

Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Bearbeitet von
Dr. Dietrich Brück, Dr. Regina Klakow-Franck

Loseblattwerk mit 32. Aktualisierung 2016. Loseblatt. Rund 2416 S. In 3 Ordnern

ISBN 978 3 7691 3075 1

Format (B x L): 15,0 x 21,0 cm

Gewicht: 3651 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Krankenhausmanagement, Praxismanagement](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**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.

§ 1 Anwendungsbereich

Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung [1] in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates [2] :

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen [3] für die beruflichen Leistungen der Ärzte [4] bestimmen sich nach dieser Verordnung [5], soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist [6].

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind [7]. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind [8].

Amtliche Begründung zu § 1:

Abs. 1. Die Gebührenordnung regelt die Vergütungen für die Leistungen der Ärzte; sie gilt also nicht für Leistungen, die durch andere Berufsgruppen (beispielsweise Masseure oder Krankengymnasten) oder Einrichtungen (beispielsweise Krankenhäuser) abgerechnet werden.

Anderweitige gesetzliche Regelungen, die dieser Verordnung vorgehen, sind z.B. die in § 37 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes, § 18c Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes und in §§ 368 ff. und § 557 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung enthaltenen Regelungen.

... entfällt wegen Streichung von Abs. 2 durch die 3. ÄndVO.

Abs. 3 (2). Die Verpflichtung des Arztes, seine Leistungen nach den Regeln der ärztlichen Kunst auszurichten sowie den Gesichtspunkt wirtschaftlicher Leistungserbringung zu beachten, ergeben sich nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) aus dem Behandlungsvertrag und dem ärztlichen Berufsrecht. Absatz 3 zieht hieraus die gebührenrechtliche Folgerung, daß nur medizinisch notwendige Leistungen berechenbar sind. Diese Frage wird sich insbesondere stellen, wenn bereits verwertbare Röntgen- oder Laborbefunde vorliegen, die zur Diagnose herangezogen werden können. Die Berechnung von Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, bleibt zulässig, wenn sie verlangt worden sind. Die Rechtswirksamkeit des Verlangens richtet sich nach bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen.

- 1 Bundesärzteordnung.** § 11 BÄO bestimmt: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für ärztliche Leistun-

gen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

1.1 In mehreren **Verfassungsbeschwerden** gegen die Amtliche Gebührenordnung ist die vorstehend wiedergegebene gesetzliche **Ermächtigungsgrundlage** unter Hinweis auf eine fehlende **Bundeskompetenz** zum Erlaß einer Gebührenordnung für Ärzte rechtlich angegriffen worden. Ähnliche Bedenken hatte der Bundesrat im Gesetzgebungsverfahren zur Verabschiedung der Bundesärztleordnung im Jahre 1961 geltend gemacht, später jedoch zurückgestellt, nachdem die Zuständigkeit des Bundes insoweit zusätzlich auf Art. 74 Nr. 11 GG (Recht der Wirtschaft) gestützt worden war.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluß vom 12. 12. 1984 – I BvR 1249/83 – (DÄ 1985, 937 = NJW 1985, 2185) diese Zuordnung des § 11 BÄO in das **Recht der Wirtschaft** bestätigt. Zur Begründung wird insbesondere auf den historischen Zusammenhang und die zunächst in der Gewerbeordnung enthaltene Rechtsgrundlage für den Erlaß von Gebührenordnungen hingewiesen.

Mit der Reichsärztleordnung vom 13. 12. 1935 sei zwar die Ermächtigungsgrundlage zum Erlaß ärztlicher Gebührenordnungen in § 80 Abs. 2 der Reichsgewerbeordnung außer Kraft gesetzt worden, weil der ärztliche Beruf nicht mehr dem Gewerbe zugeordnet worden sei. Die Verlagerung dieser Ermächtigungsgrundlage in die Reichsärztleordnung (§ 15 Abs. 1) habe aber an der Zuordnung dieses Regelungsbereiches in das Recht der Wirtschaft und damit in eine Materie der Bundesgesetzgebung nichts geändert.

Die Entstehungsgeschichte des Art. 74 Nr. 19 GG, wonach dem Bund die Kompetenz zur Regelung der Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen übertragen worden war und dementsprechend die Regelung der ärztlichen Berufsausübung in der Gesetzgebungskompetenz der Länder verblieb, läßt nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts keinen Schluß darauf zu, daß der Grundgesetzgeber an der früheren reichseinheitlichen Zuständigkeit für das ärztliche Gebührenwesen etwas ändern wollte. Auch die Aufzählung einzelner Wirtschaftszweige in Art. 74 Nr. 11 GG lasse nicht den Schluß zu, daß sich die Zuständigkeit des Bundes zur Regelung des Rechts der Wirtschaft hierauf beschränke. Der Begriff „Recht der Wirtschaft“ im Sinne des Art 74 Nr. 11 GG sei vielmehr nach gefestigter Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts weit zu verstehen.

In derselben Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts wurden auch erhobene Einwände gegen die **inhaltliche Bestimmtheit der Ermächtigungsgrundlage** zum Erlaß einer Amtlichen Gebührenordnung zurückgewiesen.

Inhalt, Zweck und Ausmaß der durch § 11 BÄO erteilten Ermächtigung seien mit der für Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG genügenden Deutlichkeit bestimmt. „Wenn der Ordnungsgeber verpflichtet wird, den berechtigten Interessen von Ärzten und Patienten Rechnung bei der Bestimmung der Gebührensätze zu tragen, so wird damit der Zweck hervorgehoben, nämlich einen Ausgleich

zwischen den widerstreitenden Interessen von Ärzten und Patienten herbeizuführen, weder ein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen noch ein zu geringes Honorar fordern zu dürfen. Zugleich wird durch die Begrenzung auf Mindest- und Höchstsätze unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen von Ärzten und Patienten auch das Ausmaß der zu treffenden Regelung bestimmt. Hieraus läßt sich der mögliche Inhalt der zu erlassenden Verordnung voraussehen; dem Verordnungsgeber sind die Grenzen aufgezeigt, die er einzuhalten hat, soll die Verordnung von der Ermächtigung gedeckt sein.“ (BVerfGE a.a.O.)

Das Bundesverfassungsgericht hat es in dieser Entscheidung abgelehnt, Einwände, die sich auf den konkreten Inhalt der neuen Amtlichen Gebührenordnung und die Einhaltung der Ermächtigungsgrundlage des § 11 BÄO beziehen, zu überprüfen. Der Zulässigkeit der insoweit gegen **Einzelbestimmungen** der GOÄ erhobenen Verfassungsbeschwerden stehe der **Grundsatz der Subsidiarität** entgegen. Es könne nicht Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts sein, die Angemessenheit einzelner Gebührensätze zu klären, allgemeine Ermittlungen zu nachteiligen finanziellen Auswirkungen einzelner Vorschriften und Gebührensätzen anzustellen und etwa zu prüfen, ob in bestimmten Fällen bei der Abrechnung nach der Gebührenordnung von 1982 tatsächlich nicht einmal eine Kostendeckung zu erzielen sei.

Die erstrebte Kontrolle einzelner Vorschriften würde das Bundesverfassungsgericht dazu zwingen, deren Gültigkeit unabhängig von konkreten Anwendungsfällen und ohne Anhaltspunkte für Auswirkungen auf die einzelnen Beschwerdeführer zu untersuchen. Dies sei aber nicht Sinn und Funktion einer Verfassungsbeschwerde, sondern müsse einer **Prüfung durch die Fachgerichte** im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten über Gebührenforderungen vorbehalten bleiben. Dabei sei durch die Fachgerichte auch jeweils zu prüfen, ob die angegriffene Vorschrift der Gebührenordnung von der Ermächtigungsnorm des § 11 BÄO gedeckt sei, da sich das Verwerfungsmonopol des Bundesverfassungsgerichts nur auf nachkonstitutionelle Gesetze im formellen Sinne beziehe, nicht aber auf Verordnungen.

Die Bestätigung der Kompetenz des Bundes zum Erlass einer Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte durch das Bundesverfassungsgericht ist zu begrüßen. Es konnte weder im Interesse der Gesamtärzteschaft noch im Interesse der Zahlungspflichtigen bzw. hinter ihnen stehender Kostenträger liegen, wenn aufgrund landesrechtlicher Regelungen des ärztlichen Gebührenwesens die Gefahr einer Rechtszersplitterung und Unüberschaubarkeit des ärztlichen Gebührenrechts eingetreten wäre.

Die verfassungsrechtliche Kontrolle einzelner Vorschriften der GOÄ obliegt nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes primär den Fachgerichten. Dabei kommen für Honorarstreitigkeiten nicht nur die ordentlichen Gerichte als Fachgerichte in Betracht, sondern bei der Geltendmachung von Beihilfeansprüchen auch die Verwaltungsgerichte.

§ 8 Wegegeld

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

- | | | |
|--|---------------------------|------------|
| 1. bis zu zwei Kilometern | 7,- Deutsche Mark | [3,58 €], |
| bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) | 14,- Deutsche Mark | [7,16 €], |
| 2. mehr als zwei Kilometern | | |
| bis zu fünf Kilometern | 13,- Deutsche Mark | [6,65 €], |
| bei Nacht | 20,- Deutsche Mark | [10,23 €], |
| 3. mehr als fünf Kilometern | | |
| bis zu zehn Kilometern | 20,- Deutsche Mark | [10,23 €], |
| bei Nacht | 30,- Deutsche Mark | [15,34 €], |
| 4. mehr als zehn Kilometern | | |
| bis zu fünfundzwanzig Kilometern | 30,- Deutsche Mark | [15,34 €], |
| bei Nacht | 50,- Deutsche Mark | [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].

(3) Werden mehrere Patienten [4] in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht [5], darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichererstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Amtliche Begründung (4. ÄndVO):

Die Neufassung übernimmt im wesentlichen die Systematik, die der Berechnung des Wegegeldes im vertragsärztlichen Bereich zugrunde liegt. Mit einer rein entfernungsabhängigen Wegepauschale auch bei Besuch mehrerer Patienten auf einem Wege vermeidet die Neuregelung die mit der bisherigen Fassung verbundenen Abrechnungsschwierigkeiten. Die Wegegeldregelung wird dadurch insgesamt transparenter und aus der Sicht des Patienten nachvollziehbarer. Absatz 2 trägt nunmehr dem nicht seltenen Fall Rechnung, daß der Arzt den Besuch von seiner von der Praxisstelle entfernten Wohnung aus ausführt. Absatz 3 stellt ausdrücklich klar, daß das Wegegeld bei Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim auch dann insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnet werden darf, wenn die besuchten Patienten unterschiedlichen Versicherungssystemen angehören (Privatversicherte, GKV-Versicherte).

- 1 **Wegegeld.** Im Rahmen der Preugo standen dem Arzt neben den Besuchsgeldern „Fuhrkosten“, die unter bestimmten Voraussetzungen (mehr als 1 km) berechnet werden konnten, zu (Pos. II A 8 ff.). Im Rahmen der E-Adgo (Exemplar vom 1. 1. 1952) sind dagegen (erstmalig) Wegegebühren genannt

(§ 7a). Während Fuhrkosten eine variable Größe darstellten, sind Wegegelder festgesetzte Entschädigungen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einer auf den zurückgelegten Kilometer bezogenen Entschädigung (**Kilometerpauschale**) und einer auf einen bestimmten Umkreis um den Praxissitz unabhängigen von den zurückgelegten Kilometern bezogenen Pauschale (**Wegepauschale**). Während die GOÄ in der bis zum 31. 12. 1995 geltenden Fassung mit Ausnahme von Besuchen innerhalb eines Umkreises von 2 Km eine Kilometerpauschale enthielt setzt § 8 idF. der 4. ÄndVO nunmehr generell Wegepauschalen für Besuche innerhalb definierter Umkreise um den Praxissitz fest.

- 1.1 Die Berechnung eines Wegegeldes ist von der **Durchführung eines Besuchs** nach den GOÄ-Positionen 5 — 8 abhängig. Ein solcher Besuch liegt vor, wenn der Arzt seine Praxisräume verläßt und einen Kranken in dessen häuslichem Lebensbereich oder bei einem Notfall am Notfallort aufsucht. Hält sich der Arzt zum Zeitpunkt der Besuchsanforderung in seiner Wohnung auf und sucht den Patienten unmittelbar von dort aus auf, so liegt ebenfalls ein Besuch vor, wobei für die Berechnung des Wegegeldes aufgrund der Neuregelung in Abs. 2 durch die 4. ÄndVO dann der Wohnsitz und nicht mehr die Praxisstelle maßgebend ist.
- 1.2 Ein Besuch liegt nicht vor, wenn der Arzt von seiner Wohnung aus seine **berufliche Arbeitsstätte** aufsucht, von der aus er nach Maßgabe des abgeschlossenen Dienstvertrages oder der Ankündigung einer Niederlassung seine ärztliche Leistungserbringung schuldet. Das Aufsuchen der eigenen Praxis bzw. das Aufsuchen des Krankenhauses durch einen Belegarzt oder einen leitenden Krankenhausarzt kann daher nicht als Besuch gewertet werden mit der Folge, daß auch ein Wegegeld nicht berechnet werden kann.

Dies gilt auch dann, wenn der Arzt z.B. in der Nacht dringend zu einem Krankenhauspatienten in das Krankenhaus gerufen wird. Aus vertraglichen Vergütungsregelungen im Bereich der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung von Kassenpatienten, wonach in solchen Fällen eine Besuchsgebühr durch den Kassenarzt berechnet werden kann, kann nichts anderes gefolgert werden, da es sich insoweit um spezifisch vertragsarztrechtliche Vergütungsregelungen handelt, deren Notwendigkeit sich u.a. auch daraus ergibt, daß besondere Erschwernisse in der Leistungserbringung nicht durch einen Gebührenrahmen ausgeglichen werden können (wie hier Hoffmann, Erl. 6 zu § 9; Wezel-Liebold, Kommentar zu § 5 GOÄ; Bundesarbeitsministerium GMBI 1985, S. 403, abweichend Weißauer, Der Frauenarzt 1983, 62f.).

„Wege- und Verweilgebühren kann der Kläger nicht in Anspruch nehmen. Unstreitig hat die stationäre Behandlung der Beklagten in der eigenen Klinik des Klägers stattgefunden. Für diesen Fall sind aber Behandlungen so anzusehen, als wären sie in der Praxis oder in der Wohnung des Arztes erfolgt. Damit scheiden Wege- und Verweilgebühren aus.“ (OLG. Frankfurt/Main NJW 1977, 33, 1497)

F Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

600 **Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschl. graphischer Darstellung** 73 4,25

Der **Schellongsche Stehversuch** dient im wesentlichen der Erkennung und Klassifizierung hypotoner Kreislaufregulationsstörungen. Eine zusätzlich zum Ruhe-EKG erfolgende EKG-Registrierung im Stehen (**Orthostase-EKG**) rechtfertigt nicht die Berechnung der Nr. 600. Diese Modifikation des Ruhe-EKGs kann über die Wahl eines geeigneten Gebührensatzes für die Leistung nach Nr. 651 abgegolten werden.

Die **ergometrische Funktionsprüfung** mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer ist aufgrund der Empfehlungen der Bundesärztekammer zu „Analogen Bewertungen“ als Nr. A 796 (analog Nr. 650) berechnungsfähig.

601 **Hyperventilationsprüfung** 44 2,56

Obsoleter Leistung, nicht als Provokationsmethode (z. B. beim EEG) berechnungsfähig.

602 ● **Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) — gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung —** 152 8,86

Die Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut kann sowohl **blutig** (aus dem Blut) als auch **unblutig** (transkutan) erfolgen. Der fakultative Einschluß mehrerer oxymetrischer Untersuchungen bezieht sich stets nur auf mehrere Untersuchungen im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes bzw. derselben Inanspruchnahme. In diesem Rahmen sind sowohl **Kontrollbestimmungen** als auch weitere Bestimmungen unter und nach Belastung mit der Leistung nach Nr. 602 abgegolten. Dagegen ist die Auffassung, auch oxymetrische Untersuchungen anlässlich mehrfacher Inanspruchnahmen durch denselben Patienten seien — ggf. sogar über mehrere Tage hinweg — mit der einmaligen Berechnung der Nr. 602 abgegolten, offensichtlich abwegig (vgl. RdNrn. zu Nr. 626).

Die Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung ist auch nach Nr. 3692 im Abschnitt M III 3 berechnungsfähig. Wegen der geringeren Bewertung (60 Punkte, Labor-Multiplikator) dieser ansonsten identischen Leistung wird der Arzt in der Regel die Nr. 602 berechnen (vgl. hierzu Kommentar zu Nr. 3692).

Transkutane Messungen des **Sauerstoffpartialdrucks** sind nach Nr. 614 abzurechnen. Die **Blutgasanalyse** ist nach Nr. 3710 berechnungsfähig. Die Berechnung der Nr. 602 neben der Nr. 3710 ist grundsätzlich möglich, allerdings begrenzt auf bestimmte medizinische Indikationen (z.B. bei Anämie).

- 603 Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode — gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung — 90 5,25**

Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.

Die Bestimmung des Atemwegwiderstandes mittels Ganzkörperplethysmographie wird nach Nr. 610 abgerechnet.

- 604 Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen — gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung — . . . 160 9,33**

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.

Für die Bestimmung der Wirkung bronchokonstriktorischer und broncholytischer Substanzen stehen in der GOÄ — je nach gewählter Bestimmungsmethode — drei Positionen zur Verfügung:

- die Bestimmung des **Atemwegwiderstandes** nach Nr. 604,
- die Bestimmung der **Sekundenkapazität** nach Nr. 609 und
- die **ganzkörperplethysmographische Bestimmung** der Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes nach Nr. 612.

(Für weitere Einzelheiten der Berechnung siehe RdNrn. zu Nr. 609).

Orientierungstabelle zur Umsetzung von GOÄ- in EBM-Nummern

Auch nach dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz – GKVSolG) vom 19. Dez. 1998 besteht die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung für freiwillige Mitglieder der GKV weiter.

Einem GKV-Patienten, der die Kostenerstattung wählt, ist die ärztliche Rechnung auf der Grundlage der GOÄ zu stellen. Die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse an den Patienten ist jedoch in der Höhe auf den Betrag begrenzt, den die Kasse bei Sachleistung zu tragen hätte. Diese Bestimmung hat zur Folge, daß die Leistungspositionen der GOÄ-Rechnung bei der Bearbeitung durch die Krankenkasse in die entsprechenden Leistungen der Vertragsgebührenordnungen umgesetzt werden müssen. Für den Arzt ist der Vergleich zwischen GOÄ und EBM von Interesse, um das Zuzahlungsrisiko seines Patienten abschätzen und diesen darüber informieren zu können.

Nur ein Teil der GOÄ-Nummern sind inhaltlich weitgehend identisch mit EBM-Nummern und können problemlos umgesetzt werden. Sehr viel schwieriger gestaltet sich die Umsetzung der übrigen Leistungen wegen der strukturellen Unterschiede zwischen der GOÄ und den Vertragsgebührenordnungen.

So können mehrere gesondert berechnungsfähige GOÄ-Leistungen in einem nur einmal berechnungsfähigen EBM-Komplex zusammengefaßt sein, der umgekehrte Fall kommt ebenfalls vor. Die Anwendung von Höchstwerten, der Ausschluß von Nebeneinanderberechnungen und die Abrechnungsvoraussetzungen für einzelne Leistungen unterscheiden sich in den beiden Gebührenwerken. Schließlich sind einige GOÄ-Leistungen nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung und finden sich Leistungen des (medizinisch aktuelleren) EBM nicht in der GOÄ.

In den nachfolgenden Umsetzungsempfehlungen sind die hauptsächlichlichen Zuordnungskriterien in Form von Schlüsseln typisiert. Im Einzelfall ist es erforderlich, konkrete Einzelheiten, wie z.B. zeit- und/oder indikationsabhängige Legendenformulierungen und Abrechnungsbestimmungen oder Fachgebietsbeschränkungen in den Zuordnungsprozeß einzubeziehen.

Umsetzung von GOÄ- in EBM-Nummern

Zuordnungsschlüssel für den Vergleich GOÄ-Nr. zu EBM-Nr.

Vorbemerkung: Wegen der strukturellen Besonderheiten im Laborabschnitt ist dieser gesondert behandelt und der Zuordnungsschlüssel dort spezifisch gefaßt.

<u>Schlüssel</u>	<u>Erläuterung</u>
1	GOÄ- und EBM-Leistungsinhalt (fast) identisch.
2	GOÄ- und EBM-Leistungsinhalt sind ähnlich.
3	Die GOÄ-Leistung ist im EBM nicht inhaltsgleich oder ähnlich, aber zuordnenbar.
4	Die GOÄ-Leistung ist Bestandteil eines EBM-Komplexes.
5	Die EBM-Leistung ist Bestandteil eines GOÄ-Komplexes.
6	Die GOÄ-Leistung ist im EBM nicht enthalten.
7	Ggf. in Verträgen der KBV mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern enthalten.
8	Ggf. vertragsärztlich regionale Vereinbarungen.

Anmerkung: Die Zuordnung zu Nr. 95 ff. des EBM heißt, daß diese GOÄ-Leistung im EBM nicht explizit aufgeführt ist, aber nach Abschnitt B VIII EBM berechnet werden kann. Wegen der im Einzelfall bei besonderen Schwierigkeiten der Operation möglichen Streuung der Operationszeit und der erforderlichen Assistenz ist die generelle Zuordnung zu einer bestimmten Nummer dieses EBM-Abschnittes nicht möglich.

GOÄ-Nr.	HöW-Nr.	EBM-Nr(n).	Zuordnungsschlüssel
3500		159, 3520	2, 3
3501		3550	1

Umsetzung von GOÄ- in EBM-Nummern

GOÄ-Nr.	HöW-Nr.	EBM-Nr(n).	Zuordnungsschlüssel
3502		3620	1
3503		3514, 3840, 3841, 3843	2, 3
3504		3510, 3840, 3841, 3843	2, 3
3505		3511, 3840, 3841, 3843	2, 3
3506		3512, 3840, 3841, 3843	2, 3
3508		167, 3602	2, 3
3509		3602	1
3510		3615 u.v.a.	3
3511		3500	1
3512		3685	1
3513		3683	1
3514		3661	1
3515		3681	1
3516		3682	1
3517		3513, 3840, 3841, 3843	2, 3
3518		3668	1
3519		3694	1
3520		3670, 3671	2, 3
3521		3686	1
3523		3852	1
3524		3850	1
3525		3855	1
3526		3851	1
3528		3854	1
3529		3854	1
3530		3823	1
3531		3501, 3622	2, 3
3532		3501, 3622	2, 3
3541	.H	Im EBM ohne Höchstwert	
3550		3840, 3841, 3843	2, 3, 5
3551		3842, 3843	2, 3, 5
3552		3611	2
3555		3695	1
3556		3697	1
3557		3694	1
3558		3696	1
3560		3661	1

Umsetzung von GOÄ- in EBM-Nummern

GOÄ-Nr.	HöW-Nr.	EBM-Nr(n).	Zuordnungsschlüssel
3561		3722	1
3562	.H1	3664	1
3563	.H1	3665	1
3564	.H1	3666	1
3565	.H1	3667	1
3570	.H1	Keine EBM-Nr.	8
3571		3740, 3741, 3742	3
3572		4310	1
3573	.H1	3660	1
3574		3800	1
3575		3743	1
3580	.H1	3700	1
3581	.H1	3662	1
3582		3663	1
3583	.H1	3668	1
3584	.H1	3669	1
3585	.H1	3670, 3671	2, 3
3587	.H1	3680	1
3588	.H1	3685	1
3589	.H1	3691	1
3590	.H1	3687	1
3591	.H1	3720	1
3592	.H1	3683	1
3593	.H1	3689	1
3594	.H1	3681	1
3595	.H1	3682	1
3596	.H1	3690	1
3597	.H1	3688	1
3598	.H1	3686	1
3599		3692	1
3605		3822	1
3606		3825	1
3607		3823	1
3610		3685 (2x)	4
3611		3661 (4x)	4
3612		3661 (7x)	4
3613		3661 (4x)	4