

GOÄ / GOZ

Kommentar

Bearbeitet von

Herausgegeben von Dr. Tilman Clausen, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht und für Arbeitsrecht, und Dr. Kyrill Makoski, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Bearbeitet von den Herausgebern sowie Dr. Stefan Droste, LL.M., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Rainer Hellweg, M.Mel., Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Sören Kleinke, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Jörn Schroeder-Printzen, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht und für Sozialrecht, und Dr. Florian Wölk, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

1. Auflage 2019. Buch. XIV, 646 S. Hardcover (In Leinen)

ISBN 978 3 406 63780 3

Format (B x L): 12,8 x 19,4 cm

Gewicht: 762 g

[Recht > Handelsrecht, Wirtschaftsrecht > Versicherungsrecht](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of varying sizes, arranged in a slight arc. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
	<i>wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und /oder H nicht berechnungsfähig.</i>				
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	29,64	15,15	
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>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.</i>	450	51,30	26,23	
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen <i>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.</i>	340	38,76	19,82	
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	9,12	4,66	
K2	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,68	6,99	

VI. Berichte, Briefe

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.	40	4,56	2,33	5,36
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie). <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten.</i>	130	14,82	7,58	17,43
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	7,98	4,08	9,38
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesunderheitsbezogener Aspekte. <i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>	150	17,10	8,74	20,11
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	20,52	10,49	24,13
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	34,20	17,49	40,21
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – ggf. mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	57,00	29,14	67,03
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	13,68	6,99	16,09
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,84	3,50	
96	Schreibgebühr, je Kopie <i>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.</i>	3	0,34	0,17	

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

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.*

Sofern der Arzt zur Untersuchung eines Toten seine Praxis bzw. das Krankenhaus 1 oder aber seine Wohnung verlassen muss, so kann er für die zurückgelegte Wegstrecke eine Entschädigung nach § 8 verlangen (→ § 8 Rn. 1). Durch die Allgemeine Bestimmung von Abschnitt B.VII. wird klargestellt, dass der Arzt auch für die Untersuchung eines Toten nach § 8 Wegegeld beanspruchen kann. Da § 7 Entschädigungen nur bei „Besuchen“ der Patienten des Arztes vorsieht, hätte es ohne die Klarstellung zur Diskussion kommen können, ob die Untersuchung eines Toten sprachlich als „Besuch“ eines Patienten iSv § 7 aufgefasst werden kann. Da nur § 8 und nicht § 9 in Bezug genommen ist, stellt sich die Frage, ob der Arzt auch Reiseentschädigung verlangen kann, wenn er zur Untersuchung des Toten mehr als 25 Kilometer Wegstrecke zurücklegt. Da die Allgemeine Bestimmung des Abschnitts B.VII. der Klarstellung dient, dass ein Arzt auch bei der Untersuchung eines Toten eine Entschädigung für die zurückgelegte Wegstrecke erhalten soll, ist kein Grund ersichtlich, dem Arzt die Abrechnung einer Reiseentschädigung zu versagen, wenn die Wegstrecke mehr als 25 km beträgt. Die Abrechnung von Besuchgebühren neben den Nrn. 100 bis 107 ist nicht möglich (AG Herne/Wanne 14. 9. 1998 – 2 C 380/98; AG Oberhausen 2. 4. 1998 – 37 C 79/98). Die Gebührennummer 50 „Besuch einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung“ geht ersichtlich von einer Leistung am lebenden Patienten aus, während der Tatbestand der Leichenschau eine Leistung am verstorbenen Patienten erfasst.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
100	Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines –	250	28,50	14,57	33,52
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	17,10	8,74	20,11
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	28,50	14,57	33,52
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	26,22	13,41	30,83
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	25,08	12,82	29,49

* Die Vergütung für die Todesfeststellung soll nach dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (Stand: 5.4.2019) differenzierter ausgestaltet und wegen des erforderlichen hohen ärztlichen Zeitaufwands höher vergütet werden.

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

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.

- 1 Abschnitt C.I. regelt einen Berechnungsausschluss von Wundverbänden nach Nr. 200. Verbände nach Nr. 200, welche aufgrund von operativen Hautverletzungen zu therapeutischen Zwecken verwendet werden, sind nicht berechnungsfähig. Daraus ergibt sich, dass der Berechnungsausschluss in den Fällen greift, in denen der Arzt die Wunde durch einen operativen Eingriff selbst verursacht hat. Die erforderlichen Wundverbände werden dann als Bestandteil der operativen Leistung angesehen. Auch bei größeren chirurgischen Eingriffen ist dieser Ausschluss anerkannt. Ebenso wird ein Berechnungsausschluss bei Wundverbänden angenommen, die aufgrund einer Leistung nach den Nrn. 2000 bis 2005 erforderlich sind, wenn es sich bei dem Wundverband um einen Bestandteil einer operativen Leistung handelt. Die Leistungen der Nrn. 2000 bis 2003 beinhalten gerade den Verband als wesentlichen Leistungsumfang, sodass die Kosten bereits dadurch abgegolten werden und nicht noch durch Nr. 200 erhoben werden sollen. Um eine doppelte Abrechnung zu vermeiden, bezieht sich der Ausschluss regelmäßig auf den Zeitpunkt der operativen bzw. invasiven Leistungserbringung. Allerdings findet eine Berechnung dann statt, wenn es sich um postoperative Verbandswechsel handelt oder wenn aus einem anderen Grund ein Verband notwendig erscheint. Dies kann zB dann der Fall sein, wenn es sich um eine eigenständige Leistung im Rahmen von Erkrankungen handelt, wie es häufig in der Dermatologie der Fall sein wird. Demzufolge wird das Zielleistungsprinzip aus § 4 Abs. 2a durch den Berechnungsausschluss des Abschnitts C.I. konkretisiert (→ § 4 Rn. 50).

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher –	45	5,13	2,62	6,03
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband –	65	7,41	3,79	8,71
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'-	95	10,83	5,54	12,74

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
	scher Halskrawattenverband; Kompressions- verband				
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,98	4,08	9,38
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleinverband	100	11,40	5,83	13,41
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	3,42	1,75	4,02
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösun- gen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	17,10	8,74	20,11
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notver- band bei Frakturen –	75	8,55	4,37	10,05
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanle- gung derselben, ggf. auch veränderten Schiene –	60	6,84	3,50	8,04
212	Schienenverband mit Einschluß von min- destens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen –	160	18,24	9,33	21,45
213	Schienenverband mit Einschluß von min- destens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, ggf. auch veränderten Schiene –	100	11,40	5,83	13,41
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation –	240	27,36	13,99	32,17
217	Streckverband	230	26,22	13,41	30,83
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtexten- sion	660	75,24	38,47	88,48
225	Gipsfingerling	70	7,98	4,08	9,38
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	34,20	17,49	40,22
228	Gipsschienenverband oder Gipsantoffel	190	21,66	11,07	25,47
229	Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, ggf. auch veränderten Schiene –	130	14,82	7,58	17,43
230	Zirkulärer Gipsverband – ggf. als Gipstutor –	300	34,20	17,49	40,22
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unter- schenkels	360	41,04	20,98	48,26

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	49,02	25,06	57,65
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel –	750	85,50	43,72	100,55
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	107,16	54,79	126,02
237	Gips- oder Gipschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	42,18	21,57	49,60
238	Gipschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, ggf. auch veränderten Schiene –	200	22,80	11,66	26,81
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	85,50	43,72	100,55
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf.	940	107,16	54,79	126,02
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	12,54	6,41	14,75
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	17,10	8,74	20,11
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsole bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,54	6,41	14,75

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 Nummer 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.

Bei Abschnitt C.II. handelt es sich um Bestimmungen zur Berechnung von Blutentnahmen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantationen und Abstrichentnahmen. Arzneimittel können durch Infusion, Injektion oder durch einen parenteralen Katheter verabreicht werden. Injektionen sind Einspritzungen in das Gewebe. Hiervon zu unterscheiden ist die Infusion, die kontinuierliche Verabreichung von Flüssigkeit. Abgrenzungskriterium ist die zu verabreichende Menge (alles, was über ein Volumen von 20 ml hinausgeht, ist als Injektion zu werten). Injektionen sind grundsätzlich berechnungsfähig, außer sie werden als Teilleistung erbracht oder sind nicht von der Leistungslegende erfasst. Nach den Nrn. 252 bis 258 sind sie dann nicht berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden. Es soll vermieden werden, dass der Arzt, obwohl er nur eine Injektion verabreichen müsste, mehrere einzelne Injektionen durchführt, um mehrfach abrechnen zu können. Desweiteren dient diese Abgeltung der Kosten auch der Vermeidung von Analogabrechnungen. Finden mehrere Injektionen ohne zeitlichen Zusammenhang statt, sind diese weiterhin nebeneinander berechnungsfähig. Ist eine Mischung der Medikamente aufgrund von Unverträglichkeiten oder pharmakologischen Gründen ausgeschlossen, ist eine Verabreichung von verschiedenen Arzneimitteln auch dann abrechenbar, wenn sie im zeitlichen Zusammenhang und an verschiedenen Körperstellen erfolgt (aA Hess/Klakow-Franck Anl. GebVerz C.II. S. 357). Bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, bei denen das Einbringen von Medikamenten über einen längeren Zeitraum, also ohne einen zeitlichen Zusammenhang, notwendigerweise erfolgen muss, ist die mehrfache Berechnung nach Nrn. 252 bis 258 und Nr. 261 selbstverständlich zulässig. Der Verordnungsgeber wollte lediglich in denen Fällen, in denen eine Mischung von Arzneimitteln möglich ist, verhindern, dass der Arzt mehrfache Injektionen abrechnet, obwohl dies nicht erforderlich wäre.

Im Jahre 1996 wurde S. 2 dahingehend geändert, dass der Begriff des Behandlungstages eingeführt wurde. Die Leistungen nach den Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können fortan nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Der Behandlungstag steht einem Kalendertag von 0 bis 24 Uhr gleich. Die Infusionen der unterschiedlichen Leistungsnummern können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Dem Wortlaut nach zu urteilen ist also jeder der aufgeführten Infusionstypen einmal pro Kalendertag berechnungsfähig. Die Abrechnung von Infusionsleistungen der Nrn. 271 oder 272 ist je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag zulässig. Für die zweimalige Berechnung werden getrennte Gefäßzugänge vorausgesetzt, sodass diese Leistungen je Berechnungstag bis zu viermal (zweimal Nr. 271 und zweimal Nr. 272) berechnet werden können. Die Infusionsleistungen der Nrn. 271 bis 276 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig. Dies gilt dann nicht, wenn die Leistungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfüllt werden.

Nummer	Leistung	Punkt- zahl	Ge- bühr in DM – ein- fach –	Gebühr in Euro – ein- fach –	Gebühr in Euro – 2,3- fach – – *1,8- fach – – **1,15- fach –
250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	4,56	2,33	*4,20
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,56	2,33	*4,20
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,84	3,50	8,04
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,56	2,33	5,36
253	Injektion, intravenös	70	7,98	4,08	9,38
254	Injektion, intraarteriell	80	9,12	4,66	10,72
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,83	5,54	12,74
256	Injektion in den Periduralraum	185	21,09	10,78	24,80
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	45,60	23,31	53,62
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –	180	20,52	10,49	24,13
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –	600	68,40	34,97	80,44
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –	200	22,80	11,66	26,81
	<i>Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.</i>				
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,42	1,75	4,02
	<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidotem.</i>				
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>				
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	51,30	26,23	60,33
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	10,26	5,25	12,07