Neben Nr. 5806 ist die Nr. 5800 abrechenbar.

2 Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810* **Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie** **200** 20,98 11,66 29,14

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Ausschluss: Neben Nr. 5810 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5800, 5831 – 5833

Tipp: Neben Nr. 5810 sind die Nrn. 5812, 5813 abrechenbar.

5812* **Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion** **190** 19,93 11,07 27,69

Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.

Tipp: Neben Nr. 5812 ist die Nr. 5810 abrechenbar.

5813* **Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion** **900** 94,43 52,46 131,15

Tipp: Neben Nr. 5813 ist die Nr. 5810 abrechenbar.

3 Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muss diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.
Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z.B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.
Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.

Beschluss BÄK:
Beschluss des zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der BÄK – 14. Juni 2005
Allg. Bestimmung Satz 3 zu O IV. 3. Hochvoltbestrahlung bösartiger Erkrankungen
,,Bei Bestrahlung von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z.B. Magnetfeld oder umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann."

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Definition Zielvolumen
Das Zielvolumen ist definiert als das Körpervolumen, welches ohne Umlagerung des Patienten bzw. ohne Tischverschiebung mit einer anatomisch und physikalisch zweckmäßigen Feldordnung erfasst und mit einer festgelegten Dosis nach einem bestimmten Dosiszeitmuster bestrahlt werden kann.

Auslegung der Allg. Bestimmungen zu O IV. 3. Hochvoltbestrahlung Satz 3
Wird eine Hochvoltbestrahlung von Systemerkrankungen (z.B. Non-Hodgkin, Hodgkin) oder metastasierten Tumoren (Tumor mit nachgewiesenen Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) nach den Nrn. 5836 und ggf. 5837 GOÄ durchgeführt, so kann die Bestrahlung eines Zielvolumens einmal je Fraktion berechnet werden. Mehrere Zielvolumina, z.B. Tumorbett der Mamma und Lymphknotenmetastasen der Regio superclavicularis, gelten dann als ein Zielvolumen, wenn diese Zielvolumina indikationsgerecht, d.h. im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen O IV. Ziffer 2 und unter Berücksichtigung spezialgesetzlicher Regelungen (StrlSchV § 81, RöV § 25) in einem Großfeld (Magnetfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden können.
Können diese beiden Zielvolumina aus strahlenschutzrechtlichen Gründen zur Vermeidung der Strahlenexposition anderer Organe nicht in einem Großfeld bestrahlt werden, so treffen die Allgemeinen Bestimmungen O IV. 3. Satz nicht zu. In der Folge kann das oben genannte Beispiel sowohl für das Tumorbett der Mamma als auch für die Lymphknotenregion die Nr. 5836 GOÄ (und ggf. 5837 GOÄ) jeweils einmal je Fraktion angesetzt werden.
Für eine Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger **nicht metastasierter Tumoren** (ohne klinisch oder pathologisch nachgewiesene Absiedlungen in regionären Lymphknoten und/oder anderen Organen) im Bestrahlungsfeld haben die Allgemeinen Bestimmungen zu O IV. Satz 2 Vorrang und die Allgemeinen Bestimmungen zu O IV. Satz 3 treffen nicht zu. Wird eine Hochvoltstrahlenbehandlung bei einem nicht metastasierten Tumor nach den Nrn. 5836 GOÄ (und ggf. 5837 GOÄ) durchgeführt, so kann diese Gebührenposition einmal je Fraktion und je Zielvolumen berechnet werden. Werden beispielsweise das Tumorbett der Mamma und adjuvant (begleitend), ohne Nachweis von Metastasen, das Lymphabflussgebiet der Axilla bestrahlt, so handelt es sich um zwei Zielvolumina, die jeweils zur Abrechnung der Nrn 5836 GOÄ (und ggf. 5837) führen.

A 5830* Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschl. Programmierung – (analog Nr. 5378 GOÄ) n. Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsausschusses bei der BÄK

1000 104,92
58,29 145,72

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen. Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

Hinweis BÄK: Der **Zentrale Konsultationsausschuss der BÄK** hat am 14. Juli 2005 (Dt. Ärzteblatt Nr. 37, 16. September 2005) obigen Beschluss gefasst: A 5830* GOÄ analog der Nr. 5378 GOÄ.
Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken auch durch Programmierung eines (Mikro)-Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen.
Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung ndividueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5878 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

5831* Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie

1500 157,38
87,43 218,58

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).

Ausschluss: Neben Nr. 5831 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5800, 5810

Kommentar: Nach der Leistunglegende der Nr. 5831 kann die Berechnung der Erstellung eines Bestrahlungsplanes unabhängig von der Anzahl der Fraktionen nur einmal berechnet werden und ist auch nur einmal je Krankheitsfall abrechenbar.
Allerdings gibt es Ausnahmen, die eine Mehrfacherstellung eines Bestrahlungsplanes medizinisch erforderlich machen und damit auch eine mehr als einmalige Berechnung möglich machen.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Als Ausnahmen sind anzusehen:
- Veränderung der Bestrahlungstechnik
- Tumor-Rezidiv
- Zunehmende Metastasierung
- Allgemein auftretende Komplikationen während der Strahlenbehandlung

Wenn ein neuer Bestrahlungsplan durchgeführt werden muss, so ist dies innerhalb der Rechnung zu begründen und auszuweisen.

Tipp: Neben Nr. 5831 sind die Nrn. 5832 – 5837 abrechenbar.

5832* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittzeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie** **500** 29,14 –

Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5832 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5800, 5810

Tipp: Neben Nr. 5832 sind die Nrn. 5831, 5833 – 5837 abrechenbar.

5833* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, je Bestrahlungsserie** **2000** 116,57 –

Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5833 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5800, 5810

Tipp: Neben Nr. 5833 sind die Nrn. 5831, 5832, 5834 – 5837 abrechenbar.

5834* **Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion** **720** 41,97 75,54 104,92

Tipp: Neben Nr. 5834 sind die Nrn. 5831 – 5833, 5835 abrechenbar.

5835* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion** **120** 6,99 12,59 17,49

Tipp: Neben Nr. 5835 sind die Nrn. 5831 – 5833, 5834 abrechenbar.

5836* **Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion** **1000** 58,29 104,92 145,72

Tipp: Neben Nr. 5836 sind die Nrn. 5831 – 5833, 5837 abrechenbar.

5837* **Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion** **120** 6,99 12,59 17,49

Tipp: Neben Nr. 5837 sind die Nrn. 5831 – 5833, 5836 abrechenbar.

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

4 Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

5840* Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und 5846, je Bestrahlungsserie

1500 157,38
87,43 218,58

Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).

Ausschluss: Neben Nr. 5840 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5842

Kommentar: Je Bestrahlungsserie (und im Krankheitsfall) unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.
Als Ausnahme gibt **Brück** an:
- Änderung der Behandlungstechnik,
- fortschreitende Metastasierung,
- Tumorredzidiv,
- Komplikationen.

Die neue Bestrahlungsplanung ist in der Rechnung zu begründen.

Tipp: Bei Einsatz eines Prozessrechners zur Bestrahlungsplanung kann neben Nr. 5840 die Nr. 5841 abgerechnet werden.
Neben Nr. 5840 sind die Nrn. 5841, 5844, 5846 abrechenbar.

5840* analog Bestrahlungsplanung vor und nach der Implantation von Prostata-Seeds, einmal je Bestrahlungsplan – (analog Nr. 5840* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK

1500 157,38
87,43 218,58

Hinweis BÄK: **Abrechnungsempfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**: Der Vorstand der Bundesärztekammer hat obiger Abrechnungsempfehlung (GOÄ-Nr. 5840 A*) des Ausschusses „Gebührenordnung“ zugestimmt: GOÄ-Nr. 5840 A* analog GOÄ-Nr. 5840*
Unter dem Bestrahlungsplan nach der Prostata-Seed-Implantation ist der Nachplan zu verstehen, der mit Hilfe einer Computertomographie in der Regel vier Wochen nach dem Eingriff stattfindet.
Die dazu notwendige Computertomographie ist neben der analogen Nr. 5840 GOÄ anzusetzen. Die insgesamt zweimalige Berechnung des Bestrahlungsplans nach Nr. 5840 GOÄ analog und ggf. des Zuschlages für den Prozessrechner nach Nr. 5841 GOÄ analog im Zusammenhang mit einer PSI ist zulässig und durch die Allgemeinen Bestimmungen zur Strahlentherapie O IV. GOÄ Ziffer 3 begründet, da diese Bestrahlungsplanungen aufgrund der jeweils unterschiedlichen tatsächlichen Dosisverteilung (geänderte Energie) durchgeführt werden.

Siehe auch Hinweis zu Nr. 390

5841* Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, je Bestrahlungsserie

2000
116,57 –

Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig

Ausschluss: Neben Nr. 5841 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5842

Tipp: Neben Nr. 5841 sind die Nrn. 5840, 5844, 5846 abrechenbar.

5841* analog Zuschlag f. Prozessrechner i. Zusammenhang mit Prostata-Seedimplantation (PSI) (analog Nr. 5841*) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung” der BÄK

2000
116,57 –

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
5842*	**Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion**	**300** 17,49	31,48 43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5842 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5840, 5841		
5844*	**Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion**	**1000** 58,29	104,92 145,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5844 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5840, 5841		
5846*	**Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion**	**2100** 122,40	220,33 306,01
Ausschluss:	Neben Nr. 5846 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5840, 5841		
5846* **analog**	**Interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie der Prostata mittels Seeds (PSI), je Fraktion, einschl. fortlaufendem Abgleich der intraoperativen Seed-Implantation mit der präoperativen Bestrahlungsplanung, einschl. der sich direkt anschließenden posttherapeutischen Bestimmung von Herddosen, zusätzlich Nr. 319 GOÄ Punktion der Prostata mit Plazierung der Hohlnadel/n zu Seedablage, einmal je Hohlnadel abrechenbar – (analog Nr. 5846* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**	**2100** 122,40	220,33 306,01

Hinweis BÄK: **Abrechnungsempfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**: Der Vorstand der Bundesärztekammer hat obiger Abrechnungsempfehlung (GOÄ-Nr. 5846 A*) des Ausschusses „Gebührenordnung“ zugestimmt: GOÄ-Nr. 5846 A* analog GOÄ-Nr. 5846*

Die Implantation von Seeds in drei Hohlnadeln entspricht einer Fraktion und führt einmal zur Berechnung der Nr. 5846 analog.

Werden Seeds in einer vom angegebenen Leistungsumfang abweichenden Anzahl (ein oder zwei) implantiert, so löst diese Implantation keinen weiteren analogen Ansatz der Nr. 5846 GOÄ aus, sondern der damit verbundene erhöhte Zeitaufwand ist angemessen über den Gebührenrahmen der letzten analogen Nr. 5846 GOÄ nach § 5 Abs. 2 und 3 GOÄ zu berücksichtigen. Die Berechnung der Nr. 5846 GOÄ analog für die PSI ist auf acht Fraktionen begrenzt.

Bei Vorliegen eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms, eines PSA-Wertes von <= 10 ng/ml, eines Gleason score von < 7 und eines Prostatavolumens von <= 60 ml wird eine Seed-Implantation als eine geeignete Therape angesehen.

Die Kosten für die Prostata-Seeds (Material) können zusätzlich – entsprechend Nachweis – in Rechnung gestellt werden.

Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohlnadel/n zur Seedablage(Nr. 319 GOÄ)

Die Nr. 319 kann im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) einmal je Hohlnadel angesetzt werden.

Eine parallel durchgeführte Sonographie nach den Nrn. 410 und ggf. 420 GOÄ ist unter Beachtung der Allgemeinen Bestimmungen zu C VI. neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig.

Sowohl die durchgeführte Zystographie nach Nr. 5230 GOÄ als auch die Zystourethroskopie nach 1787 GOÄ sind neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig.

Die Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Blase nach Nr. Nr. 400 GOÄ und das Einlegen eines Harnblasenverweilkatheters oder Spülen der Harnblase über einen (liegenden) Harnblasenkatheter nach den Nrn. 1732, 1729 und 1733 GOÄ sind neben der 319 GOÄ für die PSI nicht ansatzfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

5 Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851* **Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung –** **6900** 402,18 723,93 1005,46

Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.

5852* **Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion** **1000** 58,29 –

5853* **Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion** **2000** 116,57 –

5854* **Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion** **2490** 145,14 –

Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5855* **Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen** **6900** 402,18 723,93 1005,46

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie

Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer – (In: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 45 (11.11.2011), S. A-2444)

Bei der fraktionierten stereotaktischen Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger handelt es sich um eine spezielle Form der Bestrahlung. Dabei können Zielpunkte im Körper des Patienten mit einer Genauigkeit von wenigen Millimetern definiert werden. Nach dreidimensionaler computergestützter Bestrahlungsplanung wird der Tumor punktgenau aus mehreren Raumrichtungen bestrahlt. Im Zielvolumen treffen sich alle Strahlen und addieren sich nur hier zur Gesamtdosis, so dass das umgebende Gewebe optimal geschont wird. Bei der fraktionierten Bestrahlung wird – im Gegensatz zur einmalig durchgeführten Strahlenchirurgie – die Gesamtdosis auf mehrere, kleinere Einzeldosen aufgeteilt, die dem Patienten im Laufe des sich über mehrere Tage oder Wochen erstreckenden Behandlungszeitraums verabreicht wird. Da diese technisch sehr aufwendige Therapiemethode in dem vom Verordnungsgeber zuletzt 1996 aktualisierten Leistungsverzeichnis des Abschnitts O IV. (Strahlentherapie) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch nicht berücksichtigt ist, hatte der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer bereits am 13. Oktober 2006 (DÄ, Heft 41) analoge Abrechnungsempfehlungen für dieses Verfahren veröffentlicht. Entsprechend dem damaligen Stand der Technik wurde der Ansatz dieser Analogziffern jedoch an das Vorliegen bestimmter Indikationen geknüpft. Dabei handelte es sich insbesondere um benigne Kopf-, Hirntumoren, um maligne Kopf-, Halstumoren bei Kindern und Jugendlichen sowie um Rezidive primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidive von Hirnmetastasen.

Inzwischen konnten die Einsatzmöglichkeiten dieser Bestrahlungstechnik jedoch deutlich ausgeweitet werden. So werden beispielsweise Bestrahlungen des Körperstammes bei Bronchialkarzinomen, Lungen- oder Lebermetastasen sowie bei inoperablen Leberzellkarzinomen vorgenommen. Deshalb hat sich der Ausschuss Gebührenordnung der Bundesärztekammer erneut mit diesem Thema befasst. Nach denen im DÄ, Heft 17 vom 29. April 2011, veröffentlichten Abrechnungsempfehlungen kann die fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger am Körperstamm, je drei Fraktionen, ebenfalls über die GOÄ-Nr. 5855 analog abgerechnet werden. Dabei ist die fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog Nr. 5855 GOÄ unabhängig von der Anzahl der Zielvolumina höchsten fünfmal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig. Neben der Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger können verschiedene Leistungen in demselben Behandlungsfall nicht zusätzlich berechnet werden. Dies betrifft die Leistungen nach den Nrn. 5377, 5378, 5733 und A 5830.

Für die zur stereotaktischen Strahlentherapie am Körperstamm erforderliche 3-D-Bestrahlungsplanung ist einmal in sechs Monaten analog 1,75 x Nr. 5855 GOÄ vorgesehen. Diese Leistung umfasst die Anwendung eines Simulators und die Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder die Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen sowie die individuelle Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.

► Abrechnung der IMRT

Dipl.-Verw.-Wiss. Martin Ulmer – (in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 20 (20.05.2011), S. A-1138)

Bei der intensitätsmodulierten Radio- oder Strahlentherapie (IMRT) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der herkömmlichen 3-D-konformalen Strahlentherapie. Ziel ist eine Reduzierung der Strahlendosis im

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Bereich des den Tumor umgebenden Gewebes und der Nachbarorgane. Dies wird dadurch erreicht, dass zur Anpassung der Dosisverteilung an das Zielvolumen über die geometrische Formung hinaus die Intensität der Strahlungsfelder moduliert wird. Diese Strahlenfelder werden in der Regel durch Überlagerung einer Vielzahl irregulärer Felder aus wenigen Einstrahlwinkeln, etwa mit Hilfe von Lamellenblenden (Multileaf-Kollimatoren, MLC) erzeugt. Eingesetzt wird diese Technik, wenn eine Schonung des gesunden umgebenden Gewebes beziehungsweise eine Dosiseskalation im Bereich des Tumors auf andere Art nicht erreicht werden kann. Diese Bestrahlungstechnik erfordert eine engmaschige präzise Überprüfung der Zielvolumina durch wiederholte Bildgebung (Image-Guided-Radiation-Therapie). Hierzu wird häufig durch einen am Bestrahlungsgerät installierten Computertomographen ein Volumenbild der Bestrahlungsregion im Patienten erzeugt und die exakte Positionierung des Patienten berechnet.
Im seit 1996 nicht mehr aktualisierten Gebührenverzeichnis des Abschnitts O IV GOÄ (Strahlentherapie) ist dieses neuartige Verfahren nicht mit einer eigenständigen Gebührenposition enthalten. In der bisherigen Abrechnungspraxis, bei der zumeist verschiedene Einzelleistungen kombiniert wurden, bestand insbesondere das Problem, dass nach der Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer für die MLC die GOÄ-Nr. A 5830 einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann (DÄ, Heft 10/2005). Durch die Modulation der Strahlenfelder werden jedoch erhebliche Feldzahlen erreicht, so dass eine sinnvolle Abgrenzung im Hinblick auf den Wortlaut der Abrechnungsempfehlung einerseits und eine nachvollziehbare und verhältnismäßige Abrechnung andererseits oft schwierig war und zu vielen Diskussionen mit Krankenversicherungen und Beihilfestellen geführt hat.
Die Bundesärztekammer hat deshalb eine Abrechnungsempfehlung beschlossen, die durch Bildung einer Komplexziffer die genannten Anwendungsprobleme beseitigen und bis zum Inkrafttreten einer neuen GOÄ für Rechtssicherheit sorgen soll. Danach kann die IMRT mit bildgeführter Überprüfung der Zielvolumina einschließlich aller Planungsschritte und individuell angepasster Ausblendungen je Bestrahlungssitzung, also unabhängig von der Anzahl der klinischen Zielvolumina, analog über die Nr. 5855 GOÄ abgerechnet werden (DÄ, Heft 17/2011). Durch den Einschluss der erforderlichen Zusatzleistungen sind neben der IMRT analog Nr. 5855 GOÄ Leistungen aus dem Kapitel O IV GOÄ und Leistungen nach den Nrn. 5377, 5378, 5733 und A 5830 in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Weiterhin ist die IMRT analog Nr. 5855 GOÄ höchstens mit dem 1,8-fachen Gebührensatz berechnungsfähig. Innerhalb des verbleibenden Gebührenrahmens von 1,0 bis 1,8 richtet sich die Anwendung des Steigerungsfaktors nach den Bemessungskriterien des § 5 GOÄ, also insbesondere nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand der Strahlentherapie im konkreten Einzelfall. So empfiehlt der Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten bei einer einfachen IMRT-Bestrahlung mit nur einem Zielvolumen den Ansatz des Faktors 1,0.

IGeL:

- Laser in situ-Keratomileusis (Lusik) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte)
- Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte)

5855*
analog

Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung (analog Nr. 5855* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK

6900 723,93
402,18 1005,46

IGeL: Laser in situ-Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte)

A 5860*

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschl. Fixierung mit Ring oder Maske –, einschl. vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 6 x 5855* GOÄ (6 x 6900 Pkt. = 41400 Pkt.) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer

41400 4343,57
2413,09 6032,74

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.
Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 5861*	**Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschl. Fixierung mit Ring oder Maske –, einschl. vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3,5 x 5855* GOÄ (3,5 x 6900 Pkt. = 24150 Pkt.) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer**	**24150** 1407,64	2533,75 3519,10

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen. Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

6 Abrechnung der sterotaktisch fraktionierten Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger

GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Fraktionierte stereotaktische Bestrahlung – Bestrahlungsplanung

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 42 (20.10.2006), Seite A-2820 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.4329

Die stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger wird von der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht abgedeckt. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer hat abschließend vier Beschlüsse zur fraktionierten (mehrzeitigen) stereotaktischen Bestrahlung und Bestrahlungsplanung von Kopf-Hals-Tumoren mittels Linearbeschleuniger gefasst (Bekanntgaben DÄ, Heft 41/2006).

Um die Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie) mittels Linearbeschleuniger (DÄ, Heft 37/2005) zu ermöglichen, hat das Gremium zu den Beschlüssen ausnahmsweise eine sehr detaillierte Liste von Indikationen erstellt. Die Entscheidung, ob eine stereotaktische Bestrahlung einzeitig oder fraktioniert durchgeführt wird, hängt nicht nur von der Art des Tumors ab, sondern ganz wesentlich auch von Größe und Lokalisation. Auch wenn Tumoren im Kopf-Hals-Bereich, die größer als 2,5 Zentimeter sind und/oder einen Abstand von kleiner/gleich 2 Millimeter zu besonders strahlensensiblen Strukturen im Gehirn haben, in der Regel fraktioniert bestrahlt werden, erschien dem Zentralen Konsultationsausschuss eine Aufzählung einzelner Tumorentitäten/besonderer Lokalisationen als hilfreich. Diese Aufzählung ist nicht abschließend. Im Einzelfall bestimmen Art, Größe, Lokalisation und Strahlenschutz die Indikation zur Art der Bestrahlung. Bei der Liste der Indikationen für die fraktionierte stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren von Erwachsenen wurde etwa auch das Chondrosarkom der Schädelbasis aufgezählt, welches aber ein maligner Tumor ist. Dies ist der Schwierigkeit geschuldet, allen wichtigen Indikationen zwei beziehungsweise vier Gebührenpositionen zuzuordnen. Bei den beiden unterschiedlich hohen Bewertungen der Bestrahlungsplanung spielten die Tumorentität und der deutlich höhere Aufwand bei der Bestrahlungsplanung von Kindern/Jugendlichen versus der von Erwachsenen eine wesentliche Rolle.

Die Berechnung der Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Bestrahlung bei Kindern/Jugendlichen mit malignen Kopf-Hals-Tumoren und bei allen Patienten mit benignen Kopf-Hals-Tumoren mittels Linearbeschleuniger erfolgt über den 3maligen Ansatz der analogen Nr. 5855 GOÄ (A 5863). Enthalten sind in diesem ablaufbezogenen Leistungskomplex neben der Bestrahlungsplanung die Anwendung eines Simulators und die Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder die Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen sowie die individuelle Berechnung der Dosisverteilung mithilfe eines Prozessrechners. Zusätzlich berechnungsfähig ist nur die Programmierung des Multileafkollimators analog Nr. 5378 GOÄ.

Der ablaufbezogene Leistungskomplex der Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Bestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-Hals-Tumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger wird mit dem 1,75maligen Ansatz der analogen Nr. 5855 GOÄ (A 5865) in Rechnung gestellt und beinhaltet ebenfalls Simulator, Körperquerschnitt(szeichnung) und Berechnung der Dosisverteilung mit dem Prozessrechner. Sowohl die A 5863 als auch die A 5865 können nur einmal in sechs Monaten angesetzt werden. Der Gebührenrahmen beim Ansatz dieser Analogen Bewertungen richtet sich nach den Kriterien von § 5 GOÄ (Zeitaufwand, Schwierigkeit, Umstände bei der Durchführung).

► Fraktionierte stereotaktische Bestrahlung (II)

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 103, Heft 44 (03.11.2006), Seite A-2976 – www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.4340

Die fraktionierte stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger wird von der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht abgedeckt. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer hat vier Beschlüsse zur fraktionierten (mehrzeitigen) stereotaktischen Bestrahlung von Kopf-Hals-Tumoren mittels Linearbe-

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

schleuniger gefasst (siehe Bekanntgaben, DÄ, Heft 41/2006). Die Erläuterung der beiden Beschlüsse zur Bestrahlungsplanung erfolgte in Heft 42/2006. Die Liste der Indikationen findet sich als ergänzende Erläuterung zum Beschluss selbst.
Die Berechnung der stereotaktischen Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger bei Kindern/Jugendlichen mit malignen Kopf-Hals-Tumoren und bei allen Patienten mit benignen Kopf-Hals-Tumoren erfolgt je zwei Fraktionen einmal über den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ (A 5864). Wird eine weitere Fraktion erbracht, so löst diese den halben analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus.
Beispiel 1: 26 Fraktionen werden erbracht, berechnet wird 13-mal die analoge Nr. 5855 GOÄ.
Beispiel 2: 25 Fraktionen werden erbracht, berechnet wird 12,5-mal die analoge Nr. 5855 GOÄ. Die fraktionierte stereotaktische Bestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-Hals-Tumoren und bei allen Patienten mit benignen Kopf-Hals-Tumoren mittels Linearbeschleuniger analog Nr. 5855 GOÄ ist maximal 15-mal (30 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig. Werden im medizinisch indizierten Ausnahmefall (zum Beispiel beim Chondrom) weitere Fraktionen erbracht, so ist für mindestens zwei weitere Fraktionen und alle übrigen noch einmal die Nr. 5855 GOÄ analog berechnungsfähig.
Die Berechnung der stereotaktischen Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger von Rezidiven primär maligner Kopf-Hals-Tumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen erfolgt je drei Fraktionen einmal über den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ (A 5866). Wird/Werden eine oder zwei weitere Fraktionen erbracht, so löst/lösen diese einen 1-Drittel- oder 2-Drittel-analogen-Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus (zur Vereinfachung gerundet auf den 0,35fachen oder 0,7fachen Ansatz). Beispiel 1: Sechs Fraktionen werden erbracht, berechnet wird zweimal die analoge Nr. 5855 GOÄ. Beispiel 2: Sieben Fraktionen werden erbracht, berechnet wird 2,35-mal die analoge Nr. 5855 GOÄ.
Beispiel 3: Acht Fraktionen werden erbracht, berechnet wird 2,7-mal die analoge Nr. 5855 GOÄ. Die fraktionierte stereotaktische Bestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-Hals-Tumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger analog Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünfmal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.
Bei der Bestrahlung nach A 5864 oder A 5866 sind neben der Bestrahlung auch die Fixierung mit Maske oder Ring enthalten. Die beiden unterschiedlich hohen Bewertungen der Leistungen wurden einerseits durch die Tumorentität und andererseits durch den deutlich höheren Aufwand bei der Bestrahlung von Kindern/Jugendlichen versus der von Erwachsenen ausgelöst. Der Gebührenrahmen beim Ansatz dieser analogen Bewertungen richtet sich nach den Kriterien von § 5 GOÄ (Zeitaufwand, Schwierigkeit, Umständen bei der Durchführung).

A 5863* **3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Halstumoren mittels Linearbeschleuniger, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3x Nr. 5855* GOÄ – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **20700** 2171,78 1206,55 3016,37

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird dreimal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung benigner Tumoren.
3x 6900 3x 723,93 – 3x 402,18 3x 1005,46

A 5864* **Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Hirntumoren mittels Linearbeschleuniger, ggf. einschl. Fixierung mit Ring oder Maske, je zwei Fraktionen, analog 1x Nr. 5855* GOÄ – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **6900** 723,93 402,18 1005,46

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für **zwei** Fraktionen berechnungsfähig. Wird eine weitere Fraktion erbracht, so löst diese einen halben (0,5-maligen) analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus. Beispiele:
26 Fraktionen werden erbracht = 13 x Nr. 5855 GOÄ analog
25 Fraktionen werden erbracht = 12,5 x Nr. 5855 GOÄ analog
Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünfzehn Mal (30 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig. Werden medizinisch indiziert im Ausnahmefall (z.B. beim Chondrom) weitere Fraktionen erbracht, so ist für mindestens zwei Fraktionen und alle weiteren insgesamt noch 1mal die Nr. 5855 GOÄ analog berechnungsfähig.
Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind grundsätzlich folgende Indikationen:

GOÄ-Nr. Punktzahl 2,3 / *1,8
1fach 3,5 / *2,5

Akustikusneurinom (Durchmesser > 2,5 cm und/oder bilaterales Akustikusneurinom und Neurofibromatose Typ 2 und/oder deutliche Hörminderung kontralaterales Gehör),

Hypophysenadenom (Makroadenom mit Infiltration der Sinus cavernosi und/oder Distanz < 2 mm zu Sehapparat (Sehnerv, Chiasma) und oder lediglich indirekt darstellbares Adenom),

Meningeom (Inoperabilität bzw. Resttumor/Rezidiv an der Schädelbasis bzw. Sinus sagittalis und/oder Optikusscheidenmeningeom und/oder Distanz < 2 mm zum Sehapparat/andere sensible Strukturen und/oder Volumen > 15 ml bzw. Größe über 2,5 cm in einer Ebene),

Chordom (immer bei subtotaler Resektion und/oder Chordome der Schädelbasis),

Neurinom (Tumor > 2 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm),

Glomustumoren (Inoperabilität) sowie zusätzlich das **maligne Chondrosarkom** der Schädelbasis (auch nach subtotaler Resektion) sowie seltene weitere ZNS-Tumoren:

Pilozytische Astrozytome (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm),

seltene selläre und paraselläre Tumoren (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System <2 mm),

Tumoren der kranialen und spinalen Nerven (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm),

Die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit **benignen und malignen Kopf-, Halstumoren** insbesondere geeignet bei folgenden Indikationen:

Astrozytäre und oligodendrogliale Tumoren (niedrigen Malignitätsgrads),

Maligne Gliome (z.B. Hirnstammgliom),

Ependymome (primär: Grad I und II zur Dosiserhöhung oder in der hinteren Schädelgrube: Grad III),

Medulloblastome (zur Dosiserhöhung in der hinteren Schädelgrube),

Retinoblastome,

Aderhautmelanome.

A 5865 **3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 1,75x Nr. 5855* GOÄ – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **12075** 703,82 1266,87 1759,55

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird 1,75-mal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung primär oder sekundär maligner Tumoren.

A 5866 **Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, gegebenenfalls einschl. Fixierung mit Ring oder Maske, je drei Fraktionen, analog 1x Nr. 5855* GOÄ – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **6900** 402,18 723,93 1005,46

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für drei Fraktionen berechnungsfähig. Werden eine oder zwei weitere Fraktion/en erbracht, so löst/lösen diese Fraktion/en zwei Drittel (zur Vereinfachung 0,7) bzw. ein Drittel (zur Vereinfachung 0,35-mal) den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus. Beispiele:
6 Fraktionen werden erbracht = 2 x Nr. 5855 GOÄ analog

7 Fraktionen werden erbracht = 2,35 x Nr. 5855 GOÄ analog
8 Fraktionen werden erbracht = 2,7 x Nr. 5855 GOÄ analog
Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünf Mal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.
Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind: Primäre Hirntumoren (Inoperabilität und/ oder Therapieresistenz bzw. Progression oder Rezidiv z.B. nach konventioneller Bestrahlung mit oder ohne Chemotherapie), Rezidiv einer symptomatischen Metastase des ZNS, Chiasmanahe oder im Hirnstamm lokalisierte Hirnmetastase, Rezidiv eines Aderhautmelanoms.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

P Sektionsleistungen

Kommentar:
Seit März 2000 sind Sektionsleistungen, die im Rahmen eines Sachverständigengutachtens durchgeführt werden, umsatzsteuerpflichtig. Nicht umsatzsteuerpflichtig ist die normale äußere Leichenschau und die Ausstellung des Todesscheines durch einen Arzt.
Brück führt in seinem Kommentar zur GOÄ weiter aus: *„... Aus Sicht des BMF (Bundesfinanzministerium) sind Ausnahmen von der Umsatzsteuerpflicht für Obduktionen denkbar, wenn die Obduktion zwar nicht mehr für den Obduzierenden, wohl aber beispielsweise im Falle des Seuchenverdachtes für dessen Kontaktperson von therapeutischer Bedeutung sein kann. ...“*

6000	**Vollständige innere Leichenschau – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –**	**1710** 99,67	229,24 348,85
Ausschluss:	Neben Nr. 6000 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 70, 75, 80, 6001, 6002, 6003		
6001	**Vollständige innere Leichenschau, die zusätzlich besonders zeitaufwendige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z.B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –**	**2300** 134,06	308,34 469,21
Ausschluss:	Neben Nr. 6001 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 70, 75, 80, 6000, 6002, 6003		
6002	**Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort eder Exhumierung – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –**	**3200** 186,52	428,99 652,82
Ausschluss:	Neben Nr. 6002 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 70, 75, 80, 6000, 6001, 6003		
6003	**Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –**	**739** 43,07	99,07 150,76
Ausschluss:	Neben Nr. 6003 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 70, 75, 80, 6000 – 6002		
6010	**Makroskopische neurophatologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche – einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –**	**400** 23,31	53,62 81,60
Ausschluss:	Neben Nr. 6010 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 70, 75, 80		
6015	**Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je untersuchtes Organ**	**242** 14,11	32,44 49,37
Ausschluss:	Neben Nr. 6015 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801		
Kommentar:	Mit der Leistung nach Nr. 6015 sind die für die mikroskopische Untersuchung erforderlichen Vorbereitungen (Schnitte, Einbettung, Fixierung, Färbung) abgegolten.		
6016	**Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je Knochen**	**300** 17,49	40,22 61,20

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3_18,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Ausschluss: Neben Nr. 6016 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801, 6017

Kommentar: Müssen vier oder mehr Knochen untersucht werden, ist Nr. 6017 anzusetzen.
Mit der Leistung nach Nr. 6016 sind die für die mikroskopische Untersuchung erforderlichen Vorbereitungen (Schnitte, Einbettung, Fixierung, Färbung) abgegolten.

6017	**Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –**	**1045** 60,91	140,09 213,19

Ausschluss: Neben Nr. 6017 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801, 6016

Kommentar: Mit der Leistung nach Nr. 6017 sind die für die mikroskopische Untersuchung erforderlichen Vorbereitungen (Schnitte, Einbettung, Fixierung, Färbung) abgegolten.

6018	**Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau – einschließlich des Befundes –**	**300** 17,49	40,22 61,20

Ausschluss: Neben Nr. 6018 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 4800, 4801.

Kommentar: Mit der Leistung nach Nr. 6018 sind die für die mikroskopische Untersuchung erforderlichen Vorbereitungen (Schnitte, Einbettung, Fixierung, Färbung) abgegolten.

Analoge Bewertungen

Für eine Analogie ist nur dort Raum, wo die Gebührenordnung eine Abrechnungslücke gelassen hat. In diesen Fällen kann der Arzt eine (ggf. mehrere in Kombination!) nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbare Leistung der GOÄ ansetzen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass formal betrachtet zwar nur Leistungen analog berechnet werden dürfen, „die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind" (§ 6 Abs. 2). Die zivilrechtliche Rechtsprechung hat jedoch schon vor etlichen Jahren klargestellt, dass eine „ausfüllungsbedürftige Regelungslücke" in der GOÄ auch dann besteht, wenn das Leistungsverzeichnis zwar eine Gebührenordnungsposition enthält, diese aber „wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse so wenig sachgerecht ist, dass der Regelungscharakter verloren gegangen ist".

Angesichts der mangelnden Aktualisierung der derzeit gültigen GOÄ und der seit langem ausstehenden Anpassung der Bewertungen an die wirtschaftliche Entwicklung, kann nahezu die gesamte GOÄ als „nur noch wenig sachgerecht" beurteilt werden. Trotzdem kann die Aussage der Rechtsprechung nicht dahin missverstanden werden, dass nunmehr ein „Freibrief" für individuell angemessene Höherbewertungen bestehe. Andererseits ist aber auch dem Ansinnen vieler privater Krankenversicherungen unter Hinweis auf diese Rechtsprechung entgegenzutreten, die versuchen, Weiterentwicklungen der Medizin grundsätzlich auf dem Niveau veralteter Leistungsbeschreibungen zu halten, ohne moderne therapeutische oder differenziertere diagnostische Möglichkeiten zu würdigen.

Hinweise der Bundesärztekammer zu den Analogen Bewertungen

Die Bundesärztekammer informiert im Deutschen Ärzteblatt 1996:

„... Die Gebührenordnung für Ärzte **(GOÄ) enthält in § 6 Abs. 2 die Grundlagen dafür, dass der Arzt** – anders als im vertragsärztlichen Bereich, in dem nur im EBM enthaltene Leistungen berechenbar sind – **eine nicht in der GOÄ enthaltene Leistung analog einer anderen, in der GOÄ enthaltenen Leistung abrechnen kann.** Dies berücksichtigt, dass der rasch fortschreitende medizinische Fortschritt in der GOÄ nicht kurzfristig widergespiegelt werden kann, aber auch, dass es schon bei Verfassung des Gebührenverzeichnisses nicht möglich ist, den ärztlichen Alltag in all seinen Facetten zu erfassen. ***§ 6 Abs. 2: Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.*** Der Vorstand der Bundesärztekammer hat schon zur GOÄ von 1982 „Grundsätze analoger Bewertungen" beschlossen, auf deren Basis im Nachfolgenden das Verfahren bei analogen Bewertungen dargestellt wird.

Selbstständigkeit der Leistung

Die Leistung muss selbstständig sein. Unselbstständige Teilschritte einer anderen Leistung oder Leistungen, die nur eine Modifikation einer in der GOÄ enthaltenen Leistung darstellen, sind nicht analog abrechenbar.

So ist beispielsweise keine Analogbewertung für die besonders lange Dauer der Ausführung einer Leistung möglich. Zum Beispiel bleibt eine Beratung von 30 Minuten eine Beratung und nur nach Nr. 3 abrechenbar (und nicht nach Nr. 31 – homöopathische Folgeanamnese – analog). Für die Berücksichtigung des Umfangs einer Leistung ist in der GOÄ in § 5 der Steigerungsfaktor zutreffend, gegebenenfalls kommt auch eine Abdingung nach § 2 in Betracht.

Abgriffverfahren

Wenn eine analoge Abrechnung in Frage kommt, muss eine GOÄ-Position gewählt werden, die in der technischen Durchführung, im Zeitaufwand, im Schwierigkeitsgrad und in den Kosten der erbrachten Leistung möglichst nahe kommt.

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Beim Analogabgriff hat eine GOÄ-Position aus demselben Leistungsabschnitt Vorrang, da hier in der Regel die Vergleichbarkeit am offensichtlichsten ist. Legitim ist aber auch der Abgriff aus einem anderen Kapitel der GOÄ als dem „primär zuständigen". Möglich ist auch der analoge Abgriff durch eine Summation mehrerer GOÄ-Positionen.

Analoge Abrechnung bereits bekannter Leistungen

Ärztliche Leistungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ bereits allgemein anerkannt waren, sind zwar im Grundsatz von einer Analogbewertung nicht ausgeschlossen: in solchen Fällen muss jedoch besonders sorgfältig geprüft werden, ob nicht diese Leistungen bisher als Bestandteil einer anderen, im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung angesehen wurden oder lediglich abweichende Modalitäten gegenüber einer im Gebührenverzeichnis befindlichen Leistung darstellen.

In der GOÄ fehlende EBM-Leistungen

Da der EBM häufiger aktualisiert wird als die GOÄ, sucht man oft vergebens EBM-Leistungen in der GOÄ. In diesem Fall muss jedoch sorgfältig geprüft werden, ob die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Oft handelt es sich nur um die Modifikation einer in der GOÄ enthaltenen Leistung. Da der EBM keinen Steigerungsfaktor kennt, sind im EBM auch Modifikationen einer Leistung als selbstständige Positionen enthalten, besonders häufig in Form von Zuschlägen.

Gleichwertigkeit der Leistungen

Da nach § 6 Abs. 2 eine „gleichwertige" Leistung des Gebührenverzeichnisses analog herangezogen werden muss, bleiben auch die „Rahmenbedingungen" der abgegriffenen Leistung bei Analogabrechnung erhalten. Zum Beispiel ist eine abgegriffene Ziffer mit kleinem Gebührenrahmen auch bei analoger Abrechnung ohne Begründung nur bis 1,8fach steigerungsfähig. Ebenso werden Vorgaben bei Mindestzeiten, Leistungsausschlüssen und Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit in einem bestimmten Zeitraum übernommen.

Rechnungserstellung bei analoger Bewertung

Nach § 12 Abs. 4 GOÄ muss die gewählte Position entweder mit dem Zusatz „analog" oder „entsprechend" gekennzeichnet werden und die erbrachte Leistung kurz, aber eindeutig beschrieben werden. Die Nummer und die Bezeichnung der analog abgerechneten Leistung muss angegeben werden („Platzhalter" siehe nachfolgend „Nummerierung im Analogverzeichnis der Bundesärztekammer").

Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer – Änderungen Stand April 2008

Gemäß § 6 Abs. 2 GOA können selbstständige, nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführte ärztliche Leistungen entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Mit der zum 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Vierten Änderungsverordnung zur GOÄ wurden die von der Bundesärztekammer empfohlenen analogen Bewertungen weitgehend in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. Auf der Grundlage der Vierten Änderungsverordnung hat die Bundesärztekammer dann seit dem 1. Januar 1996 weitere analoge Bewertungen beschlossen. Diese analogen Bewertungen, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, dem Bundesministerium des Innern und dem Verband der privaten Krankenversicherung im Zentralen Konsultationsausschuss abgestimmt wurden, sind nachfolgend wiedergegeben. Es handelt sich um Analogbewertungen der fetalen Missbildungssonographie, von augenärztlichen Operationen und augenärztlichen Leistungen, der Hernienchirurgie und der Kapselendoskopie.

Das Verzeichnis enthält des Weiteren die seit 1996 von der Bundesärztekammer empfohlenen Analogbewertungen, die zwar nicht auf Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses beruhen, jedoch mit den Mitgliedern dieses Ausschusses schriftlich abgestimmt wurden. Diese Analogbewertungen sind vielen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ zuzuordnen, Grundleistungen und Allgemeine Leistungen, Kontrastmitteleinbringung, Innere Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Urologie, Laboratoriumsuntersuchungen u. a. Einige Analogbewertungen sind nicht in der nachstehenden Liste, sondern im folgenden Abschnitt „Abrechnungsempfehlungen zur GOÄ“ aufgeführt wegen des fachlichen Zusammenhangs; dies betrifft die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu den GOÄ-Anwendungsempfehlungen der Abschnitte HNO-Operationen und -Leistungen, Bandscheibenoperationen und herzchirurgische Operationen und die Abrechnungsempfehlungen des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer, die nicht mit den Mitgliedern des Zentralen Konsultationsausschusses abgestimmt sind.

Im nachstehenden Analogverzeichnis ist jede Analogbewertung mit einem großen „A“ und einer Nummer, der sogenannten Platzhalternummer, gekennzeichnet, welche die jeweilige Analogbewertung dem entsprechenden Fachkapitel in der GOÄ zuordnet. Die Verwendung dieser Nummer in der Rechnung ist möglich, aber nicht nach der GOÄ (§ 12) vorgeschrieben; sie ersetzt jedoch in keinem Falle die Wiedergabe des Inhaltes der Analogbewertung und der Gebührenordnungsnummer der in der GOÄ analog abgegriffenen Gebührenposition.

Die Analogbewertungen der augenärztlichen Operationen und Leistungen sind zum größten Teil mit 7000er-Nummern als Platzhalter versehen worden, weil im Kapitel I. Augenheilkunde in der Nummernfolge (1200 f.) selbst keine Lücke mehr für die Vielzahl der augenärztlichen Analogbewertungen vorhanden war.

Eine Sonderregelung ist für Laborleistungen zu beachten; bei Leistungen der Abschnitte M II bis M IV muss bei analoger Bewertung einer nicht im Verzeichnis befindlichen Leistung die analog abgegriffene Gebührenposition durch Voranstellen des Buchstabens „A“ gekennzeichnet werden (vgl. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 zu Abschnitt M).

Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossenschaften) gelten die „Analogen Bewertungen“ nicht.

Anmerkung der Autoren: Zur besseren Übersicht wurden die Bereiche/Kapitel/Unterkapitel eingefügt, in denen die analogen Bewertungen zu finden sind.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
B Grundleistungen und allgemeine Leistungen			
III Spezielle Beratungen und Untersuchungen			
A 36	**Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. bei Asthma bronchiale, Hypertonie, einschl. Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschl. Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung (analog Nr. 33 GOÄ)**	**300** 17,49	40,22 61,20
VI Berichte, Briefe			
A 72	**Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus (analog Nr. 70 GOÄ)**	**40** 2,33	5,36 8,16
C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen			
IV Kontrastmitteleinbringungen			
A 353	**Einbringung eines Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z.B. Nierenarterie) einschl. Röntgenkontrolle und ggf. einschl. fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie (analog Nr. 351 GOÄ)**	**500** 29,14	67,03 102,00
VI Sonographische Leistungen			
A 409	**A-Bild-Sonographie (analog Nr. 410 GOÄ)**	**200** 11,66	26,81 40,80
D Anästhesieleistungen			
A 482	**Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von der Wirkungsdauer von Muskelrelaxatien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung) (analog Nr. 832 GOÄ)**	**158** 9,21	21,18 32,23
A 496	**Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock (analog Nr. 476 GOÄ)**	**380** 22,15	50,94 77,52
E Physikalisch-medizinische Leistungen			
Krankengymnastik und Übungsbehandlungen			
F Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie			
A 618*	**H2 Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschl. Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschl. Kosten (analog Nr. 617 GOÄ)**	**341** 19,88	35,78 49,69

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 619*	**Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschl. Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen (analog Nr. 615 GOÄ)**	**227** 13,23	23,82 33,08
A 658	**Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG) (analog Nr. 652 GOÄ)**	**445** 25,94	46,69 64,84
A 704	**Analtonometrie (analog Nr. 1791 GOÄ)**	**148** 8,63	19,84 30,19
A 707	**Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes** **analog Nr. 684 GOÄ 1200 Pkt.** **plus Nr. 687 GOÄ 1500 Pkt.**		
A 795	**Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung (analog Nr. 648 GOÄ)**	**605** 35,26	81,11 123,42
A 796	**Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschl. Dokumentation (analog Nr. 650)**	**152** 8,86	20,38 31,01

G Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

A 888	**Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmern und Sitzung (analog Nr. 887 GOÄ)**	**200** 11,66	26,81 40,80

H Geburtshilfe und Gynäkologie

A 1006	**Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe), analog Nr. 5373* je Sitzung**	**1900** 110,75	254,72 387,61

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden. Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich. Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.

Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der **Nachweis** der Fachkunde **Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde** oder der fakultativen Weiterbildung **Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.**

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1007	**Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschl. Bilddokumentation, einschl. eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschl. Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschl. zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), gegebenenfalls zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 und A 1008, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend.** **analog Nrn. 424 700 Pkt.** **+ 404 250 Pkt.** **+ 406 200 Pkt.**	**1150** 67,03	154,17 234,61

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Dopplerechokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. A 1006 und A 1008 berechnet werden.

A 1008	**Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschl. Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls zusätzlich zu den Untersuchungen nach den Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend (analog Nr. 649 GOÄ)**	**700** 40,80	93,84 142,80

Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden. Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung

Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der **Nachweis** der Fachkunde **Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde** oder der fakultativen Weiterbildung **Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.**

A 1157	**Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht (analog Nr. 1158 GOÄ) 739 Pkt.**	**739** 43,07	99,07 150,76

I Augenheilkunde

A 1387	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschl. Pars-plana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschl. Glaskörper-Tamponade, ggf. einschl. Membran Peeling (analog Nr. 2551 GOÄ)**	**7500** 437,15	1005,46 1530,04

Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1387.1	**Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen, und/ oder therapierefraktärem Glaukom und/oder sumakulärer Chirurgie, einschl. Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie. Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran Peeling, ggf. einschl. Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschl. Daunomycin-Spülung, ggf. einschl. Zell-Transplantation, ggf. einschl. Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschl. weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z.B. Pigmentgewinnung und -implantation)** **analog Nr. 2551 GOÄ 7.500 Pkt.** **+ Nr. 2431 GOÄ 7.500 Pkt.** Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig. Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z.B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.	**7500** 437,15	1005,46 1530,04
A 1387.2	**Macula-Rotation (analog Nr. 1375)**	**3500** 204,01	469,21 714,02
A 7001	**Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, zum Beispiel bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit (analog Nr. 1225 GOÄ)** Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	**121** 7,05	16,22 24,68
A 7002	**Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren, (analog Nr. 1200 GOÄ)** Die Untersuchung der Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200 berechnet werden.	**59** 3,44	7,91 12,04
A 7003	**Quantitative Aniseikoniemessung, gegebenenfalls einschließlich qualitativer Aniseiprüfung, (analog Nr. 1226 GOÄ)**	**182** 10,61	24,40 37,13
A 7006	**Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung, (analog Nr. 1227 GOÄ)**	**248** 14,46	33,25 50,59
A 7007	**Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität, (analog Nr. 825 GOÄ)**	**83** 4,84	11,13 16,93
A 7008	**Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautdothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation, je Auge, (analog Nr. 1249 GOÄ)**	**484** 28,21	64,89 98,74

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 7009	**Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen, (analog Nr. 415 GOÄ)**	**300** 17,49	40,22 61,20
A 7010	**Laserscanning-Ophthalmoskopie, (analog Nr. 1249 GOÄ)**	**484** 28,21	64,89 98,74
A 7011	**Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits, (analog Nr. 423 GOÄ)** Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschl. Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyser (ONHA).	**500** 29,14	67,03 102,00
A 7012	**Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie, (analog Nr. 1229 GOÄ)**	**182** 10,61	24,40 37,13
A 7013	**Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation (analog 1227 GOÄ)**	**248** 14,46	33,25 50,59
A 7014	**Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung, (analog Nr. 413 GOÄ)**	**280** 16,32	37,54 57,12
A 7015	**Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, (analog Nr. 410 GOÄ) – für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung, (analog Nr. 420 GOÄ)**	**200** 11,66 **80** 4,66	26,81 40,80 10,73 16,32
A 7016	**Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge, (analog 1212 GOÄ)**	**132** 7,69	17,70 26,93
A 7017	**Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits,** **analog Nr. 424 GOÄ 700 Punkte** **plus Nr. 406 GOÄ 200 Punkte**	**900** 52,46	120,65 183,60
A 7018	**Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge, (analog Nr. 1298 GOÄ)**	**132** 7,69	17,70 26,93
A 7019	**Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung, (analog Nr. 1225 GOÄ)**	**121** 7,05	16,22 24,68
A 7020*	**Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression, (analog Nr. 1227 GOÄ)**	**242** 14,11	25,39 35,26
A 7021	**Operative Reposition einer intraokularen Linse, (analog Nr. 1353 GOÄ)**	**832** 48,50	111,54 169,73

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 7022	**Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings, (analog Nr. 1326 GOÄ)**	**1110** 64,70	148,81 226,45
A 7023	**Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie (analog Nr. 1217 GOÄ)**	**242** 14,11	32,44 49,37
A 7024	**Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test (analog Nr. 1217 GOÄ)**	**242** 14,11	32,44 49,37
A 7025	**Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (so genannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel (analog Nr. 1376 GOÄ)**	**1480** 86,27	198,41 301,93
A 7026	**Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse (analog Nr. 1326 GOÄ).** Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, zum Beispiel nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (zum Beispiel subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.	**1110** 64,70	148,81 226,45
A 7027	**Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation (analog 1368 GOÄ)**	**3030** 176,61	406,20 618,14
A 7028	**Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer (analog 1217 GOÄ)**	**242** 14,11	32,44 49,37
A 7029	**Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung (analog Nr. 1366 GOÄ)**	**1110** 64,70	148,81 226,45

K Urologie

A 1716	**Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z.B. nach Sachse) (analog: Nr. 1802 GOÄ)**	**739** 43,07	99,07 150,76
A 1833a	**Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband (analog Nr. 1833 GOÄ)**	**237** 13,81	31,77 48,35
A 1861	**Transurethrale endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen einschl. Harnleiterbougierung, intrakorporaler Steinzertrümmerung und endoskopischer Entfernung der Steinfragmente, ggf. einschl. retrograder Steinreposition** **analog Nr. 1817 GOÄ 2.200 Pkt.** **+ Nr. 1787 252 Pkt.**	**2452** 144,09	331,40 504,30

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1862	**Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) – mit Ausnahme von Nierenausgusssteinen – einschl. intrakorporaler Steinzertrümmerung, pyeloskopischer Entfernung der Steinfragmente und Anlage einer Nierenfistel** **analog Nr. 1838 GOÄ 2.200 Pkt.** **Nr. 1852 GOÄ 700 Pkt.**	**2900** 170,20	391,46 595,69
A 1863	**Transurethrale Endopyelotomie, einschl. Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, ggf. einschl. der retrograden Darstellung des Ureters und des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschl. Einlage eines transurethralen Katheters oder transkutane Endopyelotomie, einschl. Punktion des Nierenbeckens und Bougierung der Nierenfistel sowie Pyeloskopie, ggf. einschl. der Darstellung des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschl. Einlage eines Nierenfistelkatheters –** **analog Nr. 1827 GOÄ 1.500 Pkt.** **+ analog Nr. 1861 GOÄ 700 Pkt.** Die Einlage eines transurethralen Katheters nach Nr. 1812 GOÄ bzw. die Einlage eines Nierenfistelkatheters nach Nr. 1851 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden. Die retrograde bzw. anterograde Darstellung von Ureter und Nierenbecken nach Nr. 5220 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden. Die Darstellung von Harnblase und Urethra nach Nr. 5230 GOÄ ist, sofern erforderlich, neben der transurethralen Endopyelotomie berechnungsfähig.	**2200** 528,23	294,93 448,81
A 1870	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschl. pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen (analog Nr. 1845 GOÄ)**	**4990** 290,85	668,96 1017,99
A 1871	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschl. pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 1850 GOÄ)**	**6500** 378,87	871,40 1326,04
A 1872	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 1843 GOÄ)**	**4160** 242,48	557,69 848,66
A 1873	**Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschl. Blasenkatheter, ggf. einschl. suprapubischem Katheter, ggf. einschl. einer oder mehrerer Drainagen – (analog Nr. 3088 GOÄ)** Die Analogen Bewertungen nach A 1870, 1871, 1872 und 1873 können nicht nebeneinander, sondern nur alternativ (je nach Leistungsumfang) berechnet werden.	**5600** 326,41	750,74 1142,43

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5
A 1880	**Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors ohne Entfernung der regionalen Lymphknoten – (analog Nr. 1842 GOÄ)**	**3230** 188,27	433,02 658,94
A 1881	**Organerhaltende Entfernung eines malignen Nierentumors mit Entfernung der regionalen Lymphknoten – (analog Nr. 1843 GOÄ)** Bei metastatischem Befall von Lymphknoten über das regionäre Lymphstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinaus kann zusätzlich die Nr. 1783 GOÄ analog für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung, nach Abzug der Eröffnungsleistung, neben der Nr. 1843 GOÄ analog berechnet werden.	**4160** 242,48	557,69 848,66
A 1890	**Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom, einschl. Instillation des Farbstoffs, (analog Nr. 1789 GOÄ)** Die Kosten für den je Sitzung verbrauchten Farbstoff können entsprechend § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ als Ersatz von Auslagen geltend gemacht werden.	**325** 18,94	43,57 66,30

L Chirurgie, Orthopädie

XV Hernienchirurgie

A 3289	**Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschl. Implantation eines Netzes, (analog Nr. 3286 GOÄ)**	**2000** 116,57	268,12 408,01

M Laboratoriumsuntersuchungen

III Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

A 3732*	**Troponin-T-Schnelltest (analog Nr. 3741* GOÄ)**	**200** 11,66	13,41 15,15
A 3733*	**Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin (analog Nr. 3736* GOÄ)**	**120** 6,99	8,04 9,09
A 3734*	**Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl (analog Nr. 3736* GOÄ)**	**120** 6,99	8,04 9,09
A 3757*	**Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat (analog 3760* GOÄ)**	**70** 4,08	4,69 5,30
A 4463*	**Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschl. Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve (analog Nr. 4462* GOÄ)**	**230** 13,41	15,42 17,43

GOÄ-Nr.	Punktzahl	2,3 / *1,8
	1fach	3,5 / *2,5

O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

IV Strahlentherapie

A 5830* **Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschl. Programmierung – (analog Nr. 5378 GOÄ) n. Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsausschusses bei der BÄK** **1000** 104,92 58,29 145,72

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen. Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

A 5860* **Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschl. Fixierung mit Ring oder Maske –, einschl. vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 6 x 5855* GOÄ (6 x 6900 Pkt. = 41400 Pkt.) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer** **41400** 4343,57 2413,09 6032,74

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.
Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

A 5861* **Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschl. Fixierung mit Ring oder Maske –, einschl. vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3,5 x 5855* GOÄ (3,5 x 6900 Pkt. = 24150 Pkt.)** **24150** 2533,75 1407,64 3519,10

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen. Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

A 5863* **3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Halstumoren mittels Linearbeschleuniger, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3x Nr. 5855* GOÄ** **20700** 1206,55 2171,78 3016,37

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird dreimal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung benigner Tumoren.
3x 6900 3x 723,93 3x 402,18 3x 1005,46 Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird dreimal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung benigner Tumoren.

A 5864* **Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Hirntumoren mittels Linearbeschleuniger, ggf. einschl. Fixierung mit Ring oder Maske, je zwei Fraktionen, analog 1x Nr. 5855* GOÄ** **6900** 402,18 723,93 1005,46

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für **zwei** Fraktionen berechnungsfähig. Wird eine weitere Fraktion erbracht, so löst diese einen halben (0,5-maligen) analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus. Beispiele: 26 Fraktionen werden erbracht = 13 x Nr. 5855 GOÄ analog
25 Fraktionen werden erbracht = 12,5 x Nr. 5855 GOÄ analog
Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünfzehn Mal (30 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig. Werden medizinisch indiziert im Ausnahmefall (z.B. beim Chondrom) weitere Fraktionen erbracht, so ist für mindestens zwei Fraktionen und alle weiteren insgesamt noch 1mal die Nr. 5855 GOÄ analog berechnungsfähig.
Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind grundsätzlich folgende Indikationen:

Akustikusneurinom (Durchmesser ≥ 2,5 cm und/oder bilaterales Akustikusneurinom und Neurofibromatose Typ 2 und/oder deutliche Hörminderung kontralaterales Gehör),
Hypophysenadenom (Makroadenom mit Infiltration der Sinus cavernosi und/oder Distanz < 2 mm zu Sehappara t (Sehner v, Chiasma) und/oder lediglich indirekt darstellbares Adenom),
Meningeom (Inoperabilität bzw. Resttumor/Rezidiv an der Schädelbasis bzw. Sinus sagittalis und/oder Optikusscheidenmeningeom und/oder Distanz < 2 mm zum Sehapparat/andere sensible Strukturen und/oder Volumen > 15 ml bzw. Größe über 2,5 cm in einer Ebene),
Chordom (immer bei subtotaler Resektion und/oder Chordome der Schädelbasis),
Neurinom (Tumor > 2 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm),

Glomustumoren (Inoperabilität) sowie zusätzlich das **maligne Chondrosarkom** der Schädelbasis (auch nach subtotaler Resektion) sowie seltene weitere ZNS-Tumoren: **Pilozytische Astrozytome** (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm), **seltene selläre und paraselläre Tumoren** (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System ≤ 2 mm),

Tumoren der kranialen und spinalen Nerven (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System ≤ 2 mm),

Die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit **benignen und malignen Kopf-, Halstumoren** insbesondere geeignet bei folgenden Indikationen:

Astrozytäre und oligodendrogliale Tumoren (niedrigen Malignitätsgrads), **Maligne Gliome** (z.B. Hirnstammgliom),

Ependymome (primär: Grad I und II zur Dosiserhöhung oder in der hinteren Schädelgrube: Grad III),

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	2,3 / *1,8 3,5 / *2,5

Medulloblastome (zur Dosiserhöhung in der hinteren Schädelgrube),

Retinoblastome,

Aderhautmelanome.

A 5865* **3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 1,75x Nr. 5855* GOÄ** **12075** 703,82 1266,87 1759,55

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird 1,75-mal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung primär oder sekundär maligner Tumoren.

A 5866* **Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, gegebenenfalls einschl. Fixierung mit Ring oder Maske, je drei Fraktionen, analog 1x Nr. 5855* GOÄ** **6900** 402,18 723,93 1005,46

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für drei Fraktionen berechnungsfähig. Werden eine oder zwei weitere Fraktion/en erbracht, so löst/lösen diese Fraktion/en zwei Drittel (zur Vereinfachung 0,7) bzw. ein Drittel (zur Vereinfachung 0,35-mal) den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus. Beispiele:
6 Fraktionen werden erbracht = 2 x Nr. 5855 GOÄ analog
7 Fraktionen werden erbracht = 2,35 x Nr. 5855 GOÄ analog
8 Fraktionen werden erbracht = 2,7 x Nr. 5855 GOÄ analog
Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünf Mal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.
Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind: Primäre Hirntumoren (Inoperabilität und/oder Therapieresistenz bzw. Progression oder Rezidiv z.B. nach konventioneller Bestrahlung mit oder ohne Chemotherapie), Rezidiv einer symptomatischen Metastase des ZNS, Chiasmanahe oder im Hirnstamm lokalisierte Hirnmetastase, Rezidiv eines Aderhautmelanoms.

Weitere analoge Bewertungen

Die folgenden analogen Leistungspositionen sind im Leistungsverzeichnis der GOÄ eingeordnet. Bei der jeweiligen Nr. finden Sie in der Regel angegeben, wer diese analoge Bewertung einführte.

62 analog **Anästhesiologisches Stand-by (analog Nr. 62 GOÄ)**

250* analog **Legen einer Verweilkanüle (analog Nr. 250 GOÄ)**

269 analog **Allergie Akupunktur (analog Nr.269 GOÄ)**

269a analog **Allergie Akupunktur, mind. 20 Min. (analog Nr. 269a GOÄ)**

302 analog **Radiale Stoßwellentherapie bei orthopäd., chir. und schmerztherap. Indikationen (analog Nr. 302 GOÄ)**

376 analog **Methadongabe (analog Nr. 376 GOÄ)**

427 analog **Kontrolle der Beatmung unter nCPAP oder BiPAP (analog Nr. 427 GOÄ)**

430 analog **Elektrisch induziertes Kammerflimmern neben Nr. 3089 (analog Nr. 430 GOÄ**

462 analog **Kombinationsnarkose mit Larynxmaske bis zu 1 Stunde (analog Nr. 462 GOÄ)**

463 analog **Kombinationsnarkose mit Larynxmaske, jede weitere angefangene halbe Stunde**

558* analog **Zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining (analog Nr. 558 GOÄ)**

566* analog **Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen oder auch für Balneo-Foto-Therapie (analog Nr. 566* GOÄ)**

612* analog **Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen (analog Nr. 612 GOÄ)**

628 analog **Endokardiales Kathermapping bei supraventrik. Tachykardien (analog Nr. 628 GOÄ)**

629 analog **Stressechokardiographie – (analog Nr. 629 GOÄ)**

631 analog **Intraoperative Elektrodenversorgung – (analog Nr. 631 GOÄ)**

636* analog **Frequenzvariabilitätsanalyse – (analog Nr. 636 GOÄ)**

647* analog **Bestimmung Herzzeitvolumens mittels Thermodilutionsmethode – (analog Nr.**

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

650* analog — Event-Recorder-EKG – (analog Nr. 650 GOÄ)

652 analog — Pedographische Druckverteilungsmessung (analog Nr. 652 GOÄ)

653* analog — EKG über mind. 6 Std. (s. Leistungskomplex Schlaflabor) – (analog Nr. 653GOÄ)

656 analog — Einbringung eines Elektrodenkatheters bei EPU (analog Nr. 656 GOÄ)

658 analog — Hochverstärktes Oberflächen-EKG (Spätpotential-EKG) (analog Nr. 652 GOÄ)

659* analog — 1. Polysomnograph. Schlafüberwachung
2. Hochfrequenz-Elektrokardiographie –
3. Kontinuierliche BZ-Messung

661 analog — Programmierung Herzschrittmacher – (analog Nr. 661 GOÄ)

670 analog — Nasobiläre Sonde i. Zusammenhang mit ERCP – (analog Nr. 670 GOÄ)

706 analog — Ballondilatation einer Pankreasgangstenose – (analog Nr. 706 GOÄ)

714 analog — Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren (analog Nr. 714 GOÄ)

742 analog — Epilation von Haaren – (analog Nr. 742 GOÄ)

745 analog — chemisch oder kaustische Warzenentfernung – (analog Nr. 745 GOÄ)

755 analog — chemisches Peeling – (analog Nr. 755 GOÄ)

780 analog — Dilatation Anastomosenstenose i. Verbindung mit Endoskopie – (analog Nr. 780 GOÄ)

790 analog — stat. Vorbereitung CAPD – (analog Nr. 790 GOÄ)

791 analog — Cell-Saver – (analog Nr. 791 GOÄ)

792 analog — postop.. Kontrolle von Herzunterstützungssystemen – (analog Nr. 792 GOÄ)

827a analog — Prächir. epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung

828 analog — Elektrophysiologische Stimulation zur Bestimmung der Leitungs- u. Refraktärzeitbestimmung…(analog Nr. 828 GOÄ)

829 analog Isolierte Bestimmung der mot. Nervenleitgeschwindigkeit – (analog Nr. 829 GOÄ)

832 analog Elektroakupunktur nach Voll (EAV) – (analog Nr. 832 GOÄ)

838 analog pulsierende Signaltherapie (PST) – (analog Nr. 838 GOÄ)

839 analog 1. Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation oder 2. kontinuierl. EMG-Registrierung an mind. 2 Muskelgruppen oder 3. transkranielle Magnetstimulation – immer analog Nr. 839 GOÄ

842 analog Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, (analog Nr. 842)

846 analog Med. Trainingstherapie mit Sequenztraining einschl. progressiv-dynamischem Muskeltraining mit Therapiemaschinen (analog Nr. 846 GOÄ)

856 analog Neurophysiologische Testverfahren zur Schlafdiagnostik – (analog Nr. 856 GOÄ)

1014 analog Transabdominelle Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Sonosicht) (analog Nr. 1014 GOÄ)

1085 analog Kryokoagulation der Portio – (analog Nr. 1085 GOÄ)

1114 analog Embryotransfer, einschl. Einführen eines spez. Doppelkatheters – (analog Nr. 1114 GOÄ)

1345 analog Laser in situ-Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung

1366 analog Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung einschl. Infusion des Photosensibilisators) (analog Nr. 1366 GOÄ)

1383 analog Intravitreale Injektion (IVI)/intravitreal operative Medikamenteneingabe (IVOM) analog Nr. 1383 GOÄ

1408 analog Prächirurgische epilepsiediagnostische Messung intracranieller kognitiver Potenziale, (analog 1408 GOÄ)

1427 analog Postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- u./o. NNH-Eingriffen – (analog Nr. 1427 GOÄ)

1430 analog Postoperat. Schienen-/Splintentfernung – (analog Nr. 1430 GOÄ)

1777 analog Blasenhalsschlitzung (analog Nr. 1777 GOÄ)

1783 analog Extraregionäre Lymphknotenentfernung – (analog Nr. 1783 GOÄ)

1789 analog — Fluoreszenzendoskopie – (analog Nr. 1789 GOÄ)

1791 analog — Niederdruckirrigation bei TURP – (analog Nr. 1791 GOÄ)

1796 analog — Anlegen eines Urostomas – (analog Nr. 1796 GOÄ)

1800 analog — Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthop., chir. oder schmerztherapeutischen Indikationen, (analog Nr. 1800 GOÄ)

1801 analog — Offene transvesikale Adenotomie bei BPH

2103 analog — Weichteilbalancing am Kniegelenk neben Nr. 2153 (analog Nr. 2103 GOÄ)

2148 analog — Tonnenförmige Ausmeißelung des Pfannenbodens neben Nr. 2151 (analog Nr. 2148 GOÄ)

2253 analog — 1. Plast. Wiederaufbau des Nasenrückens nach Vor-OP o. Dysplasien oder 2. Verwendung v. autologem Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 GOÄ – (analog Nr. 2253 GOÄ)

2256 analog — Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums (analog Nr. 2256 GOÄ)

2258 analog — Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten neben Nr. 2151

2344 analog — Patellarückflächenersatz (analog Nr. 2344 GOÄ)

2382 analog — Schleimhautschonende plast. OP an der Nasenmuschel o. Eingriff nach Leglerschen Operationsmethode (analog Nr. 2382 GOÄ)

2440 analog — Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschl. Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung bis zu 7 cm^2 Körperoberfläche (analog Nr. 2440 GOÄ)

2885 analog — Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, mit einer Ausdehnung von 7 bis 21 cm^2 Körperoberfläche (analog 2885 GOÄ)

2886 analog — Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, mit einer Ausdehnung von mehr als 21 cm^2 (analog 2886 GOÄ)

3091 analog — 1. Endokardiales Kathermapping oder 2. Katherterablation v. tachykarden Rhythmusstörungen (analog 3091 GOÄ)

3306 analog — Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätsgelenken (analog 3306 GOÄ)

3783* analog — Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13-C-Harnstoff-Atemtests (analog 3783 GOÄ)

3911.H3* analog — NMP (Nukleäres-Matrix-Protein) 22 Schnelltest (analog 3911 GOÄ)

4504* analog — Streptokokken A-Schnelltest (analog Nr. 4504 GOÄ)

4751* analog — Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen (analog 4751* GOÄ)

4852* analog — 1. Mikroskop.-zytolog. Untersuchung aus dem Ovar entnommener Follikel oder 2. Beurteilung des Pronukleus-Stadiums oder 3. Mikroskop. Untersuchung Prä-Embryonen (analog 4852* GOÄ)

4872* analog — Biochem.-mechan. Gewebepräparation zur Spermiengewinnung (analog 4872* GOÄ)

4873* analog — 1. Anlegen der Eizell-Spermien-Kultur oder 2. Ansetzen der Prä-Embryonen-Kulturen (analog 4873* GOÄ) 3. Isolierung eines einzelnen Spermiums, Punktion Metaphase II Oozyte

5295* analog — Videokontrolle der Korrelation von elektro.physiol. Aufzeichnung u. Verhaltensbefund (analog 5295* GOÄ)

5298* analog — Videoendoskopie-Zuschlag zu den Nrn. 682 bis 689 GOÄ bei Verwendung eines flexiblen digitalen Videoendoskops (analog Nr. 5298* GOÄ)

5378* analog — Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optimetrie) (analog 5378+ GOÄ)

5442* analog — Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen (analog Nr.5442+ GOÄ)

5800* analog — 1. Behandlungsplan f. dermatol. Photodynamische Therapie, einmal im Behandlungsfall, PDT Haut, 2. PDT Auge (analog 5800* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK

5802* analog — Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 566 analog für zwei weitere Bestrahlungsfelder (analog Nr. 5802 GOÄ)

5803* analog — Zuschlag zu Nr. 5802* analog für jedes weitere Bestrahlungsfeld (analog Nr. 5803 GOÄ)

5830* analog — Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) (analog Nr. 5378 GOÄ)

5840* analog **Bestrahlungsplanung vor und nach der Implantation von Prostata-Seeds (analog Nr. 5840* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK**

5841* analog **Zuschlag f. Prozessrechner i. Zusammenhang mit Prostata-Seedimplantation (PSI) (analog Nr. 5841*)**

5846* analog **Interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie der Prostata mittels Seeds (PSI), je Fraktion, (analog Nr. 5846* GOÄ)**

5855* analog **Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung (analog Nr. 5855* GOÄ)**

Literatur zur GOÄ und IGeL

Analog-Bewertung in Ihrer Praxis

Berechnungsmöglichkeit von ärztlichen Leistungen, die Sie in der GOÄ nicht finden 4. aktualisierte Auflage 2008, PVS Verband, Berlin, 2008

Brück, D. – Krimmel, L. – Kleinken, B. – Warlo, H.-J.
Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
3. Auflage, Loseblattwerk,
Deutscher Ärzte Verlag, 2011

Gebührenhandbuch 2009
Broglie, G. – Pranschke-Schade, S. – Schade, H.-J.
Kommentar für Ärzte – GOÄ/IGeL
Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Wiesbaden, 2009

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – UV-GOÄ
Gebührenordnung für Ärzte – Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen – Begründet von Dr. med. D. Brück –
Loseblattwerk, 2011
Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2011

Hermanns, P. M., Filler, G., Roscher, B.
IgeL-Liste 2008
Für Praxis und Klinik
Kommentar zu den IGeL-Leistungen
4. Auflage, ecomed-Verlag, Landsberg/Lech, 2008

Hess, R. – Klakow – Franck, R. (Hrsg.)
IgeL-Kompendium für die Arztpraxis
Patientengerechte Selbstzahlerleistungen rechtssicher gestaltet
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005

Hoffmann/Kleinken
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – Loseblattwerk
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 3. Aufl., 2011

Hufelandgesellschaft für Gesamtheitsmedizin e.V. (Hrsg.)
Hufeland – Leistungsverzeichnis für Therapie – Richtungen der Biologischen Medizin
Bearbeitet von Prof. Franz Schmid, Vorsitzender der Arzneimittelkommission für Biologische Medizin
3. überarbeitete Auflage, Haug Verlag, Heidelberg, 2001

Kardorff, B.
Selbstzahlerleistungen in der Dermatologie und der ästhetischen Medizin
Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2005

Krimmel, L.
Kostenerstattung und Individuelle Gesundheitsleistungen
Neue Chancen für Patienten und Ärzte
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1998

Krimmel, L.: Einlegeheft zum vorgenannten Buch
Privatmedizin, Kostenerstattung und Individuelle Gesundheitsleistungen im Jahre 1999
– Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1.1.1999 –
10 neue Individuelle Gesundheitsleistungen
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 1999

Krimmel, L. – Kleinken, B.
MEGO 2011 – Ausgabe 2011
mit 386 IGeL-Leistungen und Kommentaren
ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Landsberg/Lech 2011

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Lang, M.H. – Schäfer, F.-H. – Stiel,H. – Vogt, W.
Der GOÄ-Kommentar
2. aktualisierte Auflage
Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2002

Leithoff, Peter – Sadler, Bernd
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Orthopädie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2002

Milz, F. – Schirmer, K. – P., Pollmann, A. – Wiesenauer, M.
Naturheilverfahren bei orthopädischen Erkrankungen
Hippokrates Verlag, Stuttgart 1998

Uleer, C. – Miebach, J. – Patt, J.
Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen
Erläuterungen zur Gebührenordnung für Ärzte GOÄ und
zur Vergütung stationärer Krankenhausleistungen
3. Auflage, Verlag C. H. Beck, München, 2006

Weber, K.G.
Abrechnung von Naturheilverfahren und komplementären Therapien in der GOÄ
Mit Hinweisen auf Abrechnungsmöglichkeiten im EBM und außerhalb der Systeme,
3. überarbeitete und erweiterte Auflage
Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart, 1999

Wezel, H. – Liebold, R.
Handkommentar BMÄ, E-GO und GOÄ
8. Auflage, Loseblattwerk 2011
Asgard-Verlag, Sankt Augustin

GOÄ im Internet

Informationen auf den KBV-Seiten – Sonstige Kostenträger: Verträge mit Unfallversicherungsträgern, Bundesbahn- und Postbeamtenversicherung, Bundesgrenzschutz, Bundeswehr, Zivildienst, u. a. www.kbv.de/rechtsquellen/132.html

Bundesärztekammer: Gebührenordnung
www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108

Bundesärztekammer: GOÄ-Ratgeber –
Auslegungshinweise zum Thema Gebührenordnung
www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144

Anästhesiekommentar zur GOÄ
Hrsg. Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
A. Schleppers – W. Weißauer
1. Auflage Ergänzungslieferung 2003
www.bda.de/211kommentargoae.htm#anker1

Hinweise zur Abrechnung von anästhesiologischen GOÄ-Nummern
unter Mitwirkung von Dr. A. Schleppers Referat für Gebührenfragen im Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. – Oktober 2006
www.bda.de/downloads/21 0Leitlinie-Anaesthesieabrechnungen-Okt-2006.pdf

Chefärztebrief (kostenpflichtig)
IWW Institut für Wirtschaftspublizistik
Privatliquidation, Recht, Management, Steuern
www.chefaerzte-brief.de

Stichwortverzeichnis der GOÄ

In diesem Stichwortverzeichnis wurden alle Leistungen – auch die Laboratoriumsuntersuchungen des Kapitels M – alphabetisch zusammengefasst. Dies dürfte die Suche erheblich erleichtern.

Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Gebührenordnungsnummern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Aufgenommen wurden auch Stichworte zu den Paragraphen einschl. der Kommentare.

Die bisher veröffentlichen analogen Bewertungen aus dem Verzeichnis der analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer (gekennzeichnet durch ein „A“ vor der Ziffer (dem sog. Platzhalter) z.B.

A 36	**Strukturierte Schulung einer Einzelperson (analog Nr. 33 GOÄ)**
A 409	**A-Bild-Sonographie (analog Nr. 410 GOÄ)**

wurden aufgenommen.

Ferner finden Sie im Stichwortverzeichnis zahlreiche weitere Empfehlungen zu analogen Bewertungen der BÄK, von Berufsverbänden, aus Kommentaren und der PVS. Diese sind mit dem Wort „analog“ hinter der Ziffer Nr. (Platzhalter) gekennzeichnet z.B.

62 analog	**Anästhesiologisches Stand-By (analog Nr. 62 GOÄ)**
376 analog	**Methadongabe (analog Nr. 376 GOÄ)**

Im weiteren Text der Leistungslegende ist – soweit verfügbar – angegeben, wer diese analoge Bewertung eingeführt hat.

1

13C-Harnstoff-Atemtest ..... A 619*
3D-Bestrahlungsplanung bei Kindern und Jugendlichen .....A 5863*
3D-Bestrahlungsplanung bei Rezidiven .....A 5865*

A

A-Bild-Sonographie .....A 409
Abdingung ..... § 2
– Hinweispflicht ..... § 2 Abs. 2
– schriftliche Vereinbarung ..... § 2 Abs. 2
Abdomen
– Rö Übersicht 5190*, 5191*
– CT-Untersuchung 5372*
– MRT-Untersuchung 5720*
Abdruck durch Gips 3310
Abduktionsschienenverband 214
Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten ..... 2258 analog
ABO-Merkmale 3980*
Abort, Beistand und Beendigung 1052
Abrasio
– Gebärmutterhöhle 1104
– Hornhaut 1339
Absaugen, Nasennebenhöhlen 1480
Abstrichmaterial, Entnahme
– mikrobiologisch Untersuchung 297
– zytologisch Untersuchung 298
Abszesseröffnung
– Douglasraum 1136
– intraabdominal 3137
– paranephritisch 1826
– peritonsillär 1505, 1507
– retropharyngeal 1506
– subkutan 2428
– subphrenisch 3136
– tiefliegend 2430
– Zunge 1511
Abszesspunktion 303
Abtragung Lamina perpendicularis ..... 2256 analog
Abweichende Vereinbarung ..... § 2
Abwesenheitsentschädigung ..... § 9

P. M. Hermanns (Hrsg.) et al., *GOÄ 2012*, DOI 10.1007/978-3-642-25764-3,
© für die Lizenzausgabe Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Achalasie, Sprengung 780
ACE (Angiotensin-I-Converting-Enzyme) 3786*
Achillessehnenruptur 2073
ACTH (Corticotropin) 4049*
ACTH-Infusionstest 4090*
ACTH-Kurztest* 4091
Adaption, Untersuchung 1233
Addis-Count 3654*
Adenotomie 1493
Adenoviren
– Antigen 4640*, 4675*
– Antikörper 4310*, 4337*, 4365*
Aderhauttumor, Koagulation 1369
Aderlass aus Art. oder Vene 285
Adhäsiolyse, laparaskopisch 701
Adiuretin (ADH) 4061*
Adnextumor
– Operation ..... 1145 f.
– Tumor-Punktion 317
Adrenalin 4072*
AEP (Akustisch evozierte Potenziale) 828
ärztliche Leistung
– Abrechenbarkeit ..... § 1 Abs. 2
– analoge Bewertung ..... § 6 Abs. 2
– auf Verlangen des Zahlungspflichtigen .. § 1 Abs. 2
– bei stationärer Behandlung ..... § 6 a
– Bemessung der Gebühren ..... § 5, 5a
– Bestandteil einer anderen Leistung ..... § 4Abs. 2a
– Delegieren an nachgeordnetes Personal § 4 Abs. 2
– Erbringung durch Dritte, Hinweispflicht .. § 4 Abs. 5
– medizinische Notwendigkeit ..... § 1 Abs. 2
– Minderungspflicht bei stat. Behandlung ..... § 6 a Abs. 1
– persönliche Erbringung ..... § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 5
– Rechnungslegung ..... § 12
– Schwierigkeiten, Zeitaufwand ..... § 5 Abs.2
– selbstständige Leistung ..... § 4Abs. 2
Äskulinspaltung 4546*
Ätzung
– Gehörgang 1578
– Nase/Nasenrachen 1436
– Paukenhöhle 1579
Afterriss Operation 3219
Afterschließmuskel
– blutige Erweiterung 3237
– Dehnung 3236
Afterverschluss
– kongenitaler, oberflächlich 3215
– kongenitaler, tiefreichend 3216
Agnosie, Prüfung auf 830
Agraphie, Prüfung auf 830
AIDS, siehe HIV
Akkommodationsbreite, Messung 1203
Akneknoten, Öffnen 758
Akupunktur 269, 269a
Akustikusneurinom, Operation 2551
Akustisch evozierte Potenziale (AEP) 828, 1408
Albumin 3735*, 3736*
Albumin im Stuhl ..... A 3734
Aldosteron 4045*
Alexie, Prüfung 830
Alkali-Neutralisationszeit, Bestimmung 759*
Alkali-Resistenzbestimmung 760*
Allergie-Akkupunktur ..... 269 analog
– mind. 20 Minuten ..... 269a analog
Alkohol, Ethanol 4207*, 4211*
Alkali-Neutralisationszeit 759*
Alkalische Leukozytenphosphatase 3683*
Alkalische Phosphatase 3587*
– Isoenzyme 3784*, 3785*, 4062*
Allergenspezifisches Immunglobulin .. 3890*; 3891*
Allergiediagnostik ..... 380 f., 385 f.
Alpha
– Amylase 3512*, 3588*
– 1-Antitrypsin 3739*
– 1-Mikroglobulin 3754*
– 2-Makroglobulin 3753*
– Fetoprotein (AFT) 3743*
alpha-Glucosidase ..... 3776 analog
Aluminium 4190*
Alveolarfortsatz , Reposition 2686
Aminosäuren 3737*, 3738*
AMA (Antimitochondriale Antikörper) . 3818*, 3843*
Amiodarone 4199*
Amitryptilin 4186*
Ammen-Test 4546*
Ammoniak 3774*
Amnioskopie 1010
Amniozentese 1011
Amöben
– Kultur 4760*
– mikrospkopisch 4740*, 4747*
Amphetamin 4151*
Amputation
– Gliedmaßen 2170
– Hoden ..... 1765 f.
– Mamma ..... 2411 ff.
– Nebenhoden ..... 1711 f.
– Penis 1747

Amthauer-Test 856
Amylase
– Alpha 3588*
– Isoenzyme 3784*, 3785*
– Clearance 3610*
ANA (Antinukleäre Antikörper) 3813*, 3840*
Anaerobier, Differenzierung 4550*, 4567*
Analatresie, Operation 3217
Analfissur, Operation 3219
Analfistel, Operation 3220
Analpolyp, Entfernung 764
Analspeculum-Untersuchung 705
Analoge Bewertung ..... § 6 Abs. 2
– Hinweispflicht bei Rechnungslegung ... § 12 Abs. 4
– BÄK zur analogen Bewertungen, s. unter ..... § 6
Analtonometrie ..... A 704
Analspekulum-Untersuchung 705
Anamnese
– Erhebung einer biographischen 807
– Fremdanamnese 4
– Fremdanamnese über einen psychisch, hirnorganisch o. kommunikationsgestörten Kranken ... 835
– homöopathisch 30, 31
– neurosenpsychologisch 860
Anaestesiologisches Stand-By ..... 62 analog
Anästhesie(n) 450, 440
– ambulant 446
– Armplexus ..... 476 f.
– Extremitäten ..... 476 f.
– Kaudal 469
– paravertebral ..... 476 f.
– Spinal-, einzeitig ..... 470 f.
– Spinal-, kontinuierlich 473
Androstendion 4036*
Aneurysma OP 2529
Angiographie ..... 5300* ff.
– Zuschlag f. computergestützt 5335*
– Kontrastmitteleinbringung i.v. ..... 346 ff.
Angiographie ..... 5300* f.
Angiokardiographie 5315*
– Kontrastmitteleinbringung 355
Angiom OP, intrakranial 2529
Angioplastik
– perkutan transluminal 5345*
– Methoden, andere 5355*
Angiotensin I Converting Enzyme (ACE) 3786*
Aniseikonieprüfung, qualt. ..... A 7002
Aniseikoniemessung, quant. ..... A 7003
Anomaloskop 1229
Antibiogramm 4610*
Antibiotika-Konz. 4203*
Anti-DNAse B ..... 4295* f.
Antiepileptika 4200*
Antigen-Nachweis
– Bakterien 4518*, 4525*, 4560*, 4565*
– Parasiten 4758*, 4759*, 4768*
– Pilze 4712*, 4713*, 4723*, 4724*
– Viren 4636*, 4648*, 4670*, 4680*
Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) ..... 3985*, 3997* f.
Antikörper-Bestim. mittels Ligandenassay ... A 4463*
Antikörper gegen
– Antigene, zytoplasmatische 3826*, 3853*
– Acetylholin-Rezeptoren 3868*
– Basalmembran 3805*, 3832*
– C-ANCA 3826*, 3853*, 3874*
– Cardiolipin 3869*
– Centromerregion 3806*, 3833*
– dDNS 3857*
– ENA 3808*, 3835*
– Endomysium 3807*, 3834*
– glatte Muskulatur 3809*, 3836*
– Gliadin 3896*, 3897*
– Haut 3811*, 3838*
– Herzmuskulatur (HMA) 3812*, 3839*
– Histone 3858*
– Insulin 3898*
– Interferon alpha 3870*
– Kerne (ANA) 3813*, 3840*
– Kollagen 3814*, 3841*
– Langerhans-Inseln (CIA) 3815*, 3842*
– Leukozytenantigene 3995*, 3996*
– Mikrosomen 3816*, 3817*, 3843*,
– 3844*, 3871*
– Mitochondrien (AMA) 3818*, 3845*
– Mitochondrien Subformen 3872*
– nDNA 3819*, 3846*
– Nebenniere 3820*, 3854*
– P-ANCA (Myeloperoxidase) 3873*
– P-ANCA 3826*, 3853*
– Parietalzellen 3821*, 3847*
– Ribonukleoprotein (RNP) 3859*
– Schilddrüsenperoxidase 3816*, 3843*
– Skelettmuskulatur (SkMA) 3822*, 3848*
– Sm-Antigen 3860*
– Speichelgangepithel 3823*, 3849*
– Spermien 3824*, 3850*, 3875*
– Thrombozytenantigene 3995*, 3996*
– Thyreoglobulin 3825*, 3852*, 3876*, 3885*
– Thyroperoxidase 3816*, 3843*, 3871*

– TSH-Rezeptor 3879*
Antikörperdifferenzierung 3989*, 3992*
Antikörpersuchtest 3987*, 3988*, 3990*, 3991*
Antimykotika, chromat. Untersuchung 4204*
Antistaphylolysin 4230*, 4246*
Antistreptodornase 4295*, 4296*
Antistreptolysin ASL 3523*
ASL 3523*
Antithrombin III ..... 3930* f.
Antroskopie 1456
Anus praeter
– Anlegen 3206, 3210
– Verschluss 3208
– Unterweisung des Patienten 3211
Anwendungsbereich der GOÄ ..... § 1 Abs. 1
Aorta
– CT 5375*
– Kontrastmitteleinbringung 357
– MRT 5715*
– Serienangiographie ..... 5300* f.
Aortenaneurysma, Operation 2827
Aortenkatheter, beim Neugeborenen 283
AP 3587.H1*
Apolipoproteine 3725*
Aphasie 830
Apparate, Kosten der Anwendung ..... § 4 Abs. 3
Appendektomie 3200
Appendix-Kontrastdarstellung 5161*
Applanationstonometrie 1256
Apraxie, Prüfung 830
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 70
Arsen 4191*
Arterie
– Embolisation 5357*
– Entnahme zum Gefäßersatz 2807
– perkutane transluminale Dilatation 5345*
– rekonstruktive Operation 2820, 2835
– Unterbindung oder Naht 2801
– Verletzung im Extremitätenbereich 2809
Arteriendruckmessung
– am freigelegten Gefäß 2804
– blutig 648*
– Doppler-sonographisch 643*
Arterienpulsschreibung 638*
Arterienpunktion 250a
Arteriographie 5300*
Arteriovenöser Shunt
– Anlage 2895
– Beseitigung 2897
Arthrodese 2130
Arthrographie 5050*
Arthroplastik 2134
Arthroskopie 2196, 3300
Arthroskopische Operationen 2189
Arztbrief 75
Arzneimittel
– Einbringung i. parent. Katheter 261
– Kostenersatz ..... § 10
Arztbrief ..... 75 f.
– Porto ..... § 10
Aspergillus
– Agglutination 4705*
– Antikörper 4421*, 4425*
Assistenz 61, 62
Aszitespunktion 315
Atemgrenzwert, Bestimmung 608*
Atemgymnastik 505*
Atemstoßtest 608*
Atemtest
– Analytische Auswertung 3783*A
– 13C Harnstoff ..... A 619
– H2 ..... A 618
Atemwegswiderstand 603, 604
Artherektomie 5355*
Attest 70, 80
AU-Bescheinigung 70
Audioelektroenzephalographie 828, 1408
Audiometrie 1403
Aufbauplastik der Mamma 2415
Aufwachphase, ambulante Operationen 448
Augapfel
– Entfernung 1370
– Entnahme bei einem Toten 104
Auge
– Analyse des Bewegungsablaufs 1218
– Fremdkörperentfernung 1275
– Fremdkörperlokalisation 1250
– künstliches 1271
– Sonographie 410
Augenhintergrund,
– binokulare Untersuchung 1242
– Fluoreszenzuntersuchung 1248
Augenhöhle
– Fremdkörperentfernung 1283
– operative Ausräumung 1373
– Punktion 304
– Rekonstruktion 1290
– Tumorentfernung 1283
Augenhöhlenphlegmone, Operation 1292
Augeninnendruck

– Messung 1255
– operative Regulierung 1358
Augenlid
– Plastik 1310
– Rekonstruktion 2443
Augenmuskel, Operation 1330
Augenvorderkammer
– Eröffnung 1356
– Glaskörperentfernung 1384
Auraminfärbung 4515*
Auskünfte durch Praxispersonal 2
Auslagen ..... § 3, § 10
Auslagenersatz, Nachweispflicht ..... § 12 Abs. 2
Ausscheidungsurographie 5200*
Auswurffraktion des Herzens 5420*, 5472*
Autogenes Training ..... 846 f.

B

Badekur, Planung und Leitung 77
Badeverfahren ..... 531* ff.
Bakterielle Toxine, Nachweis 4542*
Bakterien
– Agglutination 4504*, 4576*
– Empfindlichkeitsprüfung ..... 4610* f.
– Gewebekultur ..... 4530* f.
– Identifizierung ..... 4545* f.
– Keimzahlbestimmung ..... 4605* f.
– lichtmikroskop. Untersuchung ..... 4506* f.
– Nativuntersuchung ..... 4500 f.
– Untersuchng durch Phagentypisierung 4578*
Bakterienantigene
– Antikörper ..... 4220* f.
– Nachweis mittels Ligandenassay ..... 4561* ff.
Bakterienkulturen ..... 4530* ff.
– Hemmstoff-Nachweis 4607*
– Keimzahl 4605*, 4606*
Bakteriologische Untersuchungen ..... 4600* f.
Ballondilatation Pankreasgangstenose .... 706 analog
Ballonsondentamponade 703
Balneo-Foto-Therapie ..... 566* analog
B-Mode Echokardiographie 423
Band
– plastischer Ersatz 2104
– primäre Naht oder Reinsertion 2105
Bandruptur
– Akromioklavikulargelenk 2224
– Daumengrundgelenk 2105
– Kniegelenk 2104
– Sprunggelenk 2106
Bandscheibe, Nukleotomie 2279, 2281
Bandscheibenvorfall, Operation 2282, 2283
Barbiturate 4153*
Bartholini-Zysten, Marsupialisation 1141
Basaliom
– chemo-chirurgische Behandlung 757
– Strahlenbehandlung 5600*
Basistarif ..... § 5 b
Bauchhöhle
– endoskopische Untersuchung 700
– Eröffnung 3135
– Punktion 307
Beatmung 427
Becksche Bohrung 2346
Becken
– CT-Untersuchung 5372*
– MRT-Untersuchung 5720*
– Röntgen Übersicht 5040
Beckenbodenplastik 1126
Beckenfraktur, Reposition 2329
Beckenkamm, Punktion 311
Beckenosteotomie 2148, 2165
Beckenteilaufnahme ..... 5030* f.
Beckenübersicht 5040*
Befundbericht 75
Befundübermittlung
– durch Arzt 1
– durch Praxispersonal 2
Begleitung zur stat. Behandlung
– psychisch Kranker 833
– somatisch Kranker 55
Begutachtung, humangenetisch 80, 85
Behandlungsplan, PDT Haut ..... 5800* analog
Behandlungsplan, Chemotherapie u. Nachsorge ... 78
Beinlappenplastik 2395
Beistand (Assistenz) 61
Beinvenen, Thrombus-Expression 763
Belastungs-EKG 652
Benzodiazepine 4154*
Beratung
– Bezugsperson 4
– psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher 817
– einfache 1
– eingehende 3
– Erörterung, lebensverändernde, bedrohliche Erkrank. 34
– humangenetisch 21
– in Gruppen 20
– Schwangerschaftskonflikt 22
Berechnung intraokulare Linse ..... A 7016

Berichte ..... 70 ff.
Bescheinigung, kurze 70
Besprechung mit dem Psychotherapeuten 865
Bestimmung Sehhilfe ..... A 7006
Bestrahlungsplanung 5800*, 5810*, 5831*
Bestrahlungsplanung PDT Auge ..... 5800* analog
Bestrahlungsplanung Prostata Seeds .. 5840* analog
Besuch
– durch Arzt mit Beratung u. Untersuchung 50
– durch Praxismitarbeiter 52
– auf Pflegestation 48
– neben Leichenschau § 8, Beschluss BÄK
– Reiseentschädigung ..... § 9
– Wegegeld ..... § 8
– Weitere Kranke derselben sozialen Gemeinschaft 51
– Wegegeld und Reiseentschädigung ..... § 7
Beta-2-Glykoprotein II (C3-Praktivator) 3745*
Beta-2-Mikroglobulin 3754*
Betreuung
– Beobachtung, postoperativ 448, 449
Beugesehne, Naht 2073
Bewegungsübungen 510
Bezugsperson
– eingehende Unterweisung bei psychisch krankem Kind 817
– Unterweisung 4
Biliodigestive Anastomose 3188
Bilirubin
– direkt 3582
– im Fruchtwasser 3775
– gesamt 3581
Billroth-Operation 3145
Bilobektomie 2998
Bindegewebsmassage 523*
Bindehaut
– Ätzung 1313
– Fremdkörperentfernung 1275
– Injektion 1320
– Naht 1325
Bindehautsack, plast. Wiederherstellung 1319
Binet-Simon-Test 856
Binokularer Sehakt, Prüfung 1216
Binokularmikroskopie des Trommelfells 1415
Bilddokumentation von Muttermalen ..... 612 analog
Biofeedback 846
Biographische Anamnese
– kinderpsychiatrisch 807
– neurosenpsychologisch 860
Biomorphometrische Untersuchung ..... A 7011
Biopsie, endoskopisch, im Magen-Darm-Trakt ... 695
Bird-Respirator zur Inhalationstherapie 501*
Blasendruckmessung 1794
Blasenhalsschlitzung ..... 1777 analog
Blasenmole, Ausräumung 1060
Blasensteinzertrümmerung 1800
Blasentumor 1801
Blei 4192*
Blinkreflex, Messung 829
Blut im Stuhl 3500*, 3650*
Blutadergeschwulst 2885
Blutalkohol 4207*, 4211*
Blutausstrich, Differenzierung 3680*
Blutaustauschtransfusion 287
Blutbild 3550*
Blutdruck
– blutige Messung 648
– gesteuerte Senkung 480
– Langzeitmessung 654*
Blutegelbehandlung 747
Blutentnahme
– Arterie 251
– Eigenblut 288
– beim Feten 1012
– beim Kind (kapillar) 250a*
– bei einem Toten 102
– Nabelschnur ..... 1014 analog
– transfemoral aus der Nierenvene 262
– Vene 250*
Blutgasanalyse 3710*
– beim Feten 1013
Blutgefäß
– Druckmessungen 2804
– Flussmessungen 2805
– Unterbindung 2801
Blutgruppenmerkmale ..... 3980* f.
Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BSG) 3501, 3711
Blutleere 2020
Blutregelbehandlung 747
Blutsenkung 3501*, 3711*
Blutstatus, vollständiger ..... 3550* f.
Blutstillung
– Mund-Kieferbereich 2654
– nach Tonsillektomie 1501
– Nase 1435
– postpartal 1042
– uterin 1082
– vaginal 1081
Bluttamponade der Harnblase 1797

Blutungszeit 3932
Blutzucker 3514*, 3560*
Blutzuckertagesprofil 3611*
Bobath-Therapie ..... 725 f.
Bodyplethymographie 610*, 612*
Bohrlochtrepanation 2515
Bordetella pertussis-Antikörper 4151*, 4263*
Borrelia burgdorferi-Antikörper 4220*, 4236*, 4252*, 4264*, 4286*
Boyden-Test 3885*
Brachytherapie der Prostata mittels Seeds ..... 5846* analog
Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden 5840*
Brain-Mapping 827
Break-up-time, Messung 1209
Brief ärztlichen Inhalts 75
Brillen, Prüfung von 1207
Bronchialanästhesie 489
Bronchialer Provokationstest 397
Bronchographie 5285*
– Kontrastmitteleinbringung 368
Bronchoskopie 677
Bronchotomie 3000
Brucellen
– Antikörper 4221*, 4237*
– Phagentypisierung 4578*
Bruchoperation 3280
Brustbein, Einrichtung 2326
Brustdrüse
– Absetzen 2411
– Aufbauplastik 2415
– Reduktionsplastik 2414
– Ultraschalluntersuchung 418
Brusthöhle, Eröffnung 2990
Brustkorbdeformität 2960
Brustwandseite, OP Stabilisierung 2334
Brustwandteilresektion 2956
Brustwarze, Operation 2417
BSG 3501*, 3711*
Bühler-Hetzer-Test 856
Bülau-Drainage 2970
Bulbushypotonie ..... A 7020
Bulboskopie 684, 691
Bypassoperation
– arteriell 2389
– Koronararterien 3088
– venös 2888

C

C1-Esteraseinhibitor 3964*, 3965*
C3-Proaktivator 3745*
Ca 125 ..... 3900*
Ca 15–3 ..... 3901*
Ca 19–9 ..... 3902*
Ca 50 ..... 3903*
Ca 72–4 ..... 3904*
Cadmium 4193*
Calcitonin 4047*
Calcitriol 4139*
Calcium 3555*
CAMP 4048*
– Test 4546*
Campylobacter
– Agar 4539*
– Antikörper 4222*, 4238*, 4275*, 4287*
Candida albicans-Antikörper 4415*, 4418*, 4422*, 4426*
Candida-Agglutination 4706*
Cannabinoide, Ligandenassay 4155*
Carbamazepin, Ligandenassay 4156*
Carboxyhämoglobin 3692*
Cardiolipin
– KBR 4283*
– Mikroflockungstest 4232*
Carnitin im Seminalplasma ..... 3776* analog
Carcinoembrionales Antigen (CEA) 3905*
Cauda equina, Operation ..... 2571 ff.
CEA (Carcinoembrionales Antigen) 3905*
Cell-Saver ..... 791 analog
Cerclage 1129
– Entfernung 1131
Chassaignac-Syndrom, Einrenkung 2226
Check-up-Untersuchung 29
Chemical Peeling ..... 755 analog
Chemo-chirurgische Behandlung 756
Chemonukleolyse einer Bandscheibe 2279
Chinidin 4157*, 4201*
Chirotherapeutischer Eingriff ..... 3306 analog
Chir. Maßnahmen am Hängeapparat der Linse .. A 7026
Chlamydia psittaci-Antikörper 4276*
Chlamydia trachomatis-Antikörper 4253*, 4256*, 4277*
Chlamydien
– Schnelltest ..... 4504* analog
Chlorid 3556*
Chloroformresistenz 4665*
Choanalpolypen 1440, 1441

Choanenverschluss 1458
Cholangiographie 5170*
– endoskopisch-retrograd 370, 692, 5170*
Cholangiojejunostomie 3188
Cholangiomanometrie 3122
Cholangiostomie, perkutan (PTC) 3187
Choledochoskopie, intraop. 3121
Choledochusrevision 3187
Cholesteatom-Operation 1601
Cholesterin 3562*
– HDL 3563*
– LDL 3564*
Cholezystektomie 3186
Cholinesterase (CHE) 3589*
Chlorid 3556*
Chordotomie 2560
Chorionzottenbiopsie ..... A 1157
Chrom 4194
Chromatin-Bestimmung 4870
Chromosomenanalyse 4872
Chromo-Zystoskopie 1789
Chronaxie, Bestimmung 829, 840
Chronisch Kranker, ambulante Betreuung 15
Chymotrypsin im Stuhl 3787*
Cineangiographie ..... 5324* f.
Citrat 3776*
Clearance
– Amylase 3610*
– Kreatinin 3615*
Clearance, nuklearmed. Bestimmung 5444*
Clostridin-Toxine 4590*, 4596*
Clostridium difficile 4539*
Cocainmetabolite 4158*
Coeruloplasmin 3740*
Compliance, Bestimmung (Lunge) 611*
Computertomographie 5369
– als SPECT ..... 5486* f.
– zur Bestrahlungsplanung 5378*
– zur Osteodensitometrie 5380*
Condylomata acuminata 756
Coombs-Test, indirekter ..... 3985* f.
Corneoskleralfäden, Entfernung 1279
Coronaviren-Antikörper 4366*
Corticotropin (ACTH) 4049*
Cortisol 4020*, 4093*
Coxiella burneti, Antikörper 4254*
C-Peptid 4046*
C-reaktives Protein (CRP) 3524*, 3741*
Creatinkinase (CK) 3590*
– MB (CK-MB) 3591*, 3788*
CRF-Test 4094*
Crossektomie 2883
CRP (C-reaktives Protein) 3524*, 3741*
Crutchfield-Zange, Anlegen 2183
Cryptococcus neoformans-Agglutination 4707*
CTG 1002
CT-Untersuchungen ..... 5369 ff.
Cyclosporin 4185*
Cyfra 21–1, Tumormarker 3906*
Cystein 3762*
Cystin 3762*

D

Dachziegelverband 201
Dämmerungssehen 1235
Dammriss
– alt 1120
– Versorgung 1044
Darm
– hoher Einlauf 533
– Operationen 3165
Darmbad, suaqual 533
Darmbeinknochen 2266
Darmmobilisation 3172
Darmperforation, Naht 3144
Darmwandperforation 3144
Dauerkatheter, Einlegen 1732
Dauertropfinfusion ..... 274 ff.
Daumen
– Amputation 2170
– plastischer Ersatz 2054
Daumengrundgelenk, Bandnaht 2105
Defäkographie 5167*
Defibrillation 430
Dekompensation, psychische 812
Dekortikation der Lunge 2975
Delta-Aminolaevulinsäure 3789*, 4120*
Delta-Antigen-Antikörper 4405*
Denervierung von Gelenken ..... 2120 f.
Denver-Skala 715
Dermafett-Transplantat 2385
Dermatoskopie 750
Desault-Verband 204
Desensibilisierung 263
Desinfektionsmittel, Kostenersatz ..... § 10
Dexamethasonhemmtest ..... 4097* f.
DHEAS 4038*
DHEAS 4037*
Diabetiker-Schulung 33

Diaphanoskopie 1414
Diaphragma-Hernie, OP 3280
Diasklerale Durchleuchtung 1243
Diätplan 76
Dichtegradientenisolierung 4003*
– von Spermien 1114
Dickdarmdoppelkontrast Untersuchung 5166*
Dienstunfähigkeitsbescheinigung 70
Differentialblutbild
– mechanisiert 3541*
– mikroskop. 3680*
Sonograph. des fetomaternalen Gefäßsystems ..... 1008 analog
Differenzierende Analyse der Augenstellung .. A 7024
Diffusionskapazität 615
Digitale Mastdarmausräumung 770
Digitale Radiographie, Zuschlag 5298*
Digitaluntersuchung des Mastdarms 11
Digitoxin 4161*
Digoxin 4162*
Dilatation Anastomosenstenose ..... 780 analog
Diniertest 3937*, 3938*
Diskographie ..... 5260* ff.
– Kontrastmitteleinbringung 372
Distraktor Behandlung 2273
Divertikel
– epiphrenisches 3129
– Zenker 3126
DNAse-Test 4546*
Dopamin, Chromatographie 4072*
Doppler-Echokardiographie 424
– farbcodiert 406, 424
Doppelkontrastuntersuchung 5150*
Doppler-Sonographie,
– Extemitätenarterien, bidirektional 644*
– Extermitätenarterien, unidirektional 643*
– Extremitätenvenen, bidirektional 644*
– Extremitätenvenen, unidirektional 643*
– Frequenzspektrumanalyse 404
– hinrversorgende Gefäße 645*
– Penisgefäße 1754
– Skrotalfächer 1754
– transkraniell 649
Douglas-Abszess, Eröffnung 1136
Douglaspunktion 316
Drahtaufhängung, oro-fazial 2696
Drahtextension 218
Drahtfixation, perkutan 2347, 2349
Drahtligatur, im Kieferbereich 2697
Drahtstiftung 2060, 2062
– Entfernung 2061, 2063
Drahtumschlingung des Unterkiefers 2696
Drainage
– Redon 2015
– transhepatisch 5361*
– Spülung 2093
Drei-in-eins-Block ..... A 496
Drogen Bestimmung 4151*
Ducuts Botalli, Operation 2824
Dünndarm
– Kontrastmitteleinbringung 374
– Anastomose 3167
– Kontrastuntersuchung 5163*
– Saugbiopsie 697
Duodenalsaft, Ausheberung 672
Duodenoskopie 684, 685
Duplex-Sonographie, Zuschlag 401
Dupuytrensche Kontraktur ..... 2087 ff.
Durchleuchtungen 5295*
Dysgnathie 2640, 2642

E

E. coli
– Agglutination 4573*
– coli-Antigen 4521*, 4562*
– coli-Toxin 4591*
EBV-Antikörper ..... 4311* f.
Echinokokken-Antikörper 4430*, 4435*, 4456*
Echoenzephalographie 669
Echokardiographie
– eindimensional 422
– zweidimensional (B-Mode) 423
– Fetus ..... 1007 analog
EEG 827
Eigenblutinjektion 284
Eigenblutkonserve
– Blutentnahme 288
– Reinfusion 286, 286a
Eignungsuntersuchung zur Trainingstherapie .. 842 A
Eileiter
– Durchblasung 1112
Eingeklemmter Bruch, Zurückbringen 3282
Einmalartikel, Kostenersatz ..... § 10
Einrenkung von Luxationen ..... 2200 f.
Einrichtung gebrochener Knochen 2320
Einschwemmkatheter mittels Swan-Ganz-Kath. 630, 632
Eipol-Lösung 1096
Eisen

– Serum 3620*
– im Urin 4130*
Eiweißuntersuchung (Liquor, Gelenk, Pleurapunktat) ..... A 3757
Eizellkultur bei IVF 4873*
Eizell-Spermien-Kulturen ..... 4873 analog
EKG ..... 650 ff
– Spätpotential ..... A 658
EKG-Monitoring 650*
Ektropium, plast. Korrektur 1304
Elastase
– Granulozyten 3791*, 3792*
Elektrodefibrillation des Herzens 430
Elektroenzephalographie 827
– Brain Mapping 827
– Langzeit-EEG 827a
– Schlaf-EEG 827
– Video-EEG 827
Elektroglottographie 1557
Elektrokardiographie (EKG) 650*
– Belastungs-EKG 652
– hochverstärkt Oberflächen-EKG ..... A 658
– intrakavitär 656
– Langzeit- 659*
– Monitoring 650*
– Ösophagusableitung 655
– Spätpotenzial-EKG ..... A 658
– telemetrisch 653*
– vektorkardiographisch 657*
Elektrokardioskopie im Notfall 431
Elektrokrampftherapie 837
Elektrolyte ..... 3710* ff.
Elektromyographie
– Augenmuskeln 1260
– Nadelelektroden ..... 838 f.
– Oberflächenelektroden ..... 838 f.
Elektroneurographie
– motorisch 832
– motorisch mit EMG 839
– sensibel mit Nadelelektroden 840
– sensibel mit Oberflächenelektroden 829
Elektronystagmographie 1413
Elektrookulographische Untersuchung (EOG) ... 1237
Elektrophorese ..... 3735* f.
– Serumproteine 3574*
– Urinproteine 3761*
Elektroretinographische Untersuchung (ERG) ... 1237
Elektrostimulation bei Lähmung 555*
– des Herzens 430
– des Herzens, permanenter Schrittmacher 3095
– des Herzens, temporärer Schrittmacher 631
Elektrostimulator, Implantation bei Skoliose oder Pseudarthrose 2291
Elektrotherapie ..... 548* ff.
Elektrotonographie 1257
Elektrisch induziertes Kammerflimmern .. 430 analog
Embolektomie
– intrakraniell 2530
– kardial 3075
– pulmonal 2994
Embolisation
– Arterie 5357*
– transpenil 1759
– Vene 5359*
Embryotransfer ..... 1114 analog
Emmert-Plastik, Nagel 2035
Emmisions-Computer-Tomographie 5486*
Empfindlichkeitsprüfung
– Bakterien ..... 4610* f.
– Pilze ..... 4727* f.
Enddarm
– Ätzung 768
– Infrarotkoagulation 699
– Kryochirurgie 698
Ender-Nagelung 2351
Endgrößenbestimmung, Skelettalter 5037*
Endobronchiale Behandlung 1532
Endodrainage, Anlage 3205
Endoprothese
– ersatzlose Entfernung 2167
– Hüftgelenk ..... 2149 ff.
– Kniegelenk ..... 2153 f.
– Wechsel 2150, 2154
Endoskopie
– Amnioskopie 1010
– Antroskopie 1466
– Bronchoskopie 677
– Bulboskopie 684
– Choledochoskopie 3121
– Duodenoskopie 685
– ERCP 692
– Fremdkörper-Entfernung, Oesophagus 681
– Gastroskopie 682
– Hysteroskopie 1110
– Koloskopie 687
– Kolposkopie 1070
– Kuldoskopie 1158
– Laparoskopie ..... 700 f., 1155 f.
– Laryngoskopie 1530, 1533
– Lasereinsatz 706

– Mediastinoskopie 679
– Nasenrachenraum-Endoskopie 1418
– Nephroskopie 700
– Ösophagoskopie 680
– Pelviskopie 1155
– Proktoskopie 705
– Pyeloskopie, transkutan 1852
– Rektoskopie 690
– Sigmoidoskopie 689
– Stroboskopie 1416
– Thorakoskopie 677
– Ueterorenoskopie 1827
– Urethroskopie 1712
– Vaginoskopie bei Virgo 1062
– Zystoskopie 1785
Entamoeba histolytika-Antikörper .....4432*, 4440*, ...4448*, 4457*, 4465*
Entbindung 1021
Enterostomie 3206
Entfernung Tamponaden, n. Nase- od. NNH-OP ..... 1427 analog
Entlassungsbericht, Krankenhaus ..... A 72
Entlastungsinzision 2427
Entropium, plastische Korrektur 1304
Entwicklungs-Tests 856
Entwicklungsdiagnostik.....715 ff.
– sensomotorisch .....725 f.
Entzündungsherd, szintigraphische Suche 5465*
Enzephalozele, Operation ..... 2538 f.
Enzyme .....3774* ff.
Eosinophile Granulozyten 3686
Epidermisstücke, Transplantation 2380
Epiduralanästhesie .....471 ff.
Epidurales Hämatom, Operation 2502
Epikanthus, plast. Korrektur 1302
Epikondylitis, OP 2072, 2295
Epikutan-Test.....380 ff.
Epilation von Haaren ..... 742 analog
– Elektrokoagulation 742
– strahlentherapeutisch 5565*
– Wimpernhaare 1323
Epilepsiebehandlung, neuropsychiatrisch 816
Epilepsiepatient, Prächir. Überwachung .....827a analog, 839 analog
Episiotomie 1044
Epispadie.....1746
ERCP
– endoskopisch-retrograd 5170
– Kontrastmitteleinbringung 370, 692
Ergometrische Funktionsprüfung .....A 796
Erörterung
– bei lebensbedrohender Krankheit.....34
– konsiliarisch 60
Erstuntersuchung, Neugeborenes 25
Erythemschwellenwertbestimmung..... 761
Erythropoetin 4050*
Erythrozyten
– Enzyme 3790*
– Lebenszeit, nuklearmed. Bestimmung..... 5462*
– Morphologie i. Urinsediment 3532*, 3651*
– Verteilungskurve 3550*
– Zählung 3504*
Erythrozytenzählung 3504*
Erythrozytenzahl, Liquor 3669*
ESWL (Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie) ...1860
Ethanol 4207*, 4211*
Eustachische Röhre
– Insufflation 1589
– Katheterismus 1590
Event-Recorder EKG ..... 650 analog
Evozierte Hirnpotenziale, Messung 828
Exartikulation 2158
Exenteration des kleinen Beckens 1168
Exfoliativzytologie 4850*
Exophthalmometrie 1244
Exostosen-Abmeißelung 2295
Extensionsbehandlung
– Crutchfield-Zange 2183
– Extensionstisch.....516*
– Glissonschlinge 515*
– Haloapparat 2184
– kombiniert 514*
Externa (Salben, Crenes), Auftragen 209
Extrakorporale Stoßwellenlithitripsie 1860
Extrakorporale Stoßwellentherapie ..... 1800 analog
Extrakorporale Zirkulation 3050
Ektraktion
– Finger- oder Zehennagel 2033
– Harnleitersteine.....1815
– Linse, eingepflanzte 1353
– Linse, luxierte 1354
– Nachstars, des 1355
Extrathorakale Herzdruckmassage 429
Extrauterinschwangerschaft, Operation 1048
Exzision
Eysenck-Test 857

F

Fachgebietsbeschränkung ..... § 1
Fäden

– endoskopische Entfernung 3156
– Entfernung 2007
Fadenoperation nach Cüppers 1332
Farbsinnprüfung
– differenzierend 1228
– mit Anomaloskop 1229
– orientierend 1228
Farnkraut-Test 4052*, 4850*
Faszialisdekompression 1625
Fazialislähmung 2451
Faszie
– Exzision 2402
– Naht 2073
– plastische Ausschneidung 2064
Fehlgeburt
– instrumentelle Einleitung 1050
– operative Beendigung 1052
Feiertagsgebühr, Zuschlag ..... D
Feinstfokustechnik 5115*
Femoralhernie 3285
Fensterungsoperation 1620
Fernrohrbrille 1215
Ferritin 3742*
Fersenbeinbruch, Osteosynthese 2345
Fetalblutanalyse 1014
Fetalhämoglobin (HbF) 3689*
Fett
– Gewebe, OP Entfernung 2454
– Säuren 3726*
– schürze, Exstirpation 2452
Fibrinogen 3933*, 3934*
– Spaltprodukte 3935, 3936
Fibrinspaltprodukte ..... 3935* f.
Fibromatose, OP 2570
Filarien-Antikörper 4462*
Finger
– Amputation 2170
– Operation 2030
– Replantation 2053
– Röntgenuntersuchung 5010*
– Tumorexstirpation 2040
Fingergelenk
– Bandplastik 2105
– Drahtstiftung 2062
– Exartikulation 2158
– operative Eröffnung 2155
– Punktion ..... 300 f.
– Reposition 2205, 2210
Fingernagel 2034
– Ausrottung 2034
– Extraktion 2033
– Spangenanlage 2036
Fingerverlängerung, OP 2050
Fistel
– Kontrastmittel-Einbringung 370
– perianal 3220
– Röntgenuntersuchung 5260*
– Sondierung oder Katheterisierung 321
– Spaltung 2008
Fixateur extern, Anbringen 2273
Flügelfell 1321, 1322
Fluoreszenzangiographie am Augenhintergrund .1249
Fluoreszenzendoskopie ..... 1789 analog
Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom
..... 1890 analog
Fluorochrom-Färbung ..... 4515* f.
Flussvolumenkurve 605a*
Follitropin (FSH) 4021*
Folsäure 4140*
Fragebogentests 857
Freies Thyroxin 4023*
Freies Trijodthyronin (fT3) 4022*
Fremdanamnese 4
– Erhebung über psych. Kranken 835
Fremdkörperentfernung
– Augenhöhle 1283
– Augeninneres 1280
– Bindehaut 1275
– Bronchien 3000
– endoskop. bei Gastroskopie 3156
– Gehörgang 1569
– Gelenk 2118
– Harnblase ..... 1801 f.
– Harnröhre, männlich 1703
– Harnröhre, weiblich 1711
– Hornhaut 1275
– Kehlkopf 1528
– Kiefer 2651
– Knochen 2010
– Magen 3156
– Mastdarm 3238
– Mundhöhle oder Rachen 1508
– Nase 1427, 1428
– oberflächliche 2009
– Paukenhöhle 1569
– Scheide eines Kindes 1080
– Speiseröhre 681
– tief sitzende 2010
Frenulum
– Durchtrennung 1742

– plastische Operation 1741
Frequenzspektrumanalyse 404
Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie (Rauschfeld) ..... A 7012
Fruchtwasserentnahme 1111
Fructosamin 3722*
Früherkennungsuntersuchung
– Check-up 29
– Kinder 26
– Krebs bei Frauen 27
– Krebs bei Männern 28
Fruktose 3728*
FSH 4021*
FSME-Virus-Antikörper 4317*, 4344*
FTA-ABS-Test 4259*, 4270*
Fuchsbandwurm-Antikörper ..... 4430*, 4435*, ... 4456*, 4662*
Fundoplicatio 3280
Fundusfotografie 1252
Funktionelle Entwicklung, Untersuchung ..... 716 ff.
Funktionsdiagnostik, vegetativ 831
Funktionsprüfung, ergometrisch ..... A 796
Funktionsszintigraphie 5473*
Funktionstests 857
Furunkel, Exzision 2428
– Gehörgang, Spaltung 1567
Fuß,
– CT-Untersuchung 5373*
– Exartikulation 2159
Fußblock (Drei-in-eins-Block) ..... A 496
Fußmissbildung
– Operation 2067
– Redressment ..... 3301 f.
Fußplattenresektion 1623

G

Galaktographie 5260*
– Kontrastmitteleinbringung 370
Gallenblase
– Extirpation 3186
– Kontrastuntersuchung 5170*
Gallengang, Drainage 692a
Gallengänge, OP 3187
Gallensäure 3777*
Gametentransfer, intratubar 1114
Gamma-GT 3513*, 3592*
Ganglion
– Gasseri, Ausschaltung 2597
– Fingergelenk 2052
– Hand- oder Fußgelenk 2051
– Punktion 303
– Schädelbasis 2600
Ganzkörperplethysmographie 610*, 612*
Ganzkörperstatus 8
Gasanalyse 615*
Gastric Inhibitory Peptid (GIP) 4064*
Gastrin 4051*
Gastroenterostomie 3158
Gastrokamera 676
Gastroschisis 3287
Gastroskopie 682
– als Video-Endoskopie ..... 682 f.
– Lasereinsatz 706
– mit Varizensklerosierung 691
Gastrotomie 3150
Gaumen, Verschluss 2625, 2627
Gaumenmandeln, kons. Behandlung 1498
Gaumenmandeln, Resektion 1499
Gebärmutter
– Abrasio 1104
– Antefixation 1147
– Aufrichtung 1049
– Exstirpation 1138
– Lageverbesserung durch Ringeinlage 1088
– Myomenukleation 1137
– operative Reposition 1095
– Tamponade 1082
Gebärmutterhöhle, Gewinnung Zellmaterial 1105
Gebrauchsakkomodation, Messung 1203
Gebrauchsschulung von Prothesen 518*
Gebühren ..... § 4 ff.
Gebührenrahmen ..... § 5 Abs. 2
– Bemessungskriterien ..... § 5 Abs. 2
– Hinweispflicht bei Rechnungslegung ... § 12 Abs. 3
– Überschreiten des Schwellenwertes ..... § 5 Abs. 2
Gebührensatz ..... § 5
– Punktwert und Punktzahl ..... § 5 Abs. 1
Geburt, Leitung 1022
Gefäßendoskopie 686
Gehgipsverband 231
Gehirn, Teilresektion 2535
Gehörgang
– Ätzung 1578
– Atresie, Herstellung des Gehörgangs 1596
– Fremdkörperentfernung 1569
– Furunkelspaltung 1567
– Kauterisation 1580
– Operationen 1568
– plastische Herstellung 1596

– Polypentfernung 1586
– Rekonstruktion 1621
– Zeruminalpfropf-Entfernung 1565
Gelenk
– Arthroplastik 2134
– Bandnaht oder Bandplastik 2104
– Chirotherapie 3306
– Drainage 2032
– endoprothetischer Ersatz 2140
– endoskopische Untersuchung 3300
– Exartikulation 2158
– Fixierung mittels Drahtstiftung 2060, 2062
– Fremdkörperentfernung 2119
– Injektion 255
– Kapselnaht 2100
– mobilisierende Behandlung 3305
– Mobilisierung in Narkose 2181
– Punktion ..... 300 f.
– Reposition 2200
– Resektion ..... 2122 f.
– Synovektomie ..... 2110 ff.
– Versteifung ..... 2130 ff.
Gelenkpunktat (Synovia) ..... 3508*, 3660*, A 3757*
Gerinnungsfaktoren ..... 3939* ff., 3956*
Geruchs-oder Geschmacksprüfung 825
Gesamt-IgA 3571*
Gesamt-IgE 3572*
Gesamt-IgG 3571*
Gesamt-IgM, ... 3571*
Gesamt-Porphyrine 4121*, 4122*
Gesamt-Protein (Serum/Plasma) 3573*
Geschwulst, Exzision 2403
Gesichtsnarbe, OP Korrektur 2441
Gesichtsspalte, plast. chir. Behandlung 2622
Gesundheitsuntersuchung 29
Gewebeklebstoff, Kostenersatz ..... § 10
Giemsafärbung 4510*
Gifte, exogene 4209*, 4210*, 4212*, 4213*
Gilchrist-Verband 204
Gips
– Abdruck oder Modellherstellung 3310
– Gipsbett 240
– Gipsfixation z. Verband 208
– Gipsschienenverbände 228, 237
– Gipstutor 230
Gipsverband
– Abnahme 246
– Änderung 247
– zirkulärer 230
Glaskörperchirurgie 1368
Glaskörperstrangdurchtrennung 1383
Glaukom, OP 1261, 1382
GLDH 3593*, 3778*
Gleichgewichtsprüfung 826, 1412
Glissonschlinge 515*
Glucagon 4052*
Glukose 3514*, 3560*
Glukose, Blutzucker-Tagespofil 3611*
Glukose-Toleranztest, intravenös 3612*
– oral 3613*
Glutamatdehydrogenase 3593*
Glykierte Hämoglobine 3561*
Glykierte Proteine 3721*
Gold i. Serum 4195*
Gonioskopie 1241
Goniotrepanation 1382
Gonokokken
– Agglutination 4576*
– Antikörper 4279*
– DNA-Sonden (Hybridisierung9 ..... 4785*
– Nucleinsäure-Amplifikation (PCR) 4783*
GOT 3515*, 3594*
GPT 3516*, 3595*
Gramfärbung 3510*, 4511*, 4553*
Granulozytenfunktionstest 3693*, 3695*
Grauer Star, Operation 1348, 1374
Grenzstrang
– Blockade ..... 497 f.
– Resektion 2601, 2602, 2603
Großhirntumor, Extirpation 2527
Grundumsatzbestimmung ..... 665* f.
Gummifingerlinge, Kostenersatz ..... § 10
Gutachten 85
Gutachtliche Äußerung, schriftlich 80, 85
Guthrie-Test 3758*

H

H2-Atemtest ..... A 618
Habituelle Patellaluxation ..... 2235 (M)
Habituelle Schulterluxation 2220
– Rotationsosteotomie 2252
Halo-Extension 2184
Hals
– Fistel 2752, 2754
– Krawattenverband 204
– Rippe 2952
– Wirbelbruch 2183, 2323
– Zyste 2752, 2754
Halsvorrichtung im Kieferbereich 2700

Hallux-valgus 2295
Hallux-valgus-Operation ..... 2295 ff.
Halo-Extension, Anlegen 2184
Halsfistel, Exstirpation 2752, 2754
Halskrawattenverband 204
Halsrippe 2952
Halswirbelbruch, konservative Behandlung 2183, 2323
Halszyste, Exstirpation 2752, 2754
Haltevorrichtung im Kieferbereich ..... 2700 ff.
Hämangiom 2585
Hämapherese 792
Hämatokolpos 1061
Hämatokrit 3503
Hämatom
– intrakraniell 2502
– Punktion 303
Hämatometra 1099
Hämatothorax
– Ausräumung 2976
– Drainage 2970
Hammer-Amboss-Extraktion 1588
Hammerzehe 2080
Hämodialyse
– ärztliche Betreuung 790
– Shuntanlage 2895
Hämofiltration, ärztliche Betreuung 790
Hämoglobin 3517, 3550
– Blutgasanalyse 3710
– Fetal-Hämoglobin (HbF) 3689*
– freies 3690*
– Glykierte 3561*
– Elektrophorese 3691*
Hämolysine 3994*
Hämopexin 3746*
Hämophilus influenzae-Agglutination, b-Antigen 4501*
Hämorrhoiden
– Ligatur 766
– Operation nach Milligan-Morgan 3241
– Reposition 3230
– Sklerosierung 764
Hammer-Amboss-Extraktion 1588
Hammerzehe, Stellungskorrektur ..... 2080 f.
Hand
– Missbildung 2067
Handwurzelknochen
– Ersatz durch Implantat 2268
– Resektion 2263
Haptoglobin 3747
Harnblase
– Anästhesie 488
– Ausräumung einer Bluttamponade 1797
– Divertikeloperation 1804
– endoskopische Untersuchung 1785
– Exstirpation 1808
– Katheterisierung 1728, 1730
– manometrische Untersuchung 1793
– operative Bildung 1807
– operative Eröffnung 1801
– Punktion 318
– Spülung 1729, 1731, 1733
– Tonographische Untersuchung 1791
– transurethraler Eingriff 1802
– Tumorentfernung 1805
– Verweilkathetereinlage 1732
Harnblasenfistel
– Katheterwechsel ..... A 1833a
– operative Anlage 1796
– perkutane Anlage 1795
Harnblasenhals-Resektion 1782
Harnblasensteine
– endoskopische Entfernung 1800
– operative Entfernung 1817
Harnblasenverletzung 1723
Harninkontinenz
– Implantation eines künstlichen Schließmuskels 1781
– Operation nach Marshall-Marchetti 1780
Harnleiter
– Bougierung 1814
– endoskopische Untersuchung 1827
– Freilegung 1829
– plastische Operation 1825
– Segmentresektion 1819
– Sondierung 321, 1790
– Verpflanzung 1823
Harnleiterostium, Schlitzung 1815, 1816
Harnleiter
– operative Entfernung 1817
– Schlingenextraktion 1815
– transkutane Pyeloskopie 1853
– Ureterorenoskopie 1827
Harnröhre
– Anästhesie 488
– Dehnung 1701, 1710
– endoskopische Untersuchung 1712
– Fremdkörperentfernung 1703, 1711
– Kalibrierung 1708
– Schlitzung unter Sicht ..... A 1716

– Spülung 1700
Harnröhren–
– divertikel 1724
– fistel, Verschluss 1721
– mündung, Tumorentfernung 1714
– striktur, plastische Operation 1724
– striktur, Spaltung nach Otis 1715
– striktur, Spaltung nach Sachse ..... A 1716
– Verletzung 1723
Harnsäure 3518*, 3583*
Harnsteine, Übersicht 1800
Harnsteinanalyse 3672*, 3673*
Harnstoff 3584*
– Atemtest 13C-Harnstoff ..... A 619*
– Serum-Teststreifen 3511*
Hartmann-Op 3169
Haus-Baum-Mensch-Test 857
Hauptleistung ..... § 4 Rz 5.2
Haut
– Allergietestung ..... 385 ff.
– chemochirurgische Behandlung 756
– Defekt 2380
– Expander, Auffüllung 265a
– Expander, Implantation 2396
– Fädenentfernung 2007
– Fräsen 743
– Fremdkörperentfernung 2009
– Funktionsproben 759
– hochtouriges Schleifen 755
– Kauterisation 746
– Kryotherapie 740
– Photochemotherapie 565
– Phototherapie 566
– Skarifikation 748
– Stanzen 744
– theromographische Untersuchung 623
– Untersuchung 7
– UV-Bestrahlung 560
– Verschorfung 741
Hautläsion (PDD) ..... A 5442
HAV
– Antigen 4641*
– Antikörper 4382*, 4383*
HAWIE 856
HbA1, HbA1c 3561*
HBDH 3596*
HBV
– Antigen 4642*, 4643*
– Antikörper ... 4380*, 4382*, 4393*, 4402*, 4403*
HCG 4024*, 4053*
– Schwangerschaftstest 3528*, 3529*
– Test 4103*
HCl 3662*, 4100*
HCV-Antikörper 4406*, 4408*
HDL-Cholesterin 3563*
Heidelberger Kapsel 676
Heimdialyse 790
Heißluftbehandlung 535*
Heißpackung 530*
Helicobacter pylori 4525*
Hellbrügge-Tafeln 716
Hemikolektomie 3169
Hemilaminektomie 3169
Heparin 3945*
Hepatitis A-Virus, Ligandenassay 4641*
Hepatitis B-Virus, Ligandenassay 4642*, 4643*
Herzkatherismus ..... 628 f.
Heringswurm-Antikörper 4462*
Hernie
– Operation 3280
– Reposition bei Einklemmung 3282
Herz
– Bypass-Operation 3088
– Divertikelentfernung 3076
– Fremdkörperentfernung 3075
– Katheteruntersuchung ..... 5315* f.
– Klappenoperation 3085
– Kontrastuntersuchung 5335*
– Transplantation 3087
– Tumorentfernung 3076
Herzbeutel
– operative Maßnahmen 3065
– Punktion 310
Herzfehler 3068
Herzfunktionsdiagnostik, szintigraphisch 5420*
Herzkammerscheidewanddefekt 3077
Herz-Lungen-Maschine 3050
– Überwachung 3055
Herzmassage
– extrathorakal 429
– intrathorakal 2991
Herzmuskel
– Biopsie 3067
– Verletzung 3071
Herzrhythmusstörungen, operative Korrektur ... 3091
Herzschrittmacher
– Aggregatwechsel 3096
– Elektrodenwechsel 3097
– Entnahme bei einem Toten 107
– Implantation 3095

– Impulsanalyse 661
– Temporärer H. 631
Herzunterstützungssystem, Überwachung 3055
Herzwandaneurysma 3076
Herzzeitvolumenbestimmung .....A 647
Heterophile Antikörper 3895
Heterophorie-Prüfung 1216
HGH 4043*
High-Resolution-Technik 5376
Hirnabszess, Operation 1600
Hirnarterie
– rekonstruktive Operation 2820, 2821
– Untersuchung der Strömungsverhältnisse 645*
Hirnpotenziale, Messung 828
Hirnstammreflexe, Messung..... 829
Hirntumor.....2550
Hirnverletzung 2500
Hirschsprungsche Erkrankung 3234
His-Bündel-EKG 656
Histochemische Verfahren 4815*
Histologische Untersuchung 4800*
Histoplasma capsulatum-Antikörper..... 4423*
HIV-Antikörper..... 4322*, 4323*, 4349*, 4350*,
..... 4395*, 4409*
HLA 4004*, 4006*, 4007*, 4008*, 4009*, 4012*
– Isoantikörper..... 4010*, 4011*
Hochdruckinjektion
– zur Kontrastmitteleinbringung, zentral 355
– zur Kontrastmitteleinbringung, peripher 346
Hochfrequenzdiathermie 548*
Hochfrequenzelektroschlinge..... 692, 695
Hochvolttherapie 5810*
Hoden
– Entfernung.....1765
– operative Freilegung.....1767
– Punktion 315
– prothese, Einlegen 1763
– prothese, Entfernen.....1764
– torsion.....1767
Hörgeräte
– Gebrauchsschulung 518*
– kontrolle, sprachaudiometrisch 1405
Hohlhandphlegmone 2066
Holzspatel.....§ 10
Homocystin 3762*
Homogentisinsäure 3779*
Homöopathische Anamnese 30, 31
Homovanillinsäure 4073*
Honorarforderung, Verjährung .....§ 12
Honorarvereinbarung, pauschale ..... § 2
Hormonpresslinge 291
Hormonrezeptoren 4088*
Hornhaut
– Abschabung 1339
– chemische Ätzung 1338
– Entnahme bei einem Toten 105
– Fremdkörperentfernung 1275
– plastische Operation.....1345
– Tätowierung 1341
– Thermo- oder Kryotherapie 1340
– Transplantation 1346
– krümmungsradien 1204
– wunde ..... 1325 f.
Hörprüfung 1400
Hösch-Test 4123*
Hornhautsensibilitätsuntersuchung ..... A 7007
Hruby-Linse 1240
HSV herpes simplex viren 4633*
– Antikörper .. 4318*, 4319*, 4320*, 4321*, 4345*,
– 4346*, 4347*, 4348*, 4384*, 4394*
Hufeisenniere 1835
Hüftgelenk
– Endoprothesenwechsel 2152
– endoprothetischer Totalersatz 2151
– Röntgenkontrast-Untersuchung 5050*
Hüftgelenksluxation beim Kind
– manuelle Reposition in Narkose 2233
– operative Reposition 2239
Hüftkopf,
– Endoprothese 2149
– Schalenplastik nach Wagner.....2149
Hüftpfanne
– Endoprothese 2149
– Pfannendachplastik.....2148
Human tumor clonogenic assay (HTCA) 3700*
Human Choriongonadotropin (HCG) ... 4024*, 4053*
Humangenetische Beratung 21
Humangenetisches Gutachten 80, 85
Hundebandwurm-Antikörper 4430*, 4435*,
..... 4456*, 4462*
Hundespulwurm-Antikörper 4462*
Hungerversuch 4104*, 4105*
Hyaluronidase-Antikörper 4297*
Hybridisierung 3924*, 4785*
Hydroelektrisches Bad 554*
Hydrotherapie 531*
Hydrozele, Punktion 318
Hygrom
– Punktion 303
– subdural.....2506

Hymen, Abtragung 1061
Hyperthermie 5852*
Hyperventilationsprüfung 601
Hypnose 845
Hypoglykämiebehandlung 836
Hypophysentumor 2528
Hyposensibilisierung 263
Hypospadie 1746
Hypothermie 481
Hypothyreose-Screening (TSH) 26, 4030*
Hypoxietext 646*
Hysterektomie 1138
Hystero-Salpingographie 5250*
– Kontrastmitteleinbringung 321
Hysteroskopie 1110

I

ICSI (intracytoplasmatische Spermieneinjektion) 1114
IgA 3571*
IgE 3572*, 3890*
IgG 3571*
IgM 3571*
– IgM-Isolierung 3768*, 4003*
Ileostomie 3206
– bei Kolektomie 3170
Immunelektrophorese 3748*
Immunfixation 3749*
Immunglobuline
– allergenspezifische ..... 3890* ff.
Immunhistochmeische Untersuchung 4815*
Immunzytochemische Untersuchung 4852*
Impedanzmessung 1407
Impfung 375
Implantation
– alloplastisches Material 2442
– Hautexpander 2396
– Hormonpresslinge 291
– Knochen 2254
Impressionsfraktur des Schädels 2500
Impressionstonometrie 1255
Impulsanalyse eines Herzschrittmachers 661*
Infiltration gewebehärtender Mittel 274
Infiltrationsanästhesie 490
Infiltrationsbehandlung 264, 267, 290
Influenza-Viren
– Antigene 4636*, 4644*, 4676*
– Antikörper ..... 4324* f., 4351*f.
– Nukleinsäure-Amplifikation (PCR) 4783*
Infrarot
– Behandlung 538*
– Koagulation a. Enddarm 699
– Spektrometrie (Steinanalyse) 3672*
– Thermographie 624*
Infusion ..... 270 ff.
– beim Kleinkind 273
– Dauertropfinfusion 274
– Eigenblut 286, 286a
– intraarteriell 277
– intravenös 271
– Knochenmark 279
– Zytostatika ..... 275 f.
Infusionsurographie ..... 5200* f.
Inhalationstherapie 500*
Injektion
– arteriell 254
– i. m. 252
– i.v. 253
Inkontinenzoperation 1780
Innenohr, Fensterung 1620
Inselzell-Antikörper (ICA) 3815*, 3842*
Insemination 1114
Insulin 4025*
– Antikörper 3898*
Insulinkur 836
Intelligenztest 856
Intensivmed. Überwachung u. Behandlung 435
– Laboruntersuchungen 437*
Interstitielle Low-Dose-Rate-Brachytherapie (PSI) ..... 5846 analog
Interventionelle Radiologie ..... 5345* f.
Intrakutan-Test 390
– nach Mendel-Mantoux 384
intramuskuläre Injektion 252
Intraokularlinse
– Berechnung ..... A 7016
– Extraktion 1353
– Implantation b. Star-OP 1352
– Reposition, operativ ..... A 7021
intratubarer Gametentransfer 1114
Intrauterin-Pessar
– Einlegen oder Wechseln 1091
– Entfernung 1092
Intraoperative Elektrodenversorgung ..... 631 analog
Intravenöse Injektion 253
Intubation, endotracheal ..... 462 f.
Intubationsnarkose ..... 462 f.
Invagination, op. Beseitigung 3171
In-vitro-Fertilisation, Eizellkultur
– Eizellgewinnung durch Direktpunktion 315

– Eizellkultur 4873*
– Embryotransfer 1114
– laparosk. Eizellgewinnung 711
Iontophorese 552*
Iridektomie 1358
Irrigator-Methode, Untersuchung 3211
Isoenzyme 3784*
Isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik 842
Isokinetische Muskelfunktionstherapie 558*
IST/Amthauer-Test 856
in-vitro-Fertilisation (IVF) 1114

J

Jalousieplastik 2954
Jejunoskopie 685
Jochbeinfraktur, operative Reposition 2693
Jugendarbeitsschutzgesetze, Untersuchung 32
Jugularvene, Unterbindung 1639
Jugularvenenpulskurve 638*

K

Kaiserschnitt-Entbindung 1032
Kalibrierung der Harnröhre 1708
Kalium 3519
Kalkinfarkt der Bindehaut 1282
Kalt- oder Heißpackung 530
Kälte
– Agglutinine 3994*
– Behandlung 530
– Hämolysine 3999*
Kampimetrie 1225
Kaolin-Gerinnungszeit 3947
Kapillarblutentnahme beim Kind 250a
Kapselendoskopie ..... A 707, 676
Karbunkel 2431
Kardiaresektion 3146
Kardiasprengung 780
Kardiomyotomie 3129
Kardioplegie 3052
Kardiotokographie
– extern 1002
– intern 1003
Karotispulskurve 638*
Karpaltunnelsyndrom 2070
Katalase-Test 4545*
Kataphoretisches Bad 554*
Katarakt-Operation 1348
– extrakapsulär 1374
Katheterablation s. Leistungskomplex EPU ... A 3091
Katheter
– ablation 3091
– Kava-, Anlage 260
– Medikamenteneinbringung 261
– peridural 259
– zentralvenös 260
Katheterisierung
– Harnblase 1728, 1730
– Nabelvene 287
– obere Hohlvene 260
Kaudalanästhesie 469
Kauterisation
– Gehörgang oder Paukenhöhle 1580
– Haut 746
– Kehlkopf 1527
– Naseninneres 1429
– Portio 1083
– Tränenwege 1293
Kavernenabszess, Eröffnung 3002
Kavernographie 5260*
Kehlkopf
– Anästhesie 484
– Ätzung 1526
– Dehnung 1529
– endobronchiale Behandlung 1532
– Exstirpation 1543, 1544
– Fremdkörperentfernung 1528
– Kauterisation 1527
– Laryngoskopie 1530
– Medikamenteneinbringung 1525
– Polypenentfernung 1535
– Polypenentfernung, laserchirurgisch 706
– Probeexzision 1534
– Schwebe-Stützlaryndoskopie 1533
– Stenoseoperation 1547
– Stimmbandteilresektion 1540
– Trümmerverletzung 1551
– Tumorentfernung 1535
Keilbeinhöhlenoperation 1469
Keratoplastik 1322
Keratoprothesis 1347
Kerngeschlecht-Bestimmung 4870*
Kernspintomographie ..... 5700* ff.
Kiefer
– Fremdkörperentfernung 2651
– Panoramaaufnahme 5002*
– partielle Resektion 2710
Kieferfraktur
– allmähliche Reposition 2687

– Fixation 2688
Kieferhöhle
– Absaugung 1480
– Ausräumung 1485
– Ausspülung 1479
– endoskopische Untersuchung 1466
– Eröffnung 1467, 1485
– Kontrastmitteleinbringung 370
– Punktion 1465
– Radikaloperation 1486
– Röntgenuntersuchung 5260*
Kieferhöhlenfistel, Verschluss 1628
Kieferzyste, Operation 2655
Kinderaudiometrie 1406
Kinderfrüherkennungsuntersuchung 26
Kindliche Entwicklung, Untersuchung ..... 715 ff.
Kinesiologische Entwicklung, Untersuchung 714
Kipptisch-Untersuchung ..... A 795
Kirschnerdraht
– Entfernung 2009, 2061, 2063
– Gelenkfixation 2060, 2062
– Radiusfraktur 2349
– Extension 218
Klammerentfernung 2007
Klebeverband 201
Kleinhirntumoren, Exstirpation 2550
Kligler-Agar 4547*
Klinische Untersuchungen ..... 5, 6, 7, 8, 11, 800, ... 801, 825 ff., 830, 1412
Klumpfuß
– Operation 2067
– Stellungskorrektur 3301
Klumpungstest 4545*
Knie- oder Fußblockanästhesie ..... A 496
Kniegelenk
– Arthrodese 2133
– Arthroplastik 2136
– Bandnaht 2104
– Bandplastik 2104
– endoprothetischer Ersatz 2144, 2153
– endoskopische Untersuchung 3300
– Exartikulation 2160
– Gelenkkörperentfernung 2119
– Injektion 225
– Meniskusoperation 2117
– Punktion 301
– Röntgenuntersuchung 5030*
– Synovektomie 2112
Kniescheibe
– habituelle Luxation
– operative Reposition 2230
– Osteosynthese 2336, 2344
– Reposition 2221
Knochen
– Aufmeißelung 2256
– Entnahme 2253
– histologische Untersuchung 4802*
– Implantation 2254
– Osteotomie 2260,2273
– Resektion 2263
– Stanzbiopsie 312
– Verpflanzung 2255
– AP (Ligandenassay) 4062*
– bolzung 2660
Knochenmark
– Infusion 279
– Punktion 311
Knochenstanze 312
Knorpel-Transplantation 2384
Koagulase-Test 4546*
Kochsalz-Mannit-Agar 4538*
Kokain 4158*
Kolon
– Doppelkontrastuntersuchung 5166*
– endoskopische Untersuchung 685
– Exstirpation 3170
– hoher Einlauf 533
– Kontrastuntersuchung 5165*
– Massage 523
– Polypentfernung 695
– Teilresektion 3169
Kolon-Hydro-Therapie 533
Koloskopie
– partiell 688
– vollständig 687
Kolostomie 3206
Kolporrhagie 1125
Kolposkopie 1070
Kolpozöliotomie 1136
Kombinationsnarkose
– mit Larynxmaske ..... A 462, A 463
– mitendotrachealer Intubation 462
– mit Maske 460
Kompressionstherapie, intermittierend apparativ 525*
Kompressionsverband 204
Kondylome 756
Konfokale Scanning-Mikroskopie ..... A 7008
Konisation der Portio 1086
Konjunktivaler Provokationstest 393
Konsiliarische Erörterung 80

Konstruktionsplan für orthopädische Hilfsmittel .. 3321
Kontaktlinse
– Erstanpassung 1210
– Prüfung 1212
Kontrastmitteleinbringung ..... 340, A 353
Kontrastuntersuchung 5050*, 5150*
Kontrolle der Beatmung s. Leistungskomplex Schlaflabor ..... A 427
Konvulsionsbehandlung
– elektrisch oder medikamentös ..... 836 f.
– Insulinkur 836
– Elektrokrampftherapie 837
– intravenöse 836
Koordinationsprüfung 826
Kopfzwangshaltung ..... A 7028
Körperlagebestimmung s. Leistungskomplex Schlaflabor ..... A 714
Korneoskleralfäden, Entfernung 1279
Koronarangiographie 5324
– Kontrastmitteleinbringung 360
Körperkanalverschluss 2400
Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen ..... A 7025
Kosmetika
Kostenersatz ..... § 10
– Nachweispflicht ..... § 12 Abs. 2
Kramer-Test 856
Krampfadern
– Operation 2880, 2890
– Verödung 764
Kraniopharyngeom 2528
Kranioplastik 2278
Krankengymnastik ..... 505* ff.
– Einzelbehandlung ..... 506* f.
– Extensionsbehandlung ..... 514* ff.
– Ganzbehandlung 506*
– Gruppenbehandlung 509*
– im Bewegungsbad 508*
– Teilbehandlung 507*
Krankenhausentlassungsbericht
– endgültiger 75
– vorläufiger ..... A 72
Krankheitsbericht 75
Kreatin 3780
Kreatinin 3520, 3585
– Clearance 3615
Krebsfrüherkennungsuntersuchung
– Frauen 27
– Männer 28
Kreislauffunktionsprüfung 600
Kreislaufzeiten, Messung 631
Kremer-Test 3665*
Kreuzbandersatz, Knie 2104
Kreuzprobe 4000*, 4001*, 4002*, 4365*
Krisenintervention 812
Kristallnachweis 3508*, 3660*
Kropfgeschwulst 2755
Krossektomie 2883
Kryokoagulation ..... A 1085
Kryochirurgie
– Enddarmbereich 698
– Prostata 1777
– Vaginalbereich 1085
Kryoglobuline 3573*, 3751*, 3752*
Kryokonservierung 1114
Kryotherapie
– Haut 740
– Hornhaut 1340
– Zyklothermie 1359
Kryptokokkus neoformans-Agglutination 4707*
Kryptorchismus 1768
Kuldoskopie 1158
Kunstglied
– Anpassen 3320
– Gebrauchsschulung 518
– Konstruktionsplan 3321
Kunstherz 3087
– Überwachung 3055
Kupfer 4131*
Kurplan 77
Kurzwellenbehandlung 548*, 549*
Kutane Testung 383

L

Labyrinth, Fensterung 1620
Lagerbildung im Kieferbereich 2730, 2732
Lagereaktionen, Prüfung 714
Laktat
– photometrisch 3781*
– Teststreifen ..... 3511*, A 3652*
– Ischämietest 4107*
Laktatdehydrogenase (LDH) 3597*
Laktoseintoleranztest ..... 4108*, A 618
Lamblien 4761*
Laminektomie 2556
Langzeit–
– Blutdruck-Messung 654*
– EEG 827a
– EKG 659*

Laparoskopie 700
Laparotomie 3135
Laryngoskopie 1530
Laser-Anwendung, ambulante Operation 441
Laserbehandlung ..... A 2440, A 2885, A 2886
Laserdoppler-Untersuchung ..... A 7017
Laser-Koagulation
– endoskopisch 706
– Netzhaut 1365
Laserrevaskularisation, transmyokardial 3069
Laserscanning-Ophthalmoskopie ..... A 7010
Lasertrabekuloplastik 1360
Lauensteinprojektion 5040*
Lavage, bronchoalveolär 678
Leisten- oder Schenkelbruch OP mit Netz ..... A 3289
LDH 3597*
– Isoenzyme 3785*
LDL-Cholesterin 3564*
LDL-Apherese 792
Leber
– Abszessoperation 3185
– laparoskopische Probeexzision 700
– Operation 3185
– Punktion 315
– Transplantation 3184
– egel-Antikörper 4462*
Lecithin/Sphingomyelin-Quotient 3782*
Lederhaut
– Fremdkörperentfernung 1276
– Wundnaht 1326
Legionellen
– Agar 4539*
– Antigen 4518*, 4522*, 4563*
– Antikörper 4224*, 4240*, 4255*, 4267*
Leiche
– Entnahme des Augapfels 104
– Entnahme von Körperflüssigkeit 102
– Herzschrittmacher-Entnahme 107
– Hornhautentnahme 105
– Sektion 6000
Leichenschauschein 100
Leishmanien-Antikörper 4432*, 4441*, 4449*, 4458*, 4466*
Leistenbruch
– Operation 3285
– Reposition bei Einklemmung 3282
Leistenhoden, Operation 1768
Leistungen mit Mindestdauer ..... § 12
Leistungserbringung, persönliche ..... § 4
Leistungsträger, öffentliche ..... § 11
Leitungsanästhesie ..... 493 ff.
Leptospiren-Antikörper 4225*, 4241*, 4256*, 4280*, 4289*
Leukozyten, Einzelbestimmung 3505*
– Differenzierung, zusätzlich zum Blutbild 3551*
– Esterase 3683*
– Liquor 3670*
– peroxidase 3683*
– phosphatase, alkalische 3683*
– zahl 3505*, 3550*
– zahl, Liquor 3670*
Lichtenstein-OP 3286
Lichtoptische Wirbelsäulenvermessung (Optrimetrie) ..... A 5378*
Licht-Reflexions-Rheographie 634
Lid
– plastische Operation 1310
– Senkung 1305
– Tumorentfernung 1282
Lidocain 4167*
Lidspalte
– plastische Korrektur 1302
– vorübergehende Spaltung 1303
Ligandenassay ..... A 4463*
Limited-Care-Dialyse 791
Linearbeschleuniger, Hochvolttherapie 5836*
Linksherzkatheterismus 627, 629
Linksventrikulographie 5327*
Linse
– Diszission 1348
– Implantation 1352
Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) ..1374
Lipase 3521*, 3598*
– Schnelltest 3511*
Lipidelektrophorese 3728*, 3729*
Lipoprotein 3730*
Lippen-Kieferspalte 2621
Lippenspalte 2620
Liquidation ..... § 12
– Fälligkeit ..... § 12 Abs.1
– Vorschriften ..... § 12 Abs.2
Liquidationsrecht ..... § 12
Liquor-Untersuchungen ..... 3669* ff.*, A 3765*
Liquorableitung
– extrakorporal 2542
– intrakorporal 2540
Liquorfistel 2553
Liquorpunktion
– durch die Fontanelle 305a
– subokzipital oder lumbal 305

Liquorzellausstrich 3671*
Listerien-Antikörper 4226*, 4242*, 4281*
Lithium 4214*
Litholapaxie
– Harnleiterstein 1817
– Nierenstein 1838
Lobektomie 2995
Lokalanästhesie
– Bronchialgebiet 489
– großer Bezirk 491
– Harnröhre/Harnblase 488
– Kehlkopf 484
– kleiner Bezirk 490
– Trommelfell 485
Longmire-Op 3176
Lues Suchreaktion 4232*
Lugol-Färbung .....3509*, 4740* ff.
Lumbalanästhesie ..... 470 ff.
Lumbalpunktion 305
Lunge
– Abszesseröffnung 3002
– Lappenresektion 2995
– operative Gewebeentnahme 2992
– operativer Eingriff 2994
– Punktion 306
– Resektion 2995
– Segmentresektion 2996
Lungen–
– dehnbarkeit (Compliance) 611*
– perfusion, szintigraphische Untersuchung .. 5415*
– Ventilation, szintigraphische Untersuchung .. 5416*
Lupenbrille, Bestimmung 1215
Luteotropin (LH) 4026*, 4083*
Luxation 2200
Lymphdrainage, manuell 523
Lymphknotenentfernung ..... A 1783
Lymphknoten, Exzision 2404
Lymphknotenausräumung
– retroperitoneal 1809
– Axilla 2408, 2413
– inguinal 1762
– pelvin 1783
– suprahyoidal 2715
– zervikal 2760
Lymphödem
– apparative Kompressionstherapie 525
– Entleerung mit Gummischlauch 762
– Operation 2453
Lymphographie 5338*
– Kontrastmitteleinbringung 365
Lymphozyten
– mischkultur (MLC) 4013*, 4014*
– transformationstest 3694*
Lysebehandlung .....5351* f.
Lysozym 3793*

M

Macula-Rotation A1387.2
Magen
– Ausspülung 433
– Ersatzmagen 3176
– Resektion 3147
– Teilresektion 3145
Magenballon, Implantation 3156
Magenfistel, anlegen 3138
Magenperforation, operative Versorgung 3144
Magensaft, Ausheberung 671
Magenresektionsanalyse 4100*
Magenspülung 433
Magenverweilsonde
– Einführen 670
– Entfernung, Beschluss BÄK
Magnesium 3621*
Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT) ...5700* ff.
– des Knies 5729*
Magnetkörper, Implantation ins Augenlid 2444
Malariaplasmodien 4753*
Mamille 2417
Mamma
– Amputation 2411
– Punktion 314
– Reduktionsplastik 2414
– thermographische Untersuchung 623
– Aufbauplastik 2415
– Prothese, Implantation oder Austausch 2420
Mammographie 5265*
Mangan 4133*
Manometrie an den Gallenwegen 3122
Manualextraktion bei Entbindung 1025
Manualmedizinischer Eingriff 3306
Marisquen, operative Entfernung 765
Marshall-Marchetti-Operation 1780
Marsupialisation, vaginal 1141
Masernvirus-Antikörper .. 4327*, 4354*, 4385*, 4396*
Massagen ..... 520* ff.
Massenspektrometrie 4079*, 4210*
Mastdarm
– digitale Ausräumung 770
– digitale Untersuchung 11

– endoskopische Untersuchung 690
– Fremdkörperentfernung 3238
Mastdarmfistel 3220
Mastdarmriss 3219
Mastdarmschließmuskel
– Dehnung 3236
– Sphinkterotomie 3237
Mastdarmtumor, peranale Entfernung 3224, 3226
Mastdarmvorfall
– Operation 3231
– Reposition 3230
Mastektomie 2411
Mastoid, Operation 1597, 1598
Material, bei histologischen Untersuchungen .. 4800*
Maximalakkomodation 1203
MCH 3550*
MCHC 3550*
MCV 3550*
MDP 5155*
Meatomie 1737
Meatusstriktur 1738
Meckelsche Divertikel 3173, 3200
Medianus-Kompressionssyndrom 2070
Mediastinaltumor 3011
Mediastinoskopie 679
Mediastinum, Drainage 3012
Medikamentenpumpe, Erstanlegen/Anleitung 784
Medikamentenreservoir
– Auffüllung 265
– Implantation 2421
Med.Trainingstherapie mit Sequenztraining ..... A 846
Megacolon congenitum 3234
MEGX-Test 4110
Mehrstärkenbrillen 1207
Mekonium-Ileus 3011
Mendel-Mantoux-Test 384
Meningozele 2571
Meniskus
– Entfernung 2117
– Naht 2117
– Operation, arhtroskopisch 2117
– Reposition 2226
MESA 1114, 1767
Messung der Vorderkammertiefe ..... A 7015
Messung der Zyklotropie ..... A 7023
Messung intracranieller kognitiver Potenziale .. A 1408
Metanephrine 4074
Methadon-Bestimmung 4168*
Methadon-Substituion, oral 376
Methämoglobin 3692*
Methotrexat 4169
Methylenblau-Färbung ..... 3509*, 4506*, 4740* f.
Methylenblau-Reduktion 4546*
Metoclopramidtest 4111*
Mikroalbuminurie-Nachweis 3736*
Mikrobiologische Untersuchungen 4220*, 4500*
Mikro-Herzkatheterismus 630, 632
Mikroskopische Untersuchungen 3508*
Mikroskopisch-zytolog. Untersuchung Follikel ..... A 4852*
Mikrowellenbehandlung 548
Milbennachweis, mikroskopisch 4742*
Miller-Abbot-Sonde, Legen 697
Milz
– Exstirpation 3199
– Punktion 315
– Revision 3192
Milzszintigraphie 5456*
Mineralgehalt von Knochen
– computertomographische Bestimmung 5380*
– Photonenabsorptionstechnik (DPA) 5475*
Missed abortion, Ausräumung 1060
Mit(haus)besuch in sozialer Gemeinschaft 51
Mittelgesicht
– operative Rekonstruktion 2630
– Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur ... 2705
Mittellinienbruch, Operation 3283
Mittelohr, Tumorentfernung 1601
Modellherstellung durch Gips 3310
Monokontrastuntersuchung 5165*
Mononukleosetest 3525*, 4300*, 4305*
Moro-Test 383
Morphin 4172*
MRT-Untersuchungen ..... 5700* ff.
– Bewegungsstudien 5729*
– computergestützte Analyse 5729*, 5733*
– ergänzende Serien 5729*, 5731*
– Gelenke 5700*, 5729*
– Positionswechsel 5729*, 5732*
– Spulenwechsel 5729*, 5732*
– Untersuchungsumfang 5729*
Mukoviszidose, Schweißtest 752
Multileaf-Kollimatoren = MLC ..... A 5830*
Mullkompressen ..... § 10
Mulltupfer ..... § 10
Mumpsvirus-Antikörper . 4328*, 4355*, 4386*, 4397*
Mundbodeneingriff, Osteotomie 2720
Mundbodenplastik 2675
Mundbogenphlegmone 1509
Mund-Kieferbereich, operative Blutstillung 2660

Muschel-Operation 1430
Muskel
– Naht 2073
– Probeexzision 2402
– Verlängerung 2064
– Verpflanzung 2074
– Durchtrennung 2072
Muskelfunktionsdiagnostik, isokinetisch 842
Muskelfunktionstherapie, isokinetisch 558
Mutterschaftsvorsorge, Erstuntersuchung 23
Mycoplasma pneumoniae-Antikörper ..... 4257*, ... 4268*, 4282*, 4290*
Mycoplasmen-Agar 4539*
Myektomie 3234
Myelographie 5280*
– Kontrastmitteleinbringung 340
Myelomeningozele 2571
Mykobakterien
– Identifizierung 4551*
– Kultur 4540*, 4585*
– Tierversuch ..... A 4601*
Myoglobin 3755*, 3756*
Myokardbiopsie 3067
Myokard-Revaskularisation 3088
Myokardszintigraphie 5423*
Myokardverletzung 3071
Myom-Enukleation
– abdominal 1162
– vaginal 1137
Myringoplastik 1611

N

Nabelbruch 3283
Nabelschnurpunktion ..... A 1014
Nachblutung
– intraabdominal 2802
– nach Tonsillektomie 1501
– postpartal 1042
– vaginal 1140
Nachgeburt, Entfernung durch inneren Eingriff .. 1041
Nachstar, Diszision 1348
Nachtastung, postpartal 1042
Nachtschale, Rumpf 240
Naevus flammeus
– Operation 2440
– Operation mittels Laser 2440
Nagel
– Ausrottung 2034
– Extraktion 2033
– Schleifen oder Fräsen 743
– Trepanation 303
Nagelspange 2036
Nagelung eines großen Röhrenknochens 2349
Nagelwall 2035
Nagelwurzel 2034
Nährbouillon 4630*
Narbe
– oder Naevus, hochtouriges Schleifen 755
– Exzision bei Funktionsbehinderung 2392a
– operative Korrektur 2441
Narkose 450
Nasaler Provokationstest 395
Nase
– Ätzung 1436
– Ausstopfung 1425, 1426
– Entfernung 1452, 1453
– Fremdkörperentfernung 1427
– Kauterisation 1429
– Rekonstruktion 1449, 1450
– Reposition 2320
– Tamponade 1425, 1426
Nasenbluten 1435
Nasenflügel 1457
Nasenhaupthöhlen
– Applikation von Substanzen 1436
– endoskopische Untersuchung 1418
Nasenmuschel
– Abtragung 1438
– Operation 1430
Nasennebenhöhlen
– Absaugung 1480
– Radikaloperation 1488
– Röntgendiagnostik 5098*
– Sonographie 410
Nasenpolypen, Entfernung 1440, 1441
Nasenrachenfibrom 1495
Nasenscheidewand
– Abszesseröffnung 1459
– plastische Korrektur 1447
– submuköse Resektion 1445
– Verschluss einer Perforation 1455
Nasensteg, operative Verschmälerung 1456
Nasobiläre Sonde ..... A 670
Natrium 3558*
Navigation bei Endoprothesen 2562
Nazetylprocainamid 4170
Nebenhoden 1771
Nebennieren 1858
Neisser-Färbung 4554*

Neisseria-Antigen 4523*, 4524*, 4564*
Nekrosenabtragung 2006
– Hand- oder Fußbereich 2065
Nekrotomie an Knochen 2256
Nephrektomie 1841
– bei Tumor 1842, 1843
Nephropexie 1831
Nerom 2404
Nerv
– Durchtrennung oder Exhairese 2580
– elektroneurographische Untersuchung 829,
– 832, 839
– End-zu-End-Naht 2586
– Entnahme zur Transplantation 2582
– Leitungsanästhesie ..... 493 ff.
– Leitungsanästhesie im Bereich der Schädelbasis 2599
– mikrochirurgische Naht 2588
– Neurolyse 2583
– Pfropfung 2595
– Sekundärnaht 2587
Nervenleitgeschwindigkeit, Messung 832, 839
Nervenplexus
– Anästhesie ..... 476 f.
– Naht 2590
Nervenstimulation, bei Lähmungen 555
Nerverhaltende radikale Prostatektomie ..... A 1871,
..... A 1873
Nervenwurzel, Dekompression 2565
Netilmicin 4171*
Netzhaut
– Licht- bzw. Laser-Koagulation 1365
– ablösung 1366
– Veränderung 1251
Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff ..... A 1387.1, A 1387
Netzimplantation (bei Leistenbruch) 3286
Netzresektion 3172
Neugeborenes, Erstuntersuchung 25
Neuraltherapie ..... 266 ff.
Neurologische Untersuchung ..... 800, 825 f.
Neurolyse 2583
– epidurale 474
Neurom, operative Entfernung 2404
Neuropsychiatrische Behandlung bei Epilepsie ... 816
Neuropsychologische Testverfahren s. Leistungskomplex Schlaflabor ..... A 856
Neutralisation der Isoagglutinine 3999*
Nichtärzte. Anwendung der GOÄ durch § 10
Niederdruckirrigation bei TURP ..... A 1791
Niederfrequenzbehandlung 555
NMP 22 Schnelltest ..... A 3911*
Nickel 4198*
Niere
– Ausgusssteinentfernung 1839
– Dekapsulation 1831
– Explantation beim Toten ..... 1848 ff.
– Implantation 1845
– operative Entfernung 1841
– operative Freilegung 1830
– Punktion 315
– Transplantation 1850
Nierenbecken
– endoskopische Stein- oder Tumorentfernung 1827, 1853
– Kontrastmitteleinbringung 5200*, 5220*
– Spülung bei Fistelkatheter 1733
– transkutane Pyeloskopie 1852
– Ureterorendoskopie 1827
– Druckmessung 1799
– plastik 1840
– stein 1838
Nierenfistel
– operative Anlage 1832
– Bougierung 1852
– Katheterwechsel 1833
– perkutane Anlage 1851
Nierenpolresektion 1836
Nierenszintigraphie 5440*
Nierenvene, transfemorale Blutentnahme 262
Nierenzyste 1831
Nitratreduktion 4546*
Nitrotetrazolblau-Test 3695*
NMR s. MRT
Noradrenalin 4072*
Nortriptylin 4188*
Nuklearmedizinische Untersuchungen 5400*
Nukleinsäure
– Amplifikation 3922*-3923*, 4783*-4784*
– Hybridisierung 3924*, 4785*
– Isolierung 3920*, 4780*
– Sequenzermittlung 3926*, 4787*
– Trennung 3925*, 4786*
Nukleotomie, perkutan 2281
Nystagmusprüfung 1412

O

OAE 1409
Oberarmknochen, Reposition 2377

Oberflächenanästhesie ..... 483 ff.
Oberflächen-EKG ..... A 658
Oberschenkel, Amputation 2174
Oberschenkelknochen, Reposition 2330
Oberst-Anästhesie 493
Orbitabodenfraktur 2693
Öffentlich-rechtliche Kostenträger ..... § 11
Ohrenschmalzpfropf 1565
Ohrentropfen ..... § 10
Ohrmuschel
– Anlegeplastik 1635
– operative Korrektur 1636
Ohrtrompete, Katheterismus 1590
Okklusiv-Pessar 1090
Olekranon, Verschraubung 2340
– Zuggurtungsosteosynthese 2340
Omphalozele 3287
Operation an der Nasenmuschel ..... A 2382
Operation, endoskopisch 3186, 3200
Operation einer Netzhautablösung ..... A 7027
Operationsmikroskop, Zuschlag 440
Ophthalmodynamometrie 1262
Opiatanalgesie, peridural 470
Opiate 4172*
Optochin-Test 4545*
Orbicularis-Oculi-Reflex 829
Orbitabodenfraktur, operative Reposition 2693
Orchiektomie 1765
Organerhaltende Nierenzellkarzinomentfernung ..... A 1880, A 1881
Organisches Säurenprofil 3783*
Organpunktion 315
Ornithose-Antikörper 4276*
Orthopädisches Hilfsmittel
– Anpassung 3320
– Gebrauchsschulung 518
– Konstruktionsplan 3321
Orthopädisches Turnen 509
Orthopantomogramm 5004*
Orthovolttherapie 5802*
Os lunatum 2268
Os naviculare 2269
Osmolalität 3716*
Osmotische Erythrozyten-Resistenz 3688*
Ösophagoskopie 680
Ösophago-tracheale Fistel 3128
Ösophagus
– Bougierung 781
– Eröffnung 3125
– Langzeit-pH-Metrie 693
– manometrische Untersuchung 694
– Röntgenuntersuchung 5150*
Ösophagusableitung, elektrokardiographisch 655
Ösophagusatresie 3127
Ösophagusprothese 3151
Ösophagussphinkter, Dehnungsbehandlung 780
Ösophagusvarizen
– Sklerosierung 691
– Tamponade 703
Osteocalcin 4054*
Osteodensitometrie
– computertomographisch 5380*
– digitale Röntgendiagnostik 5380*
– Photonenabsorptionstechnik (DPA) 5475*
Osteosynthese ..... 2339 ff.
Osteosynthesematerial 2694
Osteotomie 2250
– zur Entfernung eines retinierten Zahnes 2650
Östradiol 4039*
Östriol 4027*
Östrogenrezeptoren 4086*
Oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller) 621
Otoakustische Emissionen 1409
Otoskleroseoperation 1623
Ovarektomie 1145
Oxidase-Test 4545*
Oxymetrie 602*
Oxytocin 4055*
Ozaena 1492

P

Pacemaker s. unter Herzschrittmacher
Palmaraponeurose, Entfernung ..... 2087 ff.
Panaritium
– Eröffnung 2030
– Resektion 3195
– Seeds-Implantation 5844*
Pan-Endoskopie 685
Pankreas, Punktion 315
Pankreasgang, Drainageplatzierung 692a
Pankreatikographie 5170*
– endoskopisch-retrograde Kontrastmitteleinbringung 370, 692
Pankreatisches Polypeptid (PP) 4066*
Panoramaaufnahme, Kiefer 5002*
PAP 3794*
Papilla Vateri, endoskopische Sondierung 692
Papillotomie

– endoskopisch 692
– offen chirurgisch, transduodenal 3190
Parainfluenza-Viren-Antigen 4645*, 4677*
Parainfluenza-Virus-Antikörper
..... 4329* f. 4356* f., 4371* f.
Paranephritischer Abszess 1826
Paraphimose
– operative Beseitigung 1740
– unblutige Beseitigung 1739
Parasiten
– Kultur 4763*
– mikroskopisch ..... 4740* f., 4766*
Paratenonitis, Operation 2076
Parathormon 4056*
Parathyreoidektomie 2756
Parathyroid hormone related Peptid 4067*
Paravertebralanästhesie ..... 476 f.
Paravertebrale Infiltration ..... 267 f.
Parazentese 1575
Parazervikal-Block 491
Parenteraler Kath.,
– Einbringung Arzneimitteln 261
Paronychie, Eröffnung 2030
Parotis
– Exstirpation 1522
– Schlitzung des Ausführungsganges 1510
Parvovirus-Antikörper 4404*
PAS-Reaktion 3683*
Patella ..... A 2344
– Denervation 2153
– Fraktur 2344
– Rückflächenersatz 2153
Patellektomie 2344
Paukenhöhle
– Anästhesie 485
– Ätzung 1579
– binokularmikroskopische Untersuchung 1415
– Drainage 1576
– Eröffnung 1612
– Fremdkörperentfernung 1569
– Kauterisation 1580
– Medikamenteneinbringung 1579
– Polypenentfernung 1586
Paul-Bunell-Test 4300*, 4305*
Pauschalerstattungen ..... § 2, § 10
Pedographische Druckverteilungsmessung ..... A 652
PEG 3138
Pelotte, Anlegen 2701
Pelviskopie 1155
Penetrationstest 3665*
Penis
– Amputation 2701
– Deviation 1724
Penisprothese
– Entfernung 1753
– Implantation 1752
Pentagastrinstimulator (Magensekretionsanalyse)
..... 4100*
Pentagastrintes 4112*
Perforansvenen, Exstirpation oder Ligatur 2890
Perfusion
– anderer Arterien 3053
– Hirnarterien 3051
– Koronararterien 3052
Perfusionsszintigraphie 5415*
Perianalfistel, Operation 3220
Perianalthrombose 763
Periduralanästhesie
– einzeitig 470
– konitnuierlich 473
Periduralkatheter, legen 259
Perikard
– Operation 3065
– Punktion 310
Perimetrie 1225
Periostmassage 523
Peritonealdialyse 793
– Katheterentfernung 2010
– Katheterimplantation 3135
– Überwachung 785
Peritoneal-Lavage 3120
– programmierte 3139
Peritonealdialyse, Betreuung bei CAPD 793
– Katheterentfernung 2010
– Katheterimplantation 3135
– Überwachung ..... 785 f.
Peritonealspülung 3169
Peritonitis 3139
Peritonsillarabszess 1505, 1507
Perkutane Nephrolitholapaxie ..... A 1862
Perkutane transluminale Dilatation 5345
Persönliche Leistungserbringung
– Krankenhausarzt ..... § 4
– privatärztliche Behandlung ..... § 4
Pessar, Anlegen oder Wechseln 1090
PET ..... 5488* f.
Petellektomie 2344
Pfannendachplastik 2148
pH (Blutgasanalyse) 3710*
– potenziometrisch 3714*

– Teststreifen, Indikatorpapier 3511*
pH3-Test 4665*
Phagentypisierung 4578*-4582*
Phakoemulsifikation 1374
Phänotypisierung von Zellen .....3696*, 3697*, ... 3698*, 3699*
Phencyclidin 4182*
Phenobarbital 4173*, 4200*
Pheylalanin 3758*
Phenytoin 4174*, 4200*
Phimose
– plastische Operation 1741
– Ringligatur 1741
Phlebodynamometrie 633
Phlebographie 5325*
Phlegmone
– Eröffnung 2432
– Hohlhand 2066
– Mundboden 1509
Phonokardiographie 660
Phosphat, anorganisches 3580*
Phosphatase, saure 3599*
Photodynamische Lichtbestrahlung ..... A 566*
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund ..... A 1366
Photo-Patch-Test 569*
Photorefraktäre Keratektomie (PRK) m. Excimer-Laseranwendung ..... A 5855*
Phototherapie
– als Photochemotherapie 565*
– bei Neugeborenen 566*
– selektiv 567*
Physikalische Therapie ..... 505* f.
Pilonidalzyste oder -fistel, Exstirpation 2293
Pilzantikörper 4415*-4427*
Pilze
– Agglutination 4708*
– Empfindlichkeitsprüfung 4727*, 4728*
– Identifizierung 4720*, 4721*
– Kultur 4715*, 4716*, 4717*
– mikroskopisch 4710*, 4711*
Plasmapherese 792
Plasmatauschversuch 3947*
Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ) 3606*
Plasmaviskosität 3712
Plasminogen 3948*
– Aktivatorinhibitor 3949*
Plasmodien-Antikörper 4442*, 4451*
Plättchenfaktor 3950*
Plattenthermographie 623*
Plazentalaktogen (HPL) 4028*
Pleoptische Behandlung 1268, 1270
Pleura
– Operation 2973
– Probeexzision 308, 2972
– Punktion 307
Pleuradrainage
– Anlegen 2970
– Spülung 2971
Plexusanästhesie ..... 476 f.
Pneumozystitis carinii
– mikroskopisch 4754*
– Antikörper 4443*, 4450*
Pneumokokken-Agglutination 4503*
Pneumonektomie 2995
PNF ..... 725 f.
Polarisationsmikroskopie (Steinanalyse) 3672*, 4815*
Politzer-Luftdusche 1589, 1590
Polyacrylamidgel-Elektrophorese 3764*
Polymerasekettenreaktion (PCR) .....3922*, 3923*, ... 4783*, 4784*
Polymaviren-Antikörper 4373*
Polypenentfernung
– endoskopisch im Gastrointestinaltrakt 695
– Gebärmutter 1102
– Gehörgang oder Paukenhöhle 1586
– Kehlkopf 1535
– Nase 1440
Polysomnographie 659
Porphobilinogen 4123*, 4124*
Porphyrinprofil 4125*, 4126*
Port, Implantation 2801
– radiologisch-interventionell 631
– Spülung 265
Portaler Hochdruck 2900
Portio
– Kauterisation 1083
– Konisation 1086
– medikamentöse Behandlung 1075
– Probeexzision 1103, 2402
– Thermokoagulation 1084
Positronenemissionstomographie (PET) .....5488* f.
Postoperative Kontrolle von Herzunterstützungssystemen ..... A 792
Pouchbildung
– Blase 1807
– Darm 3176
Präalbumin 3759*
Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnungen ..... 827a *analog, 838 analog, A 860

Prächirurgische Intensivüberwachung Epilepsie-Patient ..... A 827 a
Prä-Embryonen ..... A 4852*
Prä-Embryonen-Kulturen ..... A 4873*
Präkanzerose, chemochirurgische Behandlung .. 757
Präparation der Oozyten ..... A 4751*
Präventive Untersuchungen
– Frauen 27
– Jugendliche 32
– Kinder 26
– Männer 28
Praxiskosten ..... § 4 Abs.3
Priapismus, Operation 1749
Prick-Test ..... 385 ff.
Primidon 4175*, 4200*
Prismenadaptionstest ..... A 7019, A 7028
Prismenbrillen, Prüfung 1207
Probeexzision
– Gebärmutterhals 1103
– Kehlkopf 1534
– oberflächliches Körpergewebe 2401
– tiefliegendes Körpergewebe 2402
– Zunge 1513, 2402
Profilperimetrie 1227
Profundaplastik 2840
Progesteron 4040*
– 17-Alpha-Hydroxy- 4035*
– rezeptoren 4087*
Programmierung Herzschrittmacher ..... A 661
Projektion 5290
Projektionsperimetrie 1226
Proktokolektomie 3183
Proktoskopie 705
Prolaktin 4041*
Pronukleus-Stadium ..... A 4852*
Propaphenon 4176*
Prostata
– Digitaluntersuchung 11
– Elektroresektion 1777
– Infiltrationsbehandlung 264
– Massage 1775
– operative Entfernung 1778
– physikalische Behandlung 1775
– Punktion 319
– Resektion 1777
– Seeds-Implantation 5844*
Prostataabszess 1776
Prostataadenom, Elektroresektion 1777, 1778
Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP) .. 3794*
Prostatektomie 1778
– radikale 1779
Protein
– C 3951*, 3952*
– Gesamt- 3573*
– im Urin 3760*
– S 3953*, 3954*
– differenzierung im Liquor und im Urin 3764*
Prothesengebrauchsschulung 518*
Protozoen ..... 4760* ff.
Provokationstest, allergologisch 393
PSA 3908*
Pseudarthrose, Operation 2355
Pseudomonaden-Phagentypisierung 4579*
PSP 3795*
Psychiatrische Behandlung ..... 804 ff., A 888, 888 ff
– im Notfall 812
– zur Reintegration eines Erwachsenen ..... A 888
Psychiatrische Untersuchung 801, 805
Psychisch Kranker, Fremdanamnese 835
– Transportbegleitung 833
Psychische Dekompensation, Sofortmaßnahme . 812
Psychoedukation 20, 847
Psychotherapie 849
– analytisch ..... 863 f.
– Anamnese 860
– Einleitung 808
– tiefenpsychologisch, fundiert ..... 861 f.
PTA 5345*
PTCA 5348*
PTCH 3186
Ptosis 1305
PTT, aPTT 3605*, 3946*
Pudendus-Block 494
Pulmonal-kapillärer Druck, Messung 630, 632
Pulsierende Signaltherapie (PST) ..... A 838
Punktion ..... 300 ff.
Punktion einer Metaphase II-Oozyte ..... A 4873*
Pupillographie 1259
PUVA, Therapie 565
Pyeloskopie, transkutan 1852
Pyloromyotomie 3152
Pyloroplastik 3153
Pyometra, Operation 1099
Pyruvatkinase 3790*

Q

Quaddelbehandlung 266
Quadrantenresektion 2411
Quadrizepssehnenruptur 2073

Qualitative Aniseikonieprüfung ..... A 7002
Qualitative Aniseikoniemessung ..... A 7003
Quant. Topograph. Untersuchung Hornhautbrechkraft ..... A 7009
Quecksilber 4196*
Quecksilberhochdrucklampe 563*
Quengelverband 245
Quetschpräparat (Trichinen) mikroskop. 4645*
Quick-Wert 3530*, 3607*

R

Rachen, Fremdkörperentfernung 1508
Rachenmandel 1493
Radiale Stoßwellentherapie ..... A 302
Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung ..... A 5860*, A 5861*
Radiojodbehandlung 5600*
Radiojodtest 5402*
Radionuklid-Diagnostik, in-vivo 5400*
Radionuklidtherapie
– Brachytherapie 5840*
– offen 5600*
Radiosynoviothese 5604*
Radiusfraktur, Reposition 2328
Radiusköpfchen-Subluxation, Reposition 2226
Ramstedt-Weber-Op 3152
Randruptur, Kniegelenk 2104
Randschnitte 2402
RAST 3890*
Rasterperimetrie ..... A 7013
Rauschfeld-Perimetrie ..... A 7012
Raven-Test 857
Reagenzträger 3652*
– vorgefertigte 3511*
Reanimation 429
– Neugeborenes 1040
Rechnung, ärztliche ..... § 12
Rechtsherzkatheterismus 626
Rechtsventrikulographie 5315*
Rectostomia posterior 3229
Redon-Drainagen 2015
– Entfernen 2007
Redressement
– Fußmissbildung 3301
– Wirbelsäulenverkrümmung 2280
Reduktionsplastik der Mamma 2414
Refluxzystographie 5235*
Refraktionsbestimmung 1200
Regelvisite 45, 46
Regionalanästhesie 469
Reib-Test 388
Reiseentschädigung ..... § 9
Reizleitungssystem 3091
Reizstrombehandlung 551*
Reiztherapie, intrakutan 266
Rektopexie 3232
Rektoskopie
– flexibel 690
– starr 690
Rektum
– Ätzung 411
– digitale Ausräumung 770
– digitale Untersuchung 11
– Fremdkörperentfernung 3228
– Operation 3215
Rektumatresie, Operation 3217
Rektumexstirpation, Operation 3231
– anteriore 3235
– kombinierte 3235
Rektumprolaps
– Reposition 3230
– Operation ..... 3231 f.
Rektumtumor 3224, 3226
Relaxometrie ..... A 482
Relaxationsbehandlung nach Jacobsen ..... 846 f.
Renin 4057*, 4058*, 4115*
Renin-Aldosteron-Stimulationstest 4113*
Renin-Aldosteron-Suppressionstest 4114*
Reoviren-Antikörper 4374*
Replantation
– Arm und Bein 2056
– Finger 2053
– Hand 2055
Reposition
– eingeklemmte Hernie 3282
– Fraktur 2320
– Luxation 2200
Reposition einer intraokularen Linse ..... A 7021
Reptilasezeit 3995*
Residualvolumen, Bestimmung 607
Resistance, Bestimmung 603
Resonanzhtrombogramm 3957*
Restriktionsenzyme 3921*, 4781*
Retikulozytenzahl 3552*
Retrobulbärer Tumor 2552
Retrograde Urographie 5220*
Retropharyngealabszess 1506
Retrotonsillarabszess 1505
Reverdin-Plastik 2380

Reverse Transkriptase 4782*
Rezeptorennachweis ... 3696*, 3697*, 3698*, 3699*
Rheobase, Bestimmung 829, 840
Rheographie 620
Rhesusmerkmale 3982*, 3983*, 3985*
Rheumafaktor (RF) 3526*, 3884*, 3886*
– Absorption 3768*
Rhinomanometrie, Flussmessung
– Flussmessung ..... 395 f., 1417
– Widerstandsmessung ..... 395 f., 1417
Rhinophym 2450
Rickettsien-Antikörper .. 4227*, 4243*, 4258*, 4269*
Ring oder Portioadapter 1087
Rippenresektion 2950
Ristocetin-Cofaktor 3956*
Röhrenknochen
– Frakturreposition 2377
– Osteosynthese 2340
Röntgendiagnostik 5000*
Rorschach-Test 855
Rostring, Ausfräsen 1277
Rota-Viren
– Agglutination 4630*
– Antigen 4646*, 4678*
Röteln-Virus-Antikörper ..... 4301*, 4306*, 4360*, ... 4387*, 4398*
RSV
– Antigen 4647*,4679*
– Antikörper ... 4332*, 4359*, 4375*, 4445*, 4461*
Rückenmark
– Dauerstimulation 2570
– Operationen 2571
Rucksackverband 204
Rundstiellappen 2392

S

Sabin-Feldmann-Test ..... A 4453*
Saccharose-Lyse-Test 3999*
Säurebasenhaushalt, Untersuchung 3710*
Salizylat 4177*
Salmonellen
– Agglutination 4574*
– Antikörper 4228*, 4229*, 4244*, 4245*
– Phagentypisierung 4581*
Salpingektomie 1145
Salpingographie 5250*
– Kontrastmitteleinbringung 370
Salpingolyse 1145
Salpingotomie 1145
Samenleiter
– operative Wiederherstellung 1758
– Unterbindung 1755
Samstagsgebühr Zuschlag ..... D
Sauerstoffatmung 500*
Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung ... 614*
Sauerstoffsättigung (sO2) 3692*
– blutige oder unblutige Bestimmung 602*
Saugapparate-Anwendung ..... 747, 3983*, 3984*, ... 3985*, 3986*
Saugbiospie des Dünndarms 697
Saugdrainagen
– Anlegen 2015
– Entfernen 2007
Saug-Spül-Drainage, Einbringen 2032
Saure Phosphatase 3599*
Säurebasenhaushalt, Untersuchung 3710*
Säure-Serum-Test 3999*
Scarf-Osteotomie 2297
Sceno-Test 857*
Schädel
– Computertomographie 5370*
– Röntgenuntersuchung ..... 5090* ff.
– Trepanation 2515
Schädelhirnverletzung, Operation 2500
Schanzscher Halskrawattenverband 204
Scheide
– Fremdkörperentfernung beim Kind 1080
– Tamponade 1081
– Vaginoskopie bei einer Virgo 1062
Scheidenplastik 1125
Scheidenriss, Versorgung 1044
Scheidenseptum, Abtragung 1098
Schellong-Test 600
Schenkelhalsfraktur
– Endoprothese 2149, 2151
– Osteosynthese 2351
Schenkelhernie 3285
Schichtaufnahmen 5290*
Schieloperation 1330
Schiene
– am Ober- und Unterkiefer 2698
– Änderung 2702
Schienen-/Splintentfernung ..... A 1430
Schienenverband 210
– bei Kieferfraktur 2695
Schilddrüse
– Operation 2755, 2757
– Punktion 319
– Sonographie 417

– Szintigraphie 5400*
Schirmer-Test 1209
Schistosomen-Antikörper ..... 4431*, 4436*, 4444*, ... 4452*, 4467*
Schlafapnoe-Diagnostik 659*
Schlafentzugs-EEG 827
Schlafkrankheit, Antikörper 4462*
Schleifen der Haut 743
– hochtourig 755
Schleimbeutel
– Exstirpation 2405
– Punktion 303
Schleimhauttransplantation 2386
Schlingenbiopsie, endoskopisch 695
Schlingenextraktion von Harnleitersteinen 1815
Schlotterkamm, operative Entfernung 2670
Schlüpfversuch/Parasiten 4756*, 4757*
Schlüsselbeinfraktur
– Osteosynthese 2325
– Reposition 205, 2324
Schnellschnitt-Untersuchung 4816*
Schnittentbindung 1032
Schnittserie 4811*
Schnürfurche an einem Finger 2041
Schreibgebühren ..... 95 f.
Schrittmacher siehe unter Herzschrittmacher
Schröpfkopfbehandlung 747
Schüller/Stenvers-Aufnahme 5095*
Schulterblattfraktur, Reposition 2326
Schultergelenk, Luxation 2217
Schulung
– eines Asthmatikers, Hypertonikers ..... A 36
– eines Diabetikers 33
Schulung Beatmungsmaske s. Leistungskomplex
Schlaflabor ..... A 518*
Schutzimpfungen ..... 375 ff.
Schwangerschaft
– Erstuntersuchung 23
– Konfliktberatung 22
– sonographische Untersuchung 415
– weitere Untersuchung 24
Schwangerschaftsabbruch 1055
– Beratung 22
– Gebührenbemessung ..... § 5 a
– Indikationsstellung 22
Schwangerschaftstest ..... 3528* f., 4081 f.
Schwebelaryngoskopie 1533
Schweinebandwurm-Antikörper 4462*
Schweißtest 752
Schwellenwert, Überschreitung ..... § 5
Schwellkörperinjektionstherapie (SKIT) 253
Scratch-Test 388
Sectio caesarea 1032
Segmentosteotomie im Kieferbereich 2710
Segmentresektion ..... 2996 f.
Sehne
– Durchschneidung 2072
– freie Transplantation 2083
– Lösung von Verwachsungen 2076
– Naht 2073
– plastische Ausschneidung 2064
– Verpflanzung 2074
Sehnenbett, operative Herstellung 2082
Sehnenscheide 2091
Sehnenscheidenpanaritium
– Eröffnung 2031
– Spülung 2090
Sehnenscheidenstenose 2084
Sehschärfe 1200
Seitenastexstirpation 2890
Seitenstränge 1436
Sekrete 3660*
Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest 4116*
Sekundenkapazität 608*
Selen 4134*
Sequenzierung 3926*, 4787*
Sequenzszintigraphie 5481*
Sequester, Spinalkanal 2562
Sequestrotomie 2651
Serienangiographie 5300*
Serotonin 4075*
Sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung 725*
Shigellen-Agglutination 4575*
Shuntanlage zur Hämodialyse 2895
Shuntoperation an herznahen Gefäßen 3069
Sialographie 5260*
Siebbeinzellen 1485, 1487
Sigmoidoskopie
– partiell 690
– vollständig 689
Silastik- oder Silikon-Plombe, Entfernung 1377
Simultan-Impfung 378
Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) 5486*
Skalenoskopie 679
Skarifikationstest 388
– zur Tumortherapie 377
Skelett
– Röntgendiagnostik 5000*

– Szintigraphie 5425*
Skelettalter 5037*
Skin-Expander
– Auffüllung 265a
– Implantation 2396
SKIT siehe unter Schwellkörperinjektionstherapie
Sklerosierungsbehandlung
– Hämorrhoiden 764
– Ösophagusvarizen 691
– Varizen 764
Sklerotomie 1357
Skelettmuskulatur-Antikörper 3822.H2*, 3848*
Somatomedin 4060*
Somatotropes Hormon (STH) 4043*
Sonntagsgebühr Zuschlag ..... D
Sonographie ..... 401 ff.
– A-Bild ..... A 409
– B-Bild (Real-Time) ..... 410 ff.
– Brustdrüse 418
– Duplexverfahren 401, 424
– fetale Entwicklung 415
– Herz 422
– transluminal v. Blutgefäßen 408
– Schilddrüse 417
– transkavitär 403
– transösophageal 402
Spalthauttransplantation 2382
Spaltlampen
– fotographie 1252
– mikroskopie 1240
Spätpotenzial-EKG ..... A 658
Spaltung einer Harnröhrenstriktur ..... A 1716
SPECT 5486*
Speichel
– drüse 1520
– fistel 1518
– steine 1519
Spektralkompensationsmethode 1228
Sperma, morphologische Differenzierung 3663
Spermatozele 1761
Spermien
– Agglutination 3664*
– Antikörper 3824*, 3850*, 3875*, 3889*
– Mucus-Penetrationstest 3665*
– Zahl und -Motalität 3667*
Spermiogramm 3668*
Sphingomyelin 3782*
Sphinkterdehnung 3236
Sphinkterotomie 3237
Sphinterinsuffizienz 3239
Spickdrähte, Entfernung ..... 2061, 2063, 2353 f.
Spinalanästhesie ..... 470 ff.
Spinalkanal
– Eröffnung 2555
– Sequesterentfernung 2562
– Stenose 2565, 2574
Spiroergometrie 606
Spirographie 605, 608
– Flussvolumenkurve 605a
Splanchnikusdurchtrennung 2604
Spondylodese 2286
Sprache, Untersuchung 1555
Sprachaudiometrie 1404
Sprachstörungen, Behandlung 726*
Sprachübungsbehandlung 1559
Spreizspekulum-Untersuchung 705
Sprunggelenk
– Bandnaht 2106
– Bandplastik 2106
Spüldrainage, Einbringen 2032
Spülung bei liegender Drainage 2093
Stammhirntumor 2551
Standardtarif ..... § 5 b
Stanger-Bad 554
Stanzen der Haut 744
Stapedius-Lautheitstest 1407
Staphylokokken-Phagentypisierung 4580*
Staphylokokkentoxin 4592*, 4598*
Stärkeagar 4717*
Staroperation 1350, 1374
Stat. Behandlung, Kosten ..... § 6 a
Steinanalyse
– Infrarotspektrometrie 3672*, 4081*, 4082*
– Röntgendiffraktion 3673*
Steißbein
– Fistel 2293
– Resektion 2294
Stellatum-Blockade 497
Stereoskopie der Stimmbänder 1416
Stereotaktische Bestrahlung 5831*
Stereotaktische Operationen 2560
Sterilisation
– bei der Frau 1156
– beim Mann 1756
Sternalpunktion 311
Sternoklavikulargelenk 2226
Sternotomie 3010
Steroidprofil 4076*
STH 4043*
Stichkanalanästhesie 300, 490

Stimmband
– Resektion 1540
– Stroboskopische Untersuchung 1416
Stimme 1556
Stimmtherapie bei Kehlkopflosen 1558
Stimmübungsbehandlung 1560
Stirnhöhle
– Anbohrung von außen 1472
– Ausspülung 1479
– operative Eröffnung 1471, 1485
– Radikaloperation 1487
– Sondierung 1478
Stoßwellenbehandlung 1860
– orthopädische (ESWT) 1800
– bei Induratio penis plastica 1860
– bei Sialithiasis 1860
– radiale 1860
Stoßwellenlithotripsie 1860
Strabismus-Prüfung 1216
Strahlendiagnostik 5000*
Strahleneinrichtung 5290*
Strahlentherapie 5800*
Strecksehne, Naht 2073
Streckverband 217
Streifentest im Urin 3511*, 3652*
Streptokokken
– B, Antigen 4520*
– Agglutination 4500*, 4572*, 4576*
– Antigen 4561*
Streptokokken-Schnelltest ..... A 4504*
Streptomycin 4178*
Streptozyme-Test 4234*
Stressechokardiographie ..... A 629
Stroboskopie der Stimmbänder 1416
Strongyloides-Antikörper 4462*
Strukturierte Schulung ..... A 36
Strumaresektion 2755
Stuhl auf Ausnutzung ..... 3508*, 3509*, A 3660*
Stuhluntersuchung auf Blut 94, 3500*, 3650*
Stützapparat, Änderung 2702
Stützvorrichtung im Kieferbereich 2700
subaquales Darmbad 533
Submandibularis-Ausführungsgang 1510
Subokzipitalpunktion 305
Subphrenischer Abszess 3136
Subtraktionsszintigraphie 5483*
Suizidversuch, Intervention 812
Swan-Ganz-Katheter 630, 632
Sympathektomie 2920
Sympathikusblockade 497
Syndaktylie, Operation 2043
Syndesmosenverletzung 2106
Synechielösung 1430
Synovektomie 2110
Szintigraphie 5400*

T

T3-Uptake-Test 4029*
Taenia solium-Antikörper 4462*
Tamponade ..... 1425 f.
Tape-Verband 206, 207
Tarsaltunnelsyndrom 2070
Tartrathemmbare saure Phosphatase (PSP) ... 3795*
TAT 855
Teilbad, Leitung 531
Teilleistung, methodisch notwendige ..... § 4
Teilmassage 520*
Telekobaltbestrahlung 5831*
Telethermographie 624
TEM 3224
Tendosynovektomie 2091
Tendosynovitis 2076, 2092
TEP, Implantation 2151
– Hüfte 2151
– Knie 2153
TESA 1114, 1767
Testosteron 4042*
Teststreifen-Untersuchung 3511*, 3652*
Testverfahren, orientierend 855*, 856*, 857*
Tetanus Antitoxin 4234*
Tetanus-Impfung 375, 378
Thallium 4197*
Theophyllin ..... A 3733*
Thermodilutionsverfahren 647
Thermographie 623
Thermokoagulation, Portio und Zervix 1084
Thermotherapie 535
– Hornhaut 1340
Thorakoplastik 2953
Thorakoskopie 677
Thorakotomie 2990
Thorax
– Operationen 2953
– Röntgendiagnostik 5135*
Thrombektomie
– Herz 3075
– venöses System 2887
Thrombelastogramm 3957*
Thrombennachweis, szintigraphisch ..... 5465* f.

Thrombin-Antithrombin-Komplex 3958*
Thrombinkoagulasezeit 3959*
Thromboplastinzeit (TPZ) 3530*, 3607*, 3960*
Thrombozyten 3550*
– Aggregation 3961*
– Ausbreitung 3962*
– Lebenszeit, nuklearmedizinische Best. 5462*
– Thrombozytenzahl 3506*, 3550*
Thrombus-Expression
– oberflächliche Beinvenen 763
– perianal 763
Thymidinkinase 3910*
Thyreoidektomie 2755, 2757
Thyreoglobulin 4070*
Thyroxin (fT4) freies - 4023*
Thyreoidea stimulierendes Hormon(TSH) ..4030.H4*
Thyreoidektomie 2755, 2757
Thyroxin (T4)
– gesamt 4031*
– bindendes Globulin (TBG) 3766*
– bindungsindex (TBI) 4029*
– bindungskapazität (TBK) 4029*
Tibiakopffraktur, Osteosynthese 2345
Tierversuch 4601*
TME 3235
Tobramicin 4180*
Todesfeststellung 100
Tokographie 1001
Tollwut-Virus-Antikörper 4333*, 4361*
Tomographie 5290*
– computergesteuert (CT) .....5369* ff.
Tonometrie 1255
– fortlaufend 1257
Tonschwellenaudiometrie 1403
Tonsillektomie 1499
– nach Blutung 1501
– LTT, RFT 1500
Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen
.....A 1870 ff.
Totenschein, Ausstellung 100
Toter
– Augapfelentnahme 104
– Entnahme von Körperflüssigkeit 102
– Herzschrittmacher-Entnahme 107
– Hornhautentnahme 105
Toxinnachweis .....4590* ff.
– Gewebekultur 4542*, 4543*
– Versuchstief 4601*
Toxoplasmose-Antikörper 4432*, 4437*,
..... 4445*, 4453*
Toxoplasma-IgG-Antikörper, Avidität 4445*
TPA 3911*
TPHA-Test 4232*, 4248*
Trabekulotomie 1382
Trachealkanüle, Wechsel 1529
Tracheotomie.....2751
Tränendrüse 1301
Tränenpünktchen 1297
Tränensack 1299
Tränensackoperation 1300
– vom Naseninnern aus 1497
Tränensackphlegmone 1292
Tränensekretionsmenge 1209
Tränenwege..... A 7018
– Dehnung usw. 1293
– Sondierung bei Kindern.....1294
– Sprengung von Strikturen.....1298
Trainingsdialyse 790
Trainingstherapie .....842 A, 846 A, 558 A
Transfemorale venöse Blutentnahme 258
Transferrin 3575*
Transfusion 280
Transhepatische Drainage 5361*
transkavitäre Untersuchung 403
Transkranielle Magnetstimulation .....A 839
Transkription von RNA 4782*
Transplantation
– Haut 2380
– Hornhaut 1346
– Leber 3184
– Nerv 2591
– Niere 1845
Transportbegleitung e.Pat. 55, 833
Transurethrale o. perkutane Endopyelotomie, Urete-
rorenoskopie ..... A 1863
Trabekulotomie 1382
Trepanation
– Schädel.....2515
– Nagel..... 303
Treponema pallidum, mikroskopisch .. 3508*, 3660*
TRH-Test 4177*
Trichiasis, plastische Korrektur 1304
Trichinelle spiralis-Antikörper 4462*
Trichogramm 4860*
Trichomonaden
– Kultur 4762*
– mikroskopisch 4743*, 4749*, 4765*
Trichterbrust, plastische Operation.....2960
Triggerpunktanästhesie .....267 f.
Triglyceride 3565*

Trijodthyronin
– (fT3), freies 4022*
– (T3), gesamt 4032*
Trockenchemie, Zuschlag Praxislabor 3511*
Trommelfell
– Anästhesie 485
– binokularmikroskopische Untersuchung 1415
– Entfernung von Granulationen 1585
– Parazentese 1575
– Vibrationsmassage 1591
Trommelfellprothese, Einsetzen oder Auswechseln 1577
Troponin-T-Schnelltest ..... A 3732*
Trypanosomabrucei, Antikörper 4462*
Trypanosoma cruzi, Antikörper .. 4446*, 4454*, 4462*
Trypanosoma-Antikörper 4432*
Trypsin 3696*, 4116*
TSH 4030*
Tubendurchgängigkeitsprüfung 1112
Tubensterilität 1148
Tuberkulin-Test 384
Tuberplastik 2675
Türkensattel, Eröffnung 1496
Tumormarker ..... 3900.H3* ff.
Tumornekrosefaktor (TNF) 3767*
– Rezeptor 4089*
Tumorstammzellenassay 3700*
Tumorszintigraphie 5430*
TURB 1802, 1803
Turbinektomie 1438
TURP 1777, 1778
Tympanoplastik 1610, 1613

U

Übende Verfahren ..... 846 f.
Überdruckbeatmung, intermittierend 501*
Überwärmungsbad, Leitung 532*
Überweisung 2*
Übungsbehandlung, krankengymnastisch 510*
Übungsbehandlung, sensomotorisch ..... 725 f.
Ulcus pepticum 3148
Ultraschall-Behandlung 539*
Ultraschall-Biomikroskopie ..... A 7014
Ultraschall-Untersuchung, s. Sonographie
Ultraschall-Doppler-Untersuchungen 644*, 645*
Ultraschallvernebelung zur Inhalationstherapie ... 500*
Umsatzsteuer-Hinweise ..... § 1
Umstellungsosteotomie 2252, 2276
Unterarmknochen, Reposition 2328
Unterkiefer
– Drahtumschlingung 2696
– Halbseitenresektion 2712
– Osteotomie nach disloziert verheilender Fraktur 2706
– partielle Resektion 2710
Unterkieferfraktur, operative Reposition 2690
Unterkieferluxation, Reposition 2680
Untersuchung
– Ganzkörperstatus 8
– neurologisch 800
– Organsystem 6, 7
– psychiatrisch 801
– symptombezogen 5
Unterwasserdruckstrahlmassage 527
Unterweisung, Bezugsperson 4
Urachusfistel, Operation 3288
Ureter
– Bougierung 1814
– Segmentresektion 1819
Ureterektomie 1818
Ureterolyse 1829, 1829a
Ureterorenoskopie 1827
Ureterpyeloskopie 1828
Ureterverweilschiene
– Anlegen 1812
– ersatzlose Entfernung 1802
Urethra
– Anästhesie 488
– Dehnung 1701, 1710
– Fremdkörperentfernung 1703, 1711
– Spülung 1700
Urethradruckprofilmessung 1798
Urethrographie 5230*
Urethroskopie 1712
Urethrotomie
– nach Otis 1715
– nach Sachse ..... A 1716
Urin
– Glukose 3560*
– Streifentest 3511*, 3652*
Urinsediment 3531*
– mit Erythrozytenmorphologie 3532*
Uroflowmetrie 1792
Urographie 5200*
Uroporphyrinsynthase 3789*
Urostomas ..... A 1796
Uterus
– Abrasio 1104
– Antefixation 1147
– endoskopische Untersuchung 1110

– Exstirpation 1138
– Exstirpation nach Ruptur 1036
– Myomenukleation 1137, 1162
– Nachblutung 1140
UV-Bestrahlung
– als Photo-Chemotherapie 565*
– bei einem Neugeborenen 566*
– selektiv 567*
– ungefiltert ..... 560* ff.

V

Vaginalatresie, plastische Operation ..... 1123 ff.
Vaginale Behandlung 1075
Vaginalring ..... 1087 f.
Vaginalzysten, Exstirpation 1141
Vaginoskopie 1062
– beim Kind 1063
Vagotomie 3154
Vakuumextraktion 1026
Valproinsäure 4181*, 4206*
Valvuloplastik 3084
Vanillinmandelsäure 4077*, 4085*
Varikozele
– Embolisationsbehandlung 5359*
– Operation 1759
– Sklerosierung 764, 5329
Varixknoten, Inzision 2880
Varizen
– Crossektomie 2883
– Exstirpation 2881
– Perforansligatur 2890
– Seitenastexstirpation 2890
Varizensklerosierung
– an den Beinen 764
– im oberen Gastrointestinaltrakt 691
Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP) 4068*
Vasomotorik, plethysmographische Prüfung 639
Vasopressin 4061*
Vasoresektion 1756
Vektorkardiographie 657
Velopharynoplastik 2626
Vena cava inferior, Unterbrechung 2898
Venae sectio 2800
Vene
– Eingriff an der Vena cava 2810
– Entnahme zum Gefäßersatz 2808
– Freilegung bzw. Unterbindung 1639, 2801
– rekonstruktive Operation 2891
– Verletzung im Extremitätenbereich 2809
Venendruckmessung
– am freigelegten Gefäß 2804
– peripher 640
– zentral
Venenembolisation, transpenil oder transskrotal ..1759
Venenkatheter, zentral 260
Venenpulsschreibung 638
Venenpunktion 250
Venenverschlussplethysmographie 641*
Venenverweilkanüle ..... A 250
Venographie 5329*
Ventrikulographie, szintigraphisch 5420*
Ventrikulozisternostomie 2541
Verband ..... 200 ff.
– Gipsfixation zusätzlich 208
– redressierender Klebeverband 201
– Tape 206, 207
Verbandmittel, Kostenersatz ..... § 10
Verbandspray, Kostenersatz ..... § 10
Vergütung ..... § § 3 ff.
– Abrechnungsvorschriften ..... § 12
– bei öffentlich-rechtlichem Kostenträger ..... § 11
– Bemessungskriterien ..... § 5 Abs. 2
Vergütungsvereinbarung, Musterformular ..... § 2
Verhaltenstherapie ..... 870 f.
Verjährung, Honorarforderung ..... § 12
Versandkosten ..... § 10
Verschiebeplastik 2381
Verschlussplethysmographie 641*
Versteifung von Gelenke ..... 2130 ff.
Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) ..... 4000*, ... 4001*, 4002*, 4012*
Vertreter, ständiger ärztlicher ..... § 4 Abs. 2
Vertretung des Wahlarztes ..... § 4
Verwaltungsgebühr 2*
Verweilen 56*
Verweilkatheter
– Einlegen 1732
– Spülung 1733
Vesikulographie 5260*
– Kontrastmitteleinbringung 370
Vestibulum 2625
Vestibulumplastik 2675
Vibrionen-Toxin 4593*
Videoendoskopie-Zuschlag ..... A 5298*
Videokontrolle s. Leistungskomplex Schlaflabor ..... A 5295*
Videonystagmographie 1413
Video-Keratoskopie 415
Vierzellenbad 553*

Virusagglutination 4631*
Viruszüchtung, Gewebekultur 4655*
Virus-Identifizierung ..... 4665* f.
Visite
– im Krankenhaus 45, 46
Viskosität 3712*
Visusäquivalenz ..... A 7001
Visus, Untersuchung 1200
Vitalkapazität 608
Vitamin A 4141
– A-Resorptionstest 4118*
– B1 ..... 4145*
– B12 ..... 4140*
– B12-Resorption, nuklearmedizinische Bestimmung 5470*
– B6 ..... 4146*
– D2 ..... 4138*, 4144*
– D3 ..... 4139*
– E 4142*
– K 4147*
– B12-Resorption 5470*
Vitrektomie 1384
Vojta-Diagnostik 714
Vojta-Therapie ..... 725 f.
Vollbad, Leitung 532*
Vollhauttransplantation 2383
Vollnarkose 453, 460
Volumenpulsschreibung 635*
Volvulus 3171
Vorbereitung CAPD ..... 790 analog
Vorhaut
– plastische Operation 1741
– Ringligatur 1741
Vorhautverklebung, Lösung 1739
Vorhofseptumdefekt
– operative Anlage 3070
– operativer Verschluss 3072
Vorläufiger Entlassungsbericht ..... A 72
Vorsorgeuntersuchung ..... 23 ff.
Vulvektomie 1159

W

Wachstumshormon (HGH) 4043*
Wärmetherapie ..... 514*, 530*, 535* ff.
Wartegg-Zeichentest 857
Warzenentfernung 745
Warzenfortsatz, Eröffnung 1597
Wasserbruch
– Operation 1761
– Punktion 318
Wasserstoffionenkonzentration (pH) 3714*
Wegegeld ..... § 8
– Berechnung bei mehreren Patienten ..... § 8 Abs. 3
Weichteilbalancing ..... 2103 analog
Wendung, geburtshilflich 1028
Westernblot 3763*
Whipple-Op 3198
Wickel 530*
WIDAL-Reaktion 4235*
Wiederaufbau Nasenrücken ..... 2253 analog
Wiederbelebung 429
Wiederherstellung der Pupillenfunktion ..... A 7022
Wiederholungsrezept 2
Wimpernfehlstellung, plast. Korrektur 1304
Wimpernhaare, Epilation 1323
Wirbelbogenresektion 2282
Wirbelfraktur
– Aufrichtung im Durchhang 2322
– operative Aufrichtung 2332
Wirbelgelenk, Kontrastmitteleinbringung 372
Wirbelgelenk, Chemonukleolyse 2279
Wirbelgelenkluxation, Reposition 2203
Wirbelsäule
– Chirotherapie 3306
– mobilisierende Behandlung 3305
– operative Versteifung 2285
– Röntgenuntersuchung ..... 5100* ff.
Wirbelsäulenverkrümmung
– Operation 2286
– Redressement 2280
Wochenendgebühr Zuschlag ..... D
Wunde
– Behandlung 2006
– Fädenentfernung 2007
– Verband 200
– Versorgung ..... 2000 ff.
Wurmeier, mikroskopisch 4744*, 4750*
Wurmfortsatz, Exstirpation 3200

X

X-Chromatin Bestimmung 4870*
Xenodiagnostik 4770*, 4771
Xeroradiographietechnik 5115*
Xylose, D 3724*, 4095*

Y

Y-Chromatin Bestimmung 4871*
Yersinien

– Agar 4538*
– Antikörper 4233*, 4249*, 4284*

Z

Zahn
– Entfernung bei extremer Verlagerung 2650
– Reposition 2685
– Röntgenuntersuchung 5000*
Zangenentbindung 1027
Zeckenuntersuchung auf Borrelien 4518*, 4783*
Zehennagel, OP 2034
Zellmaterial, Gewinnung a. Gebärmutterhöhle ...1105
Zellzählung im Urin, mikroskopisch..... 3654*
Zenkersches Divertikel 3126
Zentralvenenkatheter 260
Zentrumsdialyse, ärztliche Betreuung 792
Zeruminalpfropf, Entfernung 1565
Zervix
– Abrasio 1102
– Dehnung bei Geburt 1020
– plastische Operation.....1129
– Probeexzision 1103, 2402
– Thermokoagulation 1084
Zervixinsuffizienz, Cerclage-Behandlung 1129
Zervixriss, Naht 1043
Ziehl-Neelsen-Färbung 4512*, 4555*
Zink 4135*
Zinkleimverband..... 208
Zirkuläre Gipsverbände .....230 ff., 246, 247
Zirkulärer Verband 204
Zirkulierende Immunkomplexe 3881*
Zirkumzision 1741
Zökalfistel 3206
Zunge
– Entfernung.....1512, 1514
– Keilexzision 1513
– Probeexzision 2402
Zungenabszess, Eröffnung 1511
Zungenbändchen, Durchtrennung 1742
Zupfpräparat, histologische Untersuchung 4801*
Zuschläge
– analog für zwei weitere Bestrahlungsfelder
.....5802* analog
– Bestrahlungsfeld .....5803* analog
– Prozessrechner .....5841* analog
ZVD, Messung 648
Zwerchfell
– Hernie, Operation 3280
– relaxation, Operation 3281
– thorakaler Eingriff 2985
Zwergfadenwurm-Antikörper 4462*
Zyklodialyse 1358
Zyklodiathermie-Operation 1359
Zyklusphasenbestimmung, zytologisch 4850*
Zystoskopie 1785
Zystotonometrie 1791
Zytogenetische Untersuchung .....4870* f.
Zytologische Untersuchung..... 4850*
– Entnahme von Abstrichmaterial..... 297, 1105
Zytostatika-Infusion .....275 f.
Zytostatikasensibilität 3700*