

 Abrechnung erfolgreich und optimal

Peter M. Hermanns
Enrico Schwartz
Katharina von Pannwitz
Hrsg.

GÖÄ 2026 Kommentar, IGeL-Abrechnung

Gebührenordnung
für Ärztinnen und Ärzte

20. Auflage

 Springer

Abrechnung erfolgreich und optimal

Gute Leistung muss gut bezahlt werden

Je besser Ihre Kenntnis im komplexen Feld der Abrechnung medizinischer Leistungen ist, desto besser ist das Ergebnis für Ihre Praxis bzw. Klinik.

Abrechenbarkeit, Steigerungssätze, analoge Bewertungen, mögliche Ausschlüsse, aktuelle Gerichtsurteile ...

Praktische Abrechnungstipps, Auslegungshinweise, Beschlüsse, Richtlinien von KBV und regionalen KVen, G-BA, SGB, BÄK und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen, Berufsverbänden, PVS ...

Kassenpatient, Privatpatient, Selbstzahler:

Alle Informationen für die erfolgreich optimierte Abrechnung korrekt, vollständig, verlässlich

Peter M. Hermanns · Enrico Schwartz ·
Katharina von Pannwitz
(Hrsg.)

GOÄ 2026

Kommentar,

IGeL-Abrechnung

Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte

20., vollständig überarbeitete Auflage

Unter Mitarbeit von Constanze Barufke-Haupt, Jürgen Büttner,
Marcus Heidemann, Oliver Krauß, Bernd Niedermeyer und
Frank-Gerald B. Pajonk

Hrsg.

Peter M. Hermanns
Hamburg, Deutschland

Enrico Schwartz
Langenbach, Deutschland

Katharina von Pannwitz
München, Deutschland

ISSN 2628-3190

ISSN 2628-3204 (electronic)

Abrechnung erfolgreich und optimal

ISBN 978-3-662-72339-5

ISBN 978-3-662-72340-1 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-72340-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk basiert auf Inhalten der Abrechnungsdatenbank, Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2012, 2013, 2014, 2015, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Fotonachweis Umschlag: © stockphoto-graf/stock.adobe.com, ID: 144594370
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin

Planung/Lektorat: Hinrich Kuester

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Inhalt

Herausgeber und Mitarbeiter	XIII
Abkürzungen	XV
Vorwort	XVI
Gebührenordnung für Ärzte § 1 bis § 12	1–57
Die einzelnen Vorschriften der GOÄ	
§ 1 Anwendungsbereich	1
§ 2 Abweichende Vereinbarung	8
§ 3 Vergütungen	14
§ 4 Gebühren	15
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	27
§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen	34
§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung	35
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	37
§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung	42
§ 7 Entschädigungen	44
§ 8 Wegegeld	44
§ 9 Reiseentschädigung	45
§ 10 Ersatz von Auslagen	45
§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger	48
§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	49
Inkrafttreten dieser Verordnung	57
<hr/>	
Informationen zur Beihilfe	
Hinweise des BMI zu § 6 BhV Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit	58
1. Abschnitt 1: Völliger Ausschluss	59
2. Abschnitt 2: Teilweiser Ausschluss	60
Rechtsprechung	61
<hr/>	
Weitere wichtige Urteile für Praxis und Klinik	65
Umsatzsteuerpflicht für Ärzte	67
Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen	73
A Gebühren in besonderen Fällen	73
B Grundleistungen und allgemeine Leistungen	1–109 75
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	1–15 analog 78
II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8	A–D, K1 90
III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen	20–A36 93
Übersicht der Untersuchungen und Vorsorgemaßnahmen einer Schwangerschaft	96
General-Check-up (GOÄ Nr. 29)	104
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz	45–62 analog 112
V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45–62, 100 und 101	E–J, K2 121
VI. Berichte, Briefe	70–96 123
VII. Todesfeststellung mit den Honorarerhöhungen zum 1.1.2020	100–109 128
Die ärztliche Leichenschau und Dokumentation – mit ICD-10-WHO Kodierungen	132

C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	200–449	137
I.	Anlegen von Verbänden.....	200–247	137
II.	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen.....	250–298	144
III.	Punktionen.....	300–321	157
IV.	Kontrastmitteleinbringungen.....	340–374	163
V.	Impfungen und Testungen.....	375–399 analog	167
VI.	Sonographische Leistungen.....	401–424 analog	174
VII.	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen.....	427–437	183
VIII.	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen.....	440–449	186
	Auf einen Blick: Schmerztherapie		190
D	Anästhesieleistungen	450–498	195
E	Physikalisch-medizinische Leistungen	500*–569*	203
I.	Inhalationen.....	500*, 501*	203
II.	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen.....	505*–A518*	203
III.	Massagen.....	520*–527* analog	205
IV.	Hydrotherapie und Packungen.....	530*–533* analog	206
V.	Wärmebehandlung.....	535*–539* analog	207
VI.	Elektrotherapie.....	548*–558* analog	207
VII.	Lichttherapie.....	560*–569*	210
F	Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	600–A796	213
	Auf einen Blick: Schlafmedizin		213
G	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	800–A888	251
	Auf einen Blick: Medizinische Trainingstherapie		264
H	Geburtshilfe und Gynäkologie	1001–1168	277
	Auf einen Blick: Reproduktionsmedizinische Leistungen		277
	Auf einen Blick: Abrechnung eines Schwangerschaftsabbruchs nach § 5a GOÄ		287
I	Augenheilkunde	1200–A1387.2	299
	Analogiebewertung augenheilkundlicher Leistungen gemäß Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses bei der Bundesärztekammer ...	A7001–424 analog	322
J	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	1400–1639	327
K	Urologie	1700–A1890	353
L	Chirurgie, Orthopädie	2000–3321	375
I	Wundversorgung, Fremdkörperentfernung.....	2000–2015	376
II	Extremitätenchirurgie.....	2029–2093	380
III	Gelenkchirurgie.....	2100–2196	387
IV	Gelenkluxation.....	2203–2241	409
V	Knochenchirurgie.....	2250–2297	413
VI	Frakturbehandlung.....	2320–2358	419
VII	Chirurgie der Körperoberfläche.....	2380–2454 analog	424
VIII	Neurochirurgie.....	2500–2604	433
IX	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.....	2620–2732	442
X	Halschirurgie.....	2750–2760	449
XI	Gefäßchirurgie.....	2800–2921	452
	1 Allgemeine Verrichtungen.....	2800–2810	452
	2 Arterienchirurgie.....	2820–2844	454
	3 Venenchirurgie.....	2880–2902	456
	4 Sympathikuschirurgie.....	2920–2921	460
XII	Thoraxchirurgie.....	2950–3013	460
XIII	Herzchirurgie.....	3050–3097	464
XIV	Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie.....	3120–3241	470
XV	Hernienchirurgie.....	3280–A3289	480
XVI	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen.....	3300–3321	482

M	Laboratoriumsuntersuchungen	3500*–4787*	485
	Auf einen Blick: Das GOÄ-Labor		485
	Allgemeine Bestimmungen		485
	Auf einen Blick: Laboruntersuchungen Praxislabor und außerhalb des Praxislabors		488
	Auf einen Blick: Hinweise zur Abrechnung von Laborleistungen nach GOÄ		489
I	Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis	3500*–3532*	490
II	Basislabor	3541.H*–3621*	493
	1 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen ..	3550*–3552*	495
	2 Elektrolyte, Wasserhaushalt	3555*–3558*	495
	3 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel	3560*–3565*.H1	495
	4 Proteine, Elektrophoreseverfahren	3570.H1*–3575*	496
	5 Substrate, Metabolite, Enzyme	3580.H1*–3599*	497
	6 Gerinnungssystem	3605*–3607*	498
	7 Funktionsteste	3610*–3615*	498
	8 Spurenlemente	3620*–3621*	499
III	Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen	3630*.H–4469*	499
	Auf einen Blick: Höchstwerte	3630.H*–3633.H*	499
	1 Ausscheidungen (Urin, Stuhl)	3650*–3654*	501
	2 Sekrete, Liquor, Konkremente	3660*–3673*	501
	3 Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen ..	3680*–3700*	503
	4 Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten	3710*–3716*	504
	5 Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel	3721*–A3734*	505
	6 Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren	3735*–3768*	506
	7 Substrate, Metabolite, Enzyme	3774*–3796*	510
	8 Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene	3805.H2*–3889*	511
	9 Antikörper gegen körperfremde Antigene	3890*–3898*	515
	10 Tumormarker	3900.H3*–3911.H3*	516
	Auf einen Blick: Tumormarker		516
	11 Nukleinsäuren und ihre Metabolite	3920*–3926*	520
	12 Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsysteme	3930*–3971*	521
	13 Blutgruppenmerkmale, HLA System	3980*–4014*	523
	14 Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren	4020*–4089*	526
	15 Funktionsteste	4090*–4118*	529
	16 Porphyrine und ihre Vorläufer	4120*–4126*	531
	17 Spurenelemente, Vitamine	4130*–4147*	532
	18 Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen	4150*–4214*	533
	19 Antikörper gegen Bakterienantigene	4220*–4297*	536
	20 Antikörper gegen Virusantigene	4300*–4409*	539
	Auf einen Blick: Einteilung der Antikörper-Bestimmungen gegen Virusantigene		540
	21 Antikörper gegen Pilzantigene	4415*–4427*	544
	22 Antikörper gegen Parasitenantigene	4430*–4469*	545
IV	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern	4500*–4787*	547
1	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien	4500*–4614*	547
	a Untersuchungen im Nativmaterial	4500*–4525*	547
	b Züchtung und Gewebekultur	4530*–4543*	548
	c Identifizierung/Typisierung	4545*–4585*	549
	d Toxinnachweis	4590*–4601*	552
	e Keimzahl, Hemmstoffe	4605*–4607*	552
	f Empfindlichkeitstestung	4610*–4614*	553
2	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren ..	4630*–4680*	553
	a Untersuchungen im Nativmaterial	4630*–4648*	553
	b Züchtung	4655*	555
	c Identifizierung, Charakterisierung	4665*–4680*	555
3	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen ...	4705*–4728*	556
	a Untersuchungen im Nativmaterial	4705*–4713*	556

	b Züchtung	4715*–4717*	556
	c Identifizierung, Charakterisierung	4720*–4724*	557
	d Empfindlichkeitstestung	4727*–4728*	557
4	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten	4740*–4771*	557
	a Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung	4740*–4759*	557
	b Züchtung	4760*–4763*	559
	c Identifizierung	4765*–4768*	559
	d Xenodiagnostische Untersuchungen	4770*–4771*	559
5	Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten	4780*–4787*	560
N	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	4800*–4873* analog	561
I	Histologie	4800*–4816*	561
II	Zytologie	4850*–4860*	562
III	Zytogenetik	4870*–4873* analog	563
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	5000*–A5855*	565
I	Strahlendiagnostik	5000*–5380*	565
	1. Skelett	5000*–5121* analog	566
	2. Hals- und Brustorgane	5130*–5140* analog	571
	3. Bauch- und Verdauungsorgane	5150*–5250*	572
	4. Spezialuntersuchungen	5260*–5298* analog	574
	5. Angiographie	5300*–5339*	577
	6. Interventionelle Maßnahmen	5345*–5361*	581
	7. Computertomographie	5369*–5380*	585
II	Nuklearmedizin	5400*–5607*	589
	1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)	5400*–5489*	590
	a. Schilddrüse	5400*–5403*	590
	b. Gehirn	5410*–5411*	590
	c. Lunge	5415*–5416*	591
	d. Herz	5420*–5424*	591
	e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie	5425*–5428*	592
	f. Tumorszintigraphie	5430*–5431*	592
	g. Nieren	5440*–5444*	593
	h. Endokrine Organe	5450*	594
	i. Gastrointestinaltrakt	5455*–5456*	594
	j. Hämatologie, Angiologie	5460*–5466*	594
	k. Resorptions- und Exkretionsteste	5470*	595
	l. Sonstiges	5472*–5474*	595
	m. Mineralgehalt	5475*	596
	n. Ergänzungsleistungen	5480*–5485*	596
	o. Emissions-Computer-Tomographie	5486*–5489*	597
	2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)	5600*–5607*	598
III	Magnetresonanztomographie	5700*–5735*	599
IV	Strahlentherapie	5800*–A5866*	607
	1 Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen	5800*–5806*	608
	2 Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung	5810*–5813*	609
	3 Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)	A5830*–5837*	609
	4 Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	5840*–5846* analog	611
	5 Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken	5851*–A5861*	614
	6 Abrechnung der sterotaktisch fraktionierten Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger	A5863*–A5866*	617
P	Sektionsleistungen	6000–6018	621
	Analoge Bewertungen		623
	Hinweise und Leistungsübersicht zur Abrechnung nach GOÄ für Zahnärzte		625

Abrechnung IGeL Leistungen

IGeL-Beispiele für Praxis und Klinik 629

A. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Diskussion 631

1. Untersuchung zu IGeL 632
2. IGeL in der Diskussion 632
3. Informationen zum IGeL für Patientinnen und Patienten 634
4. IGeL-Leistungen korrekt erbringen und abrechnen 634

B. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten – Kostenerstattung 635

I. Konzeption 635

II. Privatbehandlung und Liquidation bei GKV-Versicherten 635

1. Leistungsanspruch des Versicherten und korrespondierende Leistungsverpflichtung des Vertragsarztes 635
 - 1.1 Sachleistungsanspruch als Grundsatz 635
 - 1.2 Wirtschaftlichkeitsgebot 635
2. Zulässigkeit privatärztlicher Honorare 636
 - 2.1 Keine Wahlmöglichkeit für den Arzt 636
3. Wann kommt eine Privatliquidation in Betracht? 636
- 3.1 Drei Fälle zulässiger Privatliquidation 637
4. Welche Bedingungen müssen bei einer Privatliquidation für IGeL-Leistungen erfüllt sein? 637
 - Muster-Formulare: Behandlungsvertrag – einseitige Erklärung des Patienten 639
5. Trennung zwischen Behandlung „auf Krankenschein“ und Privatbehandlung 640
- 5.1 „Teilleistungen“ des EBM sind keine IGeL-Leistungen 640
 - Anhang 1 zum EBM: Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen und in Komplexen enthaltenen Leistungen, sofern diese nicht als Leistungen in arztgruppen-spezifischen Kapiteln ausgewiesen sind 641
- 5.2 Der Arzt kann Praxisteile nur unter engen Voraussetzungen stilllegen 642
- 5.3 Leistungen für einen bestimmten Personenkreis 642
6. Sonderfall Kostenerstattung – GKV-Versicherte können sich auf Privatrechnung behandeln lassen 642
- 6.1 Umfang der Kostenerstattung 642
- 6.2 Erklärung des Patienten über die Wahlentscheidung zur Kostenerstattung nach § 13 SGB V 643
7. Unzulässige Privatliquidation und unzulässiges Verlangen von Zuzahlungen 643
- 7.1 Keine Privatliquidation bei Budgetausschöpfung 643
8. Vermeiden Sie unnötigen Ärger mit Ihren Patienten/innen 643
9. Zusammenfassung 644

III. Individuelle Gesundheitsleistungen bei Privat-Versicherten 645

1. Individuelle Gesundheitsleistungen bei Privatpatienten 645
2. Individuelle Gesundheitsleistungen im Rahmen der Beihilfe 646

C. Korrekt abrechnen nach der GOÄ 647

I. Auf einen Blick: Hinweise zur Abrechnung von IGeL-Leistungen 647

- Anmerkungen zur korrekten Rechnung – 2 Musterrechnungen 650

II. Anmerkungen zu den Leistungskatalogen von GKV und Beihilfe 652

- 1.1 Übersicht über Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse bei GKV – Patienten 652
- 1.2 Nicht im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung enthaltene Leistungen bzw. Leistungsbereiche 654
 - Anlage II: Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen 654
2. Nach Beihilfavorschriften des Bundes und der Länder ausgeschlossene Verfahren 656
 - Abschnitt 1: Völliger Ausschluss 656

Abschnitt 2: Teilweiser Ausschluss	658
Rechtsprechung zur Beihilfe:	659
D. Listen und Gebührenordnungen zu den Individuellen Gesundheitsleistungen	665
I. Individuelle Gesundheitsleistungen nach dem KBV-Vorschlag	665
II. Die IGeL-2-Liste	667
E. Individuelle Gesundheitsleistungen von A–Z	669
I. Allgemeine und fachübergreifende Leistungen	669
1. Spezielle Anamnesen – Körperliche und psychiatrische Untersuchungen	669
1.1 Früherkennung und Vorsorge	670
2. Beratungen und Erörterungen	671
2.1 Beratungen	671
2.2 Erörterungen	672
3. Second Opinion	673
4. Schulungen	676
5. Bescheinigungen, Atteste, Gutachten – Versicherungsgutachten	677
6. Hausbesuche – Wegegeld – Reiseentschädigung	679
7. Lifestyle Medizin	680
8. Impfeempfehlungen	680
8.1 Standardimpfungen	680
8.2 Impfungen im Rahmen von Fernreisen – Reisewarnungen	682
9. Neuraltherapie	682
10. Schlafapnoe-Diagnostik	685
11. Elektrotherapie	686
12. Umwelt-Medizin	687
Abrechnung Hinweise	690
13. Vitalisierungskuren – Aufbauspritzen/Infusionen	693
II IGeL-Leistungen – zugeordnet den Fachgebieten	693
Vorbemerkung	693
Allgemeinmedizin – Innere Medizin	694
Was bietet die Fachgruppe als IGeL-Leistungen an?	694
1. Berufseignungsuntersuchungen	695
2. Vorsorge und Prävention	698
2.1 Vorsorge und Prävention: Hausärzte – Internisten	703
2.2 Krebs-Früherkennungsuntersuchungen	720
2.3 Spezielle Vorsorge und Prävention im Bereich einzelner Fachgebiete	724
• Prävention: Augenheilkunde	724
• Prävention: Dermatologie	725
• Prävention: Gynäkologie – Schwangerschaft	726
• Prävention: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	733
• Prävention: Labordiagnostik	734
• Laborgestützte Prävention	734
• Häufige Bestimmungen in der Praxis (Tabelle)	736
• Prävention: Neurologie	737
• Prävention: Orthopädie	738
• Prävention: Pädiatrie	739
• Prävention: Radiologie	743
• Prävention: Urologie	746
3. Praeoperative Diagnostik vor OP-Eingriffen außerhalb GKV-Leistungspflicht	747

4. Reisemedizin	748
5. Sportmedizin	750
Häufige erwünschte IGeL-Leistungen der Fachgruppen	753
Augenheilkunde	753
Augenärztliche Operationen	755
Chirurgie – Plastische Chirurgie	757
Dermatologie – Medizinisch-kosmetische Leistungen	761
Einverständniserklärung zu kosmetisch-ästhetischen Leistungen	771
Gynäkologie	772
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	778
Labordiagnostik auf Patientenwunsch	780
Neurologie	788
Orthopädie	789
Pädiatrie	798
Pathologie	799
Psychiatrie und Psychotherapie	800
Radiologie	806
Urologie	810
F. Hinweise auf einige „Alternative Verfahren“ mit Indikationen und Abrechnungsbeispielen	813
Abrechnung Alternativer Medizin nach EBM	817
1. Akupunktur – Moxibustion – QiGong	818
2. Ayurveda	822
3. EAV (Elektroakupunktur nach Voll)	825
4. Eigenblutbehandlung	827
5. Homöopathie	828
6. Sauerstofftherapien	829
G. Rechtsprechung rund um den IGeL und Alternative Verfahren	833
• Ärztliches Berufsrecht	833
• Allgemeine Rechtsgrundsätze	833
• Individuelle Gesundheitsleistungen	834
• Medizinische Standards-Leitlinien	836
• Behandlung GKV-Patient	836
• Behandlung PKV-Patient	839
• Steuerrecht	841
• Werbung und Wettbewerbsrecht	843
Auflistung häufiger Auslagen – Liste für den Praxisalltag	846
Literatur zu GOÄ und IGeL und Alternative Medizin	847
Internetbeiträge zu GOÄ und IGeL	848
Stichwortverzeichnis GOÄ	849
Stichwortverzeichnis zum IGeL und zur Alternativen Medizin	893

Herausgeber und Mitarbeiter

Dr. med. Peter M. Hermanns (Hrsg.)

Geboren 1945 in Neumünster. Seit 1985 Geschäftsführer der Agentur medical text Dr. Hermanns in München, die zahlreiche Bücher im Bereich Abrechnung, Praxis-Organisation, Diagnostik/Therapie, Praxis- und Klinik-Marketing für Verlage und Pharmafirmen konzipiert und herausgegeben hat, sowie des medizinischen Online-Dienstes www.medical-text.de.

Nach vielen Jahren der erfolgreichen Herausgeberschaft hat sich Dr. Hermanns 2023 gesundheitsbedingt in den Ruhestand begeben und ist 2025 verstorben.

Katharina von Pannwitz (Hrsg.)

Geboren 1964 in München, Ausbildung zur Verlags- und Industriekaufrau und Studium der Kommunikationswissenschaft. Langjährige Tätigkeit für Film & Fernsehen und als selbstständige Pressefrau und Autorin. 2023 Weiterbildung zur Social Media Managerin.

2014 Eintritt in die Agentur medical text als rechte Hand von Dr. Peter M. Hermanns bei der Herausgabe der beim Springer Verlag veröffentlichten Abrechnungsbücher zu den Gebührenordnungen GOÄ, UV-GOÄ und EBM sowie der Aktualisierung und Bearbeitung der Springer Medizin-Datenbank mit Kommentierungen und Urteilen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen. Nach dem Rückzug von Dr. Hermanns seit 2023 Übernahme der Mitherausgeberschaft gemeinsam mit Enrico Schwartz.

Enrico Schwartz [Hrsg.]

Geboren 1975 in Demmin. Dipl.-Verwaltungswirt (FH). Nach Abitur und Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten Studium an der Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung in Bad Hersfeld. Seit 1994 bei Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung beschäftigt.

Seit 2010 Gastreferent für Gebührenrecht beim LV Südost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, in der Akademie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung Bad Hersfeld und einzelner UV-Träger. Seit 2005 Autor und ab 2013 Mitherausgeber der UV-GOÄ derselben Buchreihe bei Springer. Nach dem Ausstieg von Dr. Hermanns 2023 auch Übernahme der Herausgeberschaft der GOÄ gemeinsam mit Katharina von Pannwitz.

Constanze Barufke-Haupt

Geboren 1988 in Bad Muskau, Fachanwältin für Medizinrecht. Studium der Rechtswissenschaften an der Humboldt-Universität zu Berlin. Rechtsreferendariat beim Kammergericht Berlin.

Seit 2014 Rechtsanwältin bei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB. Spezialisiert auf die Beratung von Ärzten, Psychotherapeuten und MVZ insbesondere zu Fragen der Abrechnung und Honorarverteilung nach EBM und GOÄ-Abrechnungsproblemen. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht im DAV sowie der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.

Dr. med. Jürgen Büttner

Geboren 1955 in Nürnberg, 1975 Eintritt in die Bundeswehr, ab 1976 Medizinstudium als Sanitätsoffizier an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg mit Staatsexamen 1982 und Promotion 1983. Fliegerarzt von 1984 bis 1989 mit paralleler Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Bundeswehrkrankenhäusern und bei niedergelassenen Kollegen.

Erwerb der Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Sportmedizin und Betriebsmedizin. Seit 1989 als Betriebsmediziner und von 1990 bis 2022 als Hausarzt in eigener Praxis tätig. 1996 Eintritt in den Bayerischen Hausärzteverband, dort von 2000 bis 2018 Schatzmeister und von 2018 bis 2022 als erster stv. Landesvorsitzender Mitglied des geschäftsführenden Vorstands, jetzt noch kooptiertes Vorstandsmitglied, dabei u. a. zuständig für Abrechnungsfragen in EBM, GOÄ, HZV. Ebenfalls von 1996 bis 2022 berufspolitisch aktiv in der KVB.

Dr. med. Marcus Heidemann

Geboren 1970 in Frankfurt am Main, 1992–1999 Medizinstudium in Kiel, von 1999 – 2004 Ausbildung zum Facharzt für Kinder und Jugendmedizin im Elisabeth-Krankenhaus in Essen und in der Kinderklinik der Christian-Albrechts-Universität Kiel.

Seit 2004 in einer Gemeinschaftspraxis in Bielefeld als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt tätig. Landesvorsitzender und Sprecher des BVKJ in Westfalen-Lippe, Mitglied im Honorarausschuss des BVKJ mit dem Schwerpunkt GOÄ, (Mit)-Organisator und Referent zahlreicher Vorträge, Seminare und Abrechnungskurse. Beratungen von Ärzten zu Abrechnungsthemen und Verordnungsverhalten.

OFA Oliver Krauß

Geboren 1978 in Zeitz. Nach dem Abitur Eintritt in die Bundeswehr als Sanitätsoffizier und Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Facharzt für Augenheilkunde, 2011 FEBO-Examen. Seit 2003 in der Augenabteilung des Bundeswehrkrankenhauses Ulm tätig; aktuell als Oberarzt mit dem Schwerpunkt plastisch-rekonstruktive Lid- und Tränenwegschirurgie sowie Strabologie. Nebenberufliche Tätigkeit mit privatärztlicher Praxis im AREION Neu-Ulm, gutachterliche Tätigkeit für die Begumed Ulm GmbH und beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayerischen Landesunfallkasse

Prof. Dr. med. Frank-Gerald B. Pajonk

Geboren 1965 in Gelsenkirchen. Studium der Medizin an den Universitäten Essen und München. Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München und am Universitätskrankenhaus Eppendorf, Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Geriatrie, Suchtmedizinische Grundversorgung.

Geschäftsführender Oberarzt an der Universitätsklinik des Saarlandes, Chefarzt der Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg, Gründer der Praxis Isartal am Kloster Schöffeln mit auf Aufbau einer Tagesklinik, dort Chefarzt und Ärztlicher Direktor bis 2024. Professor für Psychiatrie an der Technischen Universität München und Gastprofessor an der päpstlichen Universität Gregoriana Rom. Beratender Arzt der Kommunalen Unfallversicherung Bayern und der Bayerischen Landesunfallkasse.

Dr. med. Bernd Niedermeyer

Geboren 1964 in Schweinfurt. Studium der Medizin und Promotion an der Universität Würzburg. Anschließend diverse chirurgische Stationen zuletzt als Oberarzt an der Universitätsklinik Würzburg und Sicherstellungsassistent in einer D-Arzt-Praxis.

Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie. Zusatzbezeichnung Sportmedizin sowie Alpin- und Höhenmedizin. Von 2009 bis 2024 Inhaber einer Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie mit D-Arzt-Zulassung sowie operativer und gutachterlicher Tätigkeit. 2024 Eintritt in eine orthopädisch-unfallchirurgische Gemeinschaftspraxis in Erlangen. Vorsitzender des Bezirks Mittelfranken im Berufsverband der deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen. Beratender Arzt von zwei gesetzlichen Unfallversicherungsträgern.

Abkürzungen

Abs.	Absatz	GOP	Gebührenordnung für Psychotherapeu- ten
AG	Amtsgericht	GOP	auch verwendet als: Gebührenordnungs- position
AGBG	Allgemeine Geschäftsbedingungen	GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte (amtliche Gebührenordnung)
Allg. Best.	Allgemeine Bestimmungen	HB	Hepatitis
ÄV	Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	Hib	Haemophilus influenzae Typ b
AOP	Ambulante Operation	Hrsg.	Herausgeber
Art.	Artikel	i. d. R.	in der Regel
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheits- ingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit	IPD	intermittierende Peritonealdialyse
AU	Arbeitsunfähigkeit	Kap.	Kapitel
AZ oder Az.	Aktenzeichen	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
BÄK	Bundesärztekammer	Komm.	Kommentar
BAnz.	Bundesanzeiger	KV	Kassenärztliche Vereinigung
BÄO	Bundesärzteordnung	LG	Landgericht
BK	Berufskrankheit	MMR- Impfung	Masern-Mumps-Röteln Impfung
BeKV	Berufskrankheits-Verordnung	MRT	Magnetresonanztomographie
BG	Berufsgenossenschaften	MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
BGBI.	Bundesgesetzblatt	n. n. Nr.	nicht neben Nummer, meistens bezogen auf Leistungsziffern einer Gebührenord- nung
BGH	Bundesgerichtshof	Nr. /Nr.	Nummer/Nummern
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit u. Soziales	OLG	Oberlandesgericht
BMI	Bundesministerium des Inneren	OP	Operation
BPfl V	Bundespflugesatzverordnung	PEG	perkutane endoskopische Gastrotomie
BSG	Bundessozialgericht bzw. Entscheidungs- sammlung des BSG mit Angabe des Bandes und der Seite	PKV	Private Krankenversicherung
BUB	Richtlinien über Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmetho- den	PTCA	perkutane transluminale coronare Angioplastie
CW-Doppler	continous wave doppler	RKI	Robert Koch Institut
DÄ	Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzte- verlag, Köln	s.	siehe
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse	SGB	Sozialgesetzbuch
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Spitzenverband der gewerblichen Be- rufsgenossenschaften und der Unfallver- sicherungsträger der öffentlichen Hand	SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V), enthält das Krankenversicherungs- und auch das Kassenarztrecht
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie	SG	Sozialgericht
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	SHT	Schädel-Hirntrauma
EEG	Elektroenzephalographie	TEP	Total –Endo-Prothese
EKG	Elektrokardiogramm	TUR	transurethrale Resektion
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangio- Pankreatikographie	u. U.	unter Umständen
ERG	Elektroretinographie	ÜV	Überweisungsvordruck
ESWT	extrakorporale Stoßwellentherapie	UK	Unfallkasse
evtl.	eventuell	UV-GOÄ	allgemeiner Ausdruck für das Leistungs- verzeichnis und die Vergütung nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
FeV	Fahrerlaubnisverordnung	UVTr	Unfallversicherungsträger
gem.	gemäß	VG	Verwaltungsgericht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	vgl.	vergleiche
GOÄ-BÄK	Gebührenordnungsausschuss der Bun- desärztekammer	z. B.	zum Beispiel
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte (amtliche Gebührenordnung) gilt für Versicherte der PKV	z. T.	zum Teil
		ZuSeg	Gesetz über Enrschädigung von Zeugen und Sachverständigen

Vorwort

In dieser 20. Auflage wurden die von der Bundesärztekammer (BÄK) beschlossenen neuen oder geänderten Abrechnungsempfehlungen, ergänzende Kommentierungen zu den Leistungspositionen und auch aktuelle GOÄ-Rechtsprechungen aufgenommen. Eine Überarbeitung der Kommentierungen erfolgte insbesondere im Bereich der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Inzwischen gibt es erfreuliche Neuigkeiten: Die von der BÄK seit Jahren angestrebte GOÄ-Novellierung, die für alle Beteiligten – Ärzte, Patienten, Beihilfeträger und privaten Krankenversicherungsträgern – zu mehr Transparenz, Rechtssicherheit und Vergütungsgerechtigkeit führen soll, wurde endlich von den maßgeblichen Fachverbänden beschlossen. Nun muss nur noch die Politik nachziehen. Derzeit wird mit einem Inkrafttreten dieser Novellierung frühestens zum 01.01.2027 gerechnet. Die letzten Jahre haben die Ärzteschaft jedoch eine gewisse Skepsis in Bezug auf die Zuverlässigkeit solcher Terminierungen gelehrt. Deshalb haben wir uns zur Auflage dieser Ausgabe entschieden.

Darstellung der GOÄ-Leistungen im Buch

Zu den einzelnen Leistungsziffern sind die gängigen Steigerungsfaktoren, die Ausschlüsse, Kommentare, einzelne Abrechnungstipps und teilweise gerichtliche Entscheidungen aufgeführt.

Die Abrechnungshinweise der BÄK sind z. B. im Bereich „GOÄ-Ratgeber“ zitiert.

Analoge Bewertungen

Im April 2024 wurde die von der PKV veröffentlichte Kommentierung der PKV zur GOÄ zu praxisrelevanten Analognummern mit Hinweisen auf falsche Analogabrechnungen aktualisiert. Nach den Äußerungen des PKV-Verbandes ist diese Liste erforderlich, weil die privaten Krankenkassen feststellten, dass in der Praxis in zunehmendem Maße Analogabrechnungen missbräuchlich oder falsch erfolgten. In Fachkreisen wird diese Aufstellung aber durchaus kritisch beurteilt.

IGeL-Abrechnung

Die speziellen Hinweise zu einer IGeL-Abrechnung wurden teilweise ergänzt. Zur Übersichtlichkeit finden Sie ein Stichwortverzeichnis zur GOÄ und ein getrenntes zu IGeL-Leistungen.

Hinweis:

Die angegebenen Links im Buch zu offiziellen Informationsstellen wurden sorgfältig ausgesucht. Falls die angegebenen Links 2026 nicht mehr aktuell sind, weil eine Änderung durch die informierende Stelle erfolgte, dann suchen Sie bitte die geänderte Seite über eine der im Internet vorhandenen Suchmaschinen.

Neuer Mitarbeiter

Für die 20. Auflage der GOÄ konnte mit Herrn Dr. Bernd Niedermeyer ein neuer Mitarbeiter für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie gewonnen werden. Dr. Niedermeyer war zunächst in verschiedenen Kliniken, zuletzt als Oberarzt an der Universitätsklinik Würzburg, tätig, bevor er ab 2009 eine eigene Praxis als niedergelassener D-Arzt in Erlangen führte und 2024 in eine Gemeinschaftspraxis eintrat. Dr. Niedermeyer ist Vorsitzender des Bezirksverbandes Mittelfranken des Berufsverbandes der Deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) und ist als Gutachter tätig. Darüber hinaus übt er Lehrtätigkeiten in verschiedene Gesundheitsberufen aus und ist seit 2021 beratender Arzt von zwei gesetzlichen Unfallversicherungsträgern.

Im **Springer Verlag** erscheinen im Herbst 2025 bzw. Frühjahr 2026 neben dem Kommentar: GOÄ + IGeL ausführliche komprimierte Kommentarwerke für das schnelle Nachschlagen in Praxis und Klinik zu

- **Hermanns, Schwartz; Pannwitz (Hrsg.): UV-GOÄ 2026 Kommentar**
- **Hermanns, Pannwitz (Hrsg.): EBM 2026 Kommentar**
- **Hermanns, Pannwitz (Hrsg.): EBM 2026 Kommentar Kinderheilkunde**

Diese Bücher können Sie direkt per Internet beim Springer Verlag oder über Ihren Buchhandel bestellen.

München, im Oktober 2025

(Hrsg.) Enrico Schwartz – Katharina von Pannwitz

O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

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 durch eine Honorarvereinbarung überschreitbar, s. § 2 Abs. 3 GOÄ.

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, Durchleuchtungen 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 knöchernen 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		
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 Nummern 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 und nicht 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.

5020*	Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe – jeweils in zwei Ebenen	220	23,08
		12,82	32,06

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.

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)	80	8,39
		4,66	11,66

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.

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	360	37,77
		20,98	52,46

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

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.bundes-aerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.8768>

Die Herausgeber haben eine tabellarische Zusammenfassung von Dr. Gorlas Text vorgenommen:

Röntgenleistung	GOÄ Nr.
Hüftgelenk in zwei Ebenen	5030*
Hüftgelenk, ergänzende Ebene Dieser zusätzliche Ansatz gilt nur zur Nr. 5030*	5031*
eine Beckenübersichtsröntgenaufnahme und Röntgenaufnahmen eines oder gegebenenfalls auch beider Hüftgelenke in axialer Ebene Ein zusätzlicher Ansatz nach Nr. 5031* ist nicht ansetzbar – s. Legende. Neben Nr. 5040* ist Nr. 5035* nicht abrechenbar.	5040*

Dr. Gorlas weist auf eine Besonderheit der Abrechnung hin: „...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.

5031*	Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk – ergänzende Ebene(n)	100	10,49
		5,83	14,57

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

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	16,79
		9,33	23,31

Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil 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 Skeletalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –	300	31,48
		17,49	43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5037 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5040* Beckenübersicht

300	31,48
17,49	43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5040 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035**GOÄ-Ratgeber der BÄK:** ► Siehe GOÄ-Ratgeber bei Nr. 5030**Kommentar:** Bei zwei zusätzlichen Ebenen (z. B. Hüfte seitlich und Lauenstein-Projektion) kann nach Vorschlag des Kommentars von BRÜCK – KLACKOW FRANCK neben der GOÄ Nr. 5040 die GOÄ Nr. 5030 je Seite berechnet werden.**5041* Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr**

200	20,98
11,66	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	99,67
55,37	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.**5060* Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –**

500	52,46
29,14	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	41,97
23,31	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	41,97
23,31	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	20,98
11,66	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 Stenwas 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 – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen	260	27,28
		15,15	37,89

Ausschluss: Neben Nr. 5098 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

5100*	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	31,48
		17,49	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	16,79
		9,33	23,31

Ausschluss: Neben Nr. 5101 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5101 ist die Nr. 5100 abrechenbar.

5105*	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	41,97
		23,31	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	18,89
		10,49	26,23

Ausschluss: Neben Nr. 5106 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Tipp: Neben Nr. 5106 ist die Nr. 5105 abrechenbar.

5110*	Wirbelsäulenganzaufnahme	500	52,46
		29,14	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	20,98
		11,66	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	41,97
		23,31	58,29

Ausschluss: Neben Nr. 5115 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5035

Strahlendiagnostik/-therapie, Nuklearmed., Magnetresonanztomographie 5120*–5140* analog

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	1,8 2,5
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.		
5121 analog	Tomographie Ultrasound Imaging (TUI)	140 8,16	14,69 20,40

2 Hals- und Brustorgane

5130*	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –	280 16,32	29,38 40,80
5135*	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280 16,32	29,38 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 26,23	47,21 65,57
Ausschluss:	Neben Nr. 5137 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5135, 5139, 5295		
5139*	Teil der Brustorgane	180 10,49	18,89 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.		
5139* analog	Zuschlag für Speckle Tracking-Verfahren bei Echokardiographien, ggf. einschl. 3D-Darstellung – analog Nr. 5139* GOÄ	180 10,49	18,89 26,32
	Quelle: Deutsches Ärzteblatt Heft 1–2 11. Januar 21 3.2021		
Kommentar:	Der Zuschlag nach Nr. 5139* GOÄ analog ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.		
5140*	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100 5,83	10,49 14,57
Ausschluss:	Neben Nr. 5140 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5135, 5137, 5139		
5140* analog	Zuschlag für Gewebedoppler-Verfahren bei Echokardiographien – Beschluss des zentralen Konsultationsausschusses f. Gebührenordnungsfragen bei der BÄK vom 27.10.2021	100 5,83	10,49 14,57
Kommentar:	Der Zuschlag nach Nr. 5140 GOÄ analog ist einmal je Sitzung berechnungsfähig.		

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.

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	125,90
		69,94	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	31,48
		17,49	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	136,39
		75,77	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** 73,44
40,80 102,00

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** 146,88
81,60 204,01

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** 104,92
58,29 145,72

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** 83,93
46,63 116,57

Ausschluss: Neben Nr. 5168 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5137, 5150, 5169, 5295, Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5150*

5169* **Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –** **1100** 115,41
64,12 160,29

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** 41,97
23,31 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** 31,48
17,49 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** 52,46
29,14 72,86

Ausschluss: Neben Nr. 5191 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5190

5192* **Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –** **200** 20,98
11,66 29,14

GOÄ-Nr.		Punktzahl 1fach	1,8 2,5
5200*	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –	600	62,95
		34,97	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	20,98
		11,66	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	31,48
		17,49	43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5220 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5230*	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethro-zystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	300	31,48
		17,49	43,72
Ausschluss:	Neben Nr. 5230 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 370, 5200, 5201, 5220, 5235, 5295		
Kommentar:	Siehe Kommentar zu Nr. 5150*		
5235*	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	500	52,46
		29,14	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	41,97
		23,31	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)	400	41,97
		23,31	58,29
	Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntraktes, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.		
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 Mammagra- phie-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** 31,48
17,49 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.

Kommentar: Nach Allgemeinen Bestimmungen ist die Untersuchung **beider Mammæ** in einer Ebene und einer Sitzung zweimal mit Nr. 5265 berechnungsfähig. Diese Regelung gilt auch für die Nr. 5266, wenn in einer Sitzung die Mammæ in zwei Ebenen untersucht werden. Für mehr als zwei Ebenen s. Nr. 5267: Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5266. Zur Abrechnung einer Tomographie s. Kommentar GOÄ-Nr. 5290.

5266* **Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen** **450** 47,21
26,23 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** 15,74
8,74 21,86

Ausschluss: Neben Nr. 5267 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5265

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 3,5fachen 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

Kommentar: Werden in derselben Strahlenrichtung oder Projektion mehrere Aufnahmen angefertigt, ist die Nr. 5290 nur einmal (je Schicht) berechenbar. Die Tomographie der Mamma ist keine Veränderung einer Mammographie, sondern eine Röntgenuntersuchung auf Basis von Schichtaufnahmen. Gemäß den definierten Vorgaben ist eine Abrechnung nach Nr. 5290 nicht möglich. Nach Wezel/Liebold bleibt nur die Möglichkeit einer analogen Abrechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ.

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 (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)
Bei 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.

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5150*

Rechtssprechung: **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	25,18
		13,99	34,97

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.

5298*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung der BÄK“		
	Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.		

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) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK		
------------------------	--	--	--

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) – (Auszüge)**

Videoendoskopie in der Gastroenterologie

Der Zuschlag Nr. 5298* analog ist ausschließlich dann neben Nrn. 682 bis 689 berechnungsfähig, wenn statt eines flexiblen Glasfaser-Endoskops ein digitales Bilderzeugungs- bzw. Verarbeitungssystem eingesetzt wird, das anstelle der konventionellen Lichtoptik einen Videochip verwendet. Der Aufsatz einer Videokamera auf ein konventionelles Glasfaser-Endoskop zur Bildübertragung auf einen Monitor bzw. Videoaufzeichnung ist dagegen nicht zuschlagsfähig

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>

Die Autorin erläutert u. a.:

....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...“

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. Bei 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

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 34,97	62,95 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.

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	800 46,63	83,93 116,57
--------------	---	---------------------	-----------------

Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.

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	2200 128,23	230,82 320,58
--------------	--	-----------------------	------------------

Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

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	3000 174,86	314,75 437,15
--------------	--	-----------------------	------------------

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.

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** **600** 62,95
34,97 87,43
Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.

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 Bypässe 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: Ausschußnummer: 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.

5330*	Venographie einer Extremität	750	78,69
		43,72	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	20,98
		11,66	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	800	–
		46,63	

Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.

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	104,92
		58,29	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	26,23
		14,57	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 –	2800	293,77
		163,20	408,01

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 Nebeneinanderberechnung der 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.

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 herzs chirurgischer 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 Ausnahme-situation sieht der Konsultationsausschuss die eigenständige Berechenbarkeit der Nr. 5345 GOÄ begründet. Im Hinblick auf eine angemessene Bewertung ist, weil die Leistung nicht perkutan, 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 so-wie 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 so-wie 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.

5348* **Abrechnung eines Vorhofverschlusses mittels ACP (Amplatzer Cardiac Plug) – analog Nr. 629 GOÄ plus analog Nr. 5348* GOÄ** **3800** 398,69
analog 221,49 553,73

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 so-wie 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 29,14	52,46 72,86
--------------	--	---------------------	-----------------------

Kommentar: Nach dem Kommentar zur GOÄ von **Brück** sind Lysebehandlungen berechnungsfähig bei:

- Lyse-Einzelbehandlung eines Gefäßes,
- Lyse nach vorausgegangener diagnostischer Angiographie,
- 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 hirnvorsorgenden Arterien	1000 58,29	104,92 145,72
--------------	---	----------------------	-------------------------

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 116,57	209,83 291,44
--------------	---	-----------------------	-------------------------

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 11,66	20,98 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 116,57	209,83 291,44
--------------	--	-----------------------	-------------------------

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 Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500 145,72	262,29 364,30
--------------	---	-----------------------	-------------------------

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.

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** **3500** 367,21
204,01 510,01

Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.

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 Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet** **4500** 472,13
262,29 655,73

Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5358 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 350, 351, 5295, 5300 – 5302, 5304, 5305

5358* **Abrechnung des Coilings von Hirnarterien (analog Nr. 5358*) –** **4500** 472,13
analog 262,29 655,73

Beschluss des Gebührenordnungsausschusses der BÄK in seiner 4. Sitzung (Amtsperiode 2011/2015) am 19. März 2012 – Dtsch. Ärztebl 2012; 109(19): A-987/B-851/C-843:

Neben der Leistung nach Nummer 5358analog sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.

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 –** **2500** 262,29
145,72 364,30

Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

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 –** **2000** 209,83
116,57 291,44

Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

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 –** **2600** 272,78
151,55 378,87

Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

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.

5369* **Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374** **3000** 314,75
Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben. 174,86 437,15

Ausschluss: Neben Nr. 5369 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5370 – 5374

Kommentar: Die Nebeneinanderberechnungen von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen und dabei ist der Höchstwert (Summierung der Nrn. 5370 bis 5374) nach Nummer 5369 zu beachten.
Zum Leistungsinhalt der Nr. 5369 gehören z. B. nicht die Nrn. 5375, 5376 und 5377.
Die Leistung nach Nummer 5369 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

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** 209,83
116,57 291,44

Ausschluss: Neben Nr. 5370 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841

Kommentar: Kranio-zervikaler Übergang = 1. und 2. HWK. Die Nr. 5377* ist z. B. bei Perfusion oder Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 5370* sind die Nrn. 340, 345, 346, 347, 5376* und 5377* abrechenbar.

5370* **Abrechnung der digitale Volumentomographie** **2000** 209,83
analog Nr. 5370* gemäß Beschluss des Gebührenausschusses der 116,57 291,44
BÄK (19.3.2012)

Das Verfahren ist nicht mit der deutlich aufwendigeren und ausschließlich von Ärzten (also nicht auf Nichtärzte delegierbaren) radialen Stoßwellentherapie vergleichbar.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Digitale Volumentomographie (DVT)

Dr. med. Tina Wiesener – Deutsches Ärzteblatt 111, Heft 10 (07.03.2014), S. A-415 – <http://www.bundes-aerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.11970>

Dr. Wiesener erläutert: ... „Bei der digitalen Volumentomographie (DVT) handelt es sich um ein dreidimensionales Schnittbildverfahren unter Nutzung von Röntgenstrahlen. Dabei wird eine große Anzahl von einzelnen Röntgen-Projektionsaufnahmen und somit von Datensätzen erzeugt, aus welchen mittels eines mathematischen Prozesses (Rückprojektionsverfahren) computergestützt ein 3-D-Volumen der abgebildeten Region berechnet wird. Dieses Verfahren ermöglicht es unter anderem, räumliche Aufnahmen des Kopfes und insbesondere des Gesichtsschädels zu erstellen. Immer wieder wird die Frage gestellt, wie die DVT auf der Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zutreffend abzurechnen ist...

Auf einen Blick:

Abrechnung der DVT:

GOÄ Nr.	Legende
5370 analog	digitale Volumentomographie – analog GOÄ Nr. 5370 gemäß gemäß § 6 (2) GOÄ)
5377 analog	Abrechnung der an die digitale Volumentomographie anschließende computergesteuerte Analyse mit einer 3-D Rekonstruktion analog Nr. 5370 gemäß gemäß § 6 (2) GOÄ)
Panoramaschichtdarstellungen können neben 5370 analog und 5377 analog nicht gesondert berechnet werden. z. B. 5002, 5004, 5090, 5095 nicht neben 5370 analog und 5377 analog.	

... „Eine auf Patientenwunsch angefertigte Daten-CD kann mit ca Euro 5,-- berechnet werden. Jegliche weitere Kosten sind mit den Gebühren abgegolten (siehe Allgem. Bestimmungen)...“

5371* **Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich** **2300** 241,31
134,06 335,15

Ausschluss: Neben Nr. 5371 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5357, 5369, 5375, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841

Kommentar: Bei der Hals-CT beinhaltet die Gebühr nicht die Untersuchung der HWS (Nr. 5373*) und HWS-Zwischenwirbelräume (Nr. 5374*). Bei der Thorax-CT beinhaltet die Gebühr nicht die Untersuchung der BWS (Nr. 5373*) und der BWS-Zwischenwirbelräume (Nr. 5374*). Die mitabgebildete Aorta ist nicht gesondert mit Nr. 5375* abrechenbar. Nach primärer Nativ- und sekundärer KM-Untersuchung der knöchernen Strukturen die Nr. 5376* zusätzlich ansetzen. Die Nr. 5377* ist z. B. bei KM-Kinetik oder Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar. Aufgrund der vergleichsweise hohen Anzahl von Schnittbildern und des hohen ärztlichen Aufwands bei der Auswertung der Schnittbilder wird von der BÄK die Abrechnung bis zum Höchstgebührensatz empfohlen.

Tipp: Neben Nr. 5371* sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376* und 5377* abrechenbar.

5372* **Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich** **2600** 272,78
151,55 378,87

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

Kommentar: Bei der Bauch-CT beinhaltet die Gebühr nicht die Untersuchung der B/LWS (Nr. 5373*) und B/LWS-Zwischenwirbelräume (Nr. 5374*). Die mitabgebildete Aorta ist nicht gesondert mit Nr. 5375* abrechenbar. Nach primärer Nativ- und sekundärer KM-Untersuchung die Nr. 5376* zusätzlich ansetzen. Die Nr. 5377* ist z. B. bei KM-Kinetik oder Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 5372* sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376* und 5377* abrechenbar.

5373* **Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)** **1900** 199,34
110,75 276,86

Ausschluss: Neben Nr. 5373 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841

Kommentar: Bei der H/B/LWS-CT beinhaltet die Gebühr nicht die Untersuchung Bandscheiben/Zwischenwirbelräume (Nr. 5374*). Die mitabgebildete Aorta ist nicht gesondert mit Nr. 5375* abrechenbar. Bei der Untersuchung von Gelenkpaaren ist eine ergänzende Tomographie (Nr. 5376*) bei starken X-, O-Beinen, Implantaten oder starker Beinlängendifferenz ansetzbar. Nach primärer Nativ- und sekundärer KM-Untersuchung zusätzlich die Nr. 5376* abrechnen. Die Nr. 5377* ist z. B. bei KM-Kinetik oder Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 5373* sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376* und 5377* abrechenbar.

5374* **Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –** **1900** 199,34
110,75 276,86

Ausschluss: Neben Nr. 5374 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5369, 5378, 5810, 5831, 5840, 5841

Kommentar: Bei CT der Zwischenwirbelräume/Bandscheiben beinhaltet die Gebühr nicht die Untersuchung der H/B/LWS (Nr. 5373*). Nach primärer Nativ- und sekundärer KM-Untersuchung zusätzlich die Nr. 5376* abrechnen. Die Nr. 5377* ist bei Bildrekonstruktionen

(z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar. Die Infiltration von Medikamenten im Rahmen einer CT-gesteuerten Schmerztherapie ist eine interventionelle Maßnahme und keine diagnostische Untersuchung, so dass hierfür nur die Nr. 5378* ansetzbar ist.

Tipp: Neben Nr. 5374* sind die Nrn. 340, 345, 346, 347, 372, 5376* und 5377* abrechenbar.

5375* **Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge** **2000** 209,83
116,57 291,44
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

Kommentar: Die Gebühr ist nur ansetzbar, wenn die Aorta in ihrer gesamten Länge untersucht wird. Die mitabgebildeten Thorax- und Abdomenareale sind nicht zusätzlich mit den Nrn. 5371* und 5372* abrechenbar. Die Nr. 5376* ist bei ergänzender Tomographie in der Spätphase nach KM-Abbau ansetzbar oder wenn primär keine KM-Gabe erfolgte (z. B. Gefäßwandhämatom bei V.a. Dissektion) und im Anschluss eine ergänzende Tomographie mit KM erfolgt. Die Nr. 5377* ist bei Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar.

Tipp: Neben Nr. 5375* sind die Nrn. 345, 346, 347, 5376* und 5377* 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** 52,46
29,14 72,86

Ausschluss: Neben Nr. 5376 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5378

Kommentar: Gemäß Ziffer 6 der Allg. Best. vor Abschnitt O.I darf die Nr. 5376* nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn in einer Sitzung mehrere Körperregionen (Nrn. 5370* bis 5375*) z. B. bei der Traumaspirale/Polytrauma-CT untersucht werden.

Tipp: Neben Nr. 5376 sind die Nrn. 340 – 351, 5370 – 5375 abrechenbar.

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 (Oprimetrie) (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.bundes-aerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.9812>

Dr. Gorlas erläutert: Wirbelsäulennahe Injektionsbehandlungen werden auch mit computertomographischer Steuerung durchgeführt.

Im Gegensatz zur Nr. 5733 GOÄ, die bei kernspintomographischen Untersuchungen berechnungsfähig ist, setzt der Ansatz der Nr. 5377 GOÄ zunächst eine obligatorische 3D-Rekonstruktion voraus. Nach Auffassung der BÄK ist die Berechnung der Nr. 5377 GOÄ zudem, in Analogie zu den Abrechnungsempfehlungen zur Nr. 5733 GOÄ für eine Winkel-, Flächen- oder Volumenmessung, nicht jedoch für die Durchführung einfacher Zweipunktmessungen gerechtfertigt. Auch in der Rechtsprechung werden als Abrechnungsvoraussetzungen der Nr. 5377 GOÄ die Messungen von Eindringtiefe und Einstichwinkel beziehungsweise die geometrische Berechnung der Injektion genannt.

Kommentar: Das LG Köln führt in einem Urteil vom 06.05.2009 (AZ: 23 O 173/03) aus: die GOÄ Nr. 5377* ist bereits dadurch erfüllt, das auf den ausgewerteten Bilddokumenten Hautmarkierungen festzustellen sind, die als Berechnungsgrundlage für die Injektionen dienen. Diese Markierungen sind letztlich die Grundlage für die geometrische Berechnung der Injektionen. Bereits diese Planung der Injektion rechtfertigt den Ansatz der Nr. 5377*, da durch sie strahlenbelastende Wiederholungsuntersuchungen unterbleiben können.

**Recht-
sprechung:****► Zuschlag für computergesteuerte Analyse**

Das LG Köln führt in seinem Urteil aus: die GOÄ – Nr. 5377 ist bereits dadurch erfüllt, das auf den ausgewerteten Bilddokumenten Hautmarkierungen festzustellen sind, die als Berechnungsgrundlage für die Injektionen dienen. Diese Markierungen sind letztlich die Grundlage für die geometrische Berechnung der Injektionen. Bereits diese Planung der Injektion rechtfertigt den Ansatz der Nr. 5377, da durch sie strahlenbelastende Wiederholungsuntersuchungen unterbleiben können.

Aktenzeichen: LG Köln, 06.05.2009, AZ: 23 O 173/03,

Entscheidungsjahr: 2009

► Zur Mehrfachabrechnung der GOÄ-Nr. 5377 beim Ganzkörper-CT

Der Zuschlag für computergesteuerte Analyse nach Nummer 5377 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist neben dem Höchstwert der Nummer 5369 GOÄ für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 GOÄ mehrfach berechnungsfähig, wenn jeweils eigenständige Analysen zu mehreren eigenständig berechenbaren computertomographischen Grundleistungen erfolgen. Der Zuschlag kann allerdings nur einmal angesetzt werden, wenn mehrere computergestützte Analysen zur gleichen Grundleistung durchgeführt werden. (Leitsatz)

Aktenzeichen: BGH, 22.09.2022, AZ: III ZR 241/21

Entscheidungsjahr: 2022

► Zum Ansatz der Nr. 5377 GOÄ bei der Bestimmung des Trabecular Bone Scores (TBS)

Das Amtsgericht Bergisch-Gladbach hält die Abrechnung der Nr. 5377 GOÄ für die TBS-Bestimmung neben der Nr. 5474 GOÄ für nicht zulässig.

Aktenzeichen: AG Bergisch-Gladbach vom 04.11.2022 (Az.: 60 C 175722)

Entscheidungsjahr: 2022

5377*
analog

Abrechnung der an die digitale Volumentomographie anschließenden computergesteuerten Analyse mit einer 3-D-Rekonstruktion – analog Nr. 5377* gemäß Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK (19.3.2012)

800

46,63

–

–

Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur nach dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

Siehe Ratgeber zu Nr. 5370 analog.

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

Kommentar:

Die Gebühr darf gemäß der Allg. Best. vor Abschnitt C.IV nicht für die Kontrolle einer Punktions- oder Injektionsnadel z. B. bei der direkten MR-Arthrographie angesetzt werden. Darüber hinaus erfolgt bei der direkten MR-Arthrographie kein gezielter Eingriff (Intervention) im Gelenk, so dass die Leistungsvoraussetzungen der Nr. 5378* nicht erfüllt sind. Die Nr. 5377* ist bei Bildrekonstruktionen (z. B. 2D, 3D, MPR, MIP, VRT) zusätzlich abrechenbar.

 Tipp:

Neben Nr. 5378* sind die Nrn. 5361*, 5377*, 5810*, 5831*, 5840*, 5851* abrechenbar.

5378*
analog

Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optimetrie) (analog 5378* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenausschusses“ 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	31,48
		17,49	43,72

Ausschluss: Neben Nr. 5380 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5475

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:** **Abrechnung der Osteodensitometrie**

Dr. med. Stefan Gorlas -(in: Deutsches Ärzteblatt 109, Heft 26 (29.06.2012), S. A-1396) – <http://www.bundes.aerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.10616>

Die Herausgeber haben die Aussagen von Dr. Gorlas tabellarisch dargestellt:

Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)

Radiologische Verfahren	GOÄ Nr.
Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA)	5475*
quantitative Computertomographie (QCT) bzw. periphere quantitative Computertomographie (pQCT)	5380*

Dr. Gorlas rät: „...Werden im Einzelfall Knochendichtemessungen an beiden Hüften durchgeführt, kann der hierdurch bedingte höhere Zeitaufwand gemäß § 5 Absatz 2 GOÄ durch den Ansatz eines Steigerungssatzes oberhalb des Schwellenwerts berücksichtigt werden...“

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 berechnungsfähig. 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	36,72
		20,40	51,00

Ausschluss: Neben Nr. 5400 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5401, 5402

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	136,39
		75,77	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) –	1000	104,92
		58,29	145,72

Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

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 –	1200	125,90
		69,94	174,86

Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5403 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5402, 5480, 5481, 5483, 5485

b. Gehirn

5410*	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	125,90
		69,94	174,86

Tipp: Neben Nr. 5410 sind die Nrn. 305, 5473, 5486 – 5489 abrechenbar.

5411*	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	94,43
		52,46	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	136,39
		75,77	189,43

Tipp: Neben Nr. 5415 ist die Nr. 5480 abrechenbar.

5416*	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	136,39
		75,77	189,43

Tipp: Neben Nr. 5416 sind die Nrn. 5473, 5480, 5481 abrechenbar.

d. Herz

5420*	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurfraction 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 Auswurfraction 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 pharmakologischer 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.

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425* Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten – **2250** 236,06
131,15 327,87

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** 132,20
73,44 183,60

Ausschluss: Neben Nr. 5426 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5425

5427* Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenzintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen – **400** 41,97
23,31 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** 236,06
131,15 327,87

f. Tumorszintigraphie

5430* Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z.B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹I), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern – eine Region **1200** 125,90
69,94 174,86

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.

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	236,06
		131,15	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	293,77
		163,20	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	167,87
		93,26	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	62,95
		34,97	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	62,95
		34,97	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	73,44
		40,80	102,00
Tipp:	Neben Nr. 5443 sind die Nrn. 5440, 5441 abrechenbar.		

5444*	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen –	1000	104,92
	Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.	58,29	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 –	1000	104,92
	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.	58,29	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	136,39
		75,77	189,43
5456*	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	136,39
		75,77	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 –	900	94,43
	Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.	52,46	131,15

Ausschluss: Neben Nr. 5460 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5473

GOÄ-Ratgeber der BÄK: ► **Abrechnung einer Time-of-Flight und der Phasenkontrast-Magnetresonanztomographie**

Dr. med. Hermann Wetzel, M.Sc. – Dt. Ärzteblatt, 2023; 120(45); A-1918/B-1630

Dr. Wetzel führt aus: „... Sowohl die ToF- als auch die PC-MRA-Technik waren bei der letzten Novellierung des MRT-Teilabschnitts der GOÄ im Jahr 1996 bereits bekannt...“ und weiter „... Weder für die ToF- noch für die PC-MRA existiert also eine nicht intendierte, planwidrige und ergänzungsbedürftige Regelungslücke, wie sie für eine Analogbewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ erforderlich wäre. Für den Ansatz einer zusätzlichen Analogposition, etwa der Nr. 5460* GOÄ analog aus dem nuklearmedizinischen Teilabschnitt, welche originär eine „Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – ...“ abbildet, besteht folglich keine Berechtigung.“

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** 230,82
128,23 320,58

5462* Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen – **2200** 230,82
128,23 320,58

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 **500** 52,46
29,14 72,86
Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern

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** 132,20
73,44 183,60

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) **2250** 236,06
131,15 327,87
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).

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** 99,67
55,37 138,43

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** 99,67
55,37 138,43

5473*	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) –	900	94,43
		52,46	131,15

Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.

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	141,64
		78,69	196,72

GOÄ-Ratgeber Bestimmung des Trabecular Bone Scores (TBS)

der BÄK: Dr. med. Stefan Gorlas – Deutsches Ärzteblatt Heft 51–52/2022, 119, S. A-2312

Dr. Gorlas erläutert:

„... Der Trabecular Bone Score (TBS) ist ein quantitativer Texturindex, mit dem die räumliche Inhomogenität von DXA-Bildern analysiert und parametrisiert wird ... In der Leitlinie wird die Bestimmung des TBS als eine Untersuchung eingestuft, die optional bei erhöhtem Osteoporose- und Frakturrisiko eingesetzt werden kann. Demzufolge handelt es sich aus gebührenrechtlicher Sicht bei der Bestimmung des TBS um ein unselbstständiges Verfahren im Rahmen der Osteodensitometrie mit dem DXA-Verfahren... Insofern ist gebührenrechtlich-formal ein Ansatz der Nr. 5377 GOÄ oder ein analoger Ansatz der Nr. 5733 GOÄ für die Bestimmung des TBS neben der Nr. 5475 GOÄ nicht möglich. Der etwas erhöhte Zeitaufwand der Osteodensitometrie durch die Bestimmung des TBS kann daher nur über einen Ansatz eines Steigerungssatzes oberhalb des 1,8-fachen Satzes bei der Berechnung der Nr. 5475 GOÄ berücksichtigt werden...“

Tipp: Bei Bestimmung des Trabecular Bone Scores (TBS) erhöhten Steigerungsfaktor ansetzen.

m. Mineralgehalt

5475*	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	31,48
		17,49	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.		

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486*	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200 69,94	125,90 174,86
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 116,57	209,83 291,44
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 349,72	629,50 874,31
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 quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	7500 437,15	786,88 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.bundesärztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.4319 Die Autorin merkt an: „... Die BÄK hatte bei Durchführung einer Ganzkörper-Tumor-PET den zweimaligen Ansatz der Nr. 5489 empfohlen. Dieser Auffassung ist der Bundesgerichtshof in zwei Entscheidungen zur PET nicht gefolgt (BGH, 27. November 2003, Az.: III ZR 37/03 u. 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. Im Fall der Ganzkörper-PET liegt 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. ... „		
Recht-sprechung:	PET – Untersuchung, Geb. Ziffer 5489 GOÄ Bei einer PET – Untersuchung (Positronen-Emissions-Tomographie) mehrerer Körperregionen darf die Ziffer 5489 GOÄ auch dann nur einmal in Rechnung gestellt werden,		

wenn aufgrund der Beschaffenheit des verwendeten PET – Scanners für die Untersuchung jeder Region eine eigene Aufnahme erstellt werden muss.

Aktenzeichen: BGH, 18.09.2003, AZ: III ZR 389/02

Entscheidungsjahr: 2003

Abrechnung von PET – Untersuchungen

Bei einer Ganzkörper-PET-Untersuchung wird regelmäßig als Basisleistung eine planare Szintigrafie als eigenständige ärztliche Leistung erbracht. Es ist daher gerechtfertigt, neben der Gebührensnummer 5489 auch die Gebührensnummer 5431 abzurechnen.

Bei der Abrechnung der Ganzkörper-PET-Untersuchung ist der besondere Aufwand zu berücksichtigen, so dass bei der GOÄ Gebührensnummer 5489 ein Ansatz mit dem 2,5 fachen Steigerungssatz als sachgerecht anzusehen ist.

Aktenzeichen: OLG Köln, 31.10.2011, AZ: 5 U 91/11

Entscheidungsjahr: 2011

Tipp:

Neben Nr. 5489 ist die Nr. 5410 abrechenbar.

2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

5600*	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480 144,55	260,19 361,38
--------------	--	-----------------------	------------------

5602*	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350 78,69	141,64 196,72
--------------	---	----------------------	------------------

5603*	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080 62,95	113,31 157,38
--------------	---	----------------------	------------------

5604*	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700 157,38	283,28 393,44
--------------	---	-----------------------	------------------

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 131,15	236,06 327,87
--------------	--	-----------------------	------------------

5606*	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen –	900 52,46	94,43 131,15
--------------	--	---------------------	-----------------

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 94,43	169,97 236,06
--------------	---	----------------------	------------------

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 Gebührenordnungsausschusses der BÄK in seiner 4. Sitzung (Amtsperiode 2011/2015) am 19. März 2012 – Dtsch. Arztebl 2012; 109(19): A-987/B-851/C-843:

Abrechnung der Überlassung einer Daten-CD an den Patienten, z. B. nach durchgeführter MRT-Untersuchung

Für eine auf Wunsch eines Patienten ausgehändigte Daten-CD (z. B. mit Daten einer MRT-Untersuchung) kann der Arzt von dem Patienten eine Aufwandsentschädigung verlangen. Ein Betrag in Höhe von 5,00 Euro wird als angemessen eingestuft.

<https://www.bundesarztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/abrechnung/beschluesse-ausschuss-go-baek/o-strahlendiagnostik-therapie/kernspintomographie/>

■ Rechtsprechung

MRT-Leistungen für Unfallchirurgen fachfremd

LG Mannheim: Ein Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, der jährlich eine Vielzahl von MRT-Leistungen durchführt, verstößt gegen § 37 Heilberufekammergesetz BW. Die Erstellung von MRT und Kernspektrographien gehören zum Fachgebiet der Diagnostischen Radiologie. Die mit den Patienten geschlossenen Behandlungsverträge sind insoweit gemäß § 134 BGB nichtig. Es liegt keine Leistung des Arztes nach § 1 Abs. 2 GOÄ vor, da der Arzt eine fachfremde Leistung erbracht hat, die insofern nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht. Dem Arzt steht auch kein Anspruch aus Bereicherungsrecht, § 812 BGB, zu, da seine Leistung gegen ein gesetzliches Verbot verstößt, § 817 BGB.

Aktenzeichen: LG Mannheim, 17.11.2006, AZ: 1 S 227/05

Entscheidungsjahr: 2006

OLG Nürnberg, Ur. v. 09.03.2020 (AZ.: 5 U 634/18): Die Durchführung von MRT-Untersuchungen durch einen Facharzt für Orthopädie, Chirurgie und Unfallchirurgie sind nach Bay Weiterbildungsordnung nicht fachfremd.

Aktenzeichen: OLG Nürnberg, Ur. v. 09.03.2020 (AZ.: 5 U 634/18)

Entscheidungsjahr: 2020

Nachfolgend **Bay. OLG:** Ein Verstoß gegen das Beschränkungsgebot in Art. 34 des Bayerischen Heilberufe-Kammergesetzes (HKaG) führt nicht zur (Teil-)Nichtigkeit des Behandlungsvertrags nach § 134. Ein Arzt kann auch fachgebietsfremde Leistungen unter den Voraussetzungen der § 1 Abs. 2 und § 4 Abs. 2 GOÄ abrechnen.

Aktenzeichen: Bay OLG, Ur. v. 18.01.2022 (Az. 1 ZRR 40/20)

Entscheidungsjahr: 2022

OLG Frankfurt am Main: Gegenstand der Entscheidung ist die Frage der Zulässigkeit der privat-ärztlichen Durchführung und Abrechnung von MRT durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Das Bay. OLG hat sich nicht damit auseinandergesetzt, ob die Leistung als fachfremd zu qualifizieren ist, denn (selbst) ein Verstoß gegen das Beschränkungsgebot in § 34 Abs. 1 Hess. HeilberG führt weder zur (Teil-)Nichtigkeit des Behandlungsvertrages, noch steht er einer Abrechnung der Leistung nach § 1 Abs. 2 S. 1 oder § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ entgegen.

Aktenzeichen: OLG Frankfurt am Main, Ur. v. 14.07.2022 (22 U 131/20)

Entscheidungsjahr: 2022

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 Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar und beinhaltet die Untersuchung der Halsweichteile, nicht aber die Diagnostik der HWS mit Bandscheiben (Nr. 5705*). Die Nr. 5705* ist abzurechnen, wenn nur die Halsweichteile untersucht werden.

Im Fall eines Untersuchungsabbruchs wegen Komplikationen (Platzangst; KM-Unverträglichkeit usw.), die im Befund zu dokumentieren sind, hat der Radiologe einen Anspruch auf Vergütung der bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen. Es wird daher empfohlen, zumindest die Abrechnung der Hauptleistung ohne Zusatzleistungen (Nrn. 5731* bis 5733*) zu akzeptieren. In einem Urteil zur GOÄ wurde entschieden, dass dem Patienten eine MRT-Untersuchungszeit über 45 Minuten von der Belastung her nicht mehr zumutbar ist. Dieses maximale Zeitfenster wird in einer Sitzung regelhaft ab dem dritten Untersuchungsareal (z. B. 3. Wirbelsäulenabschnitt, 3. Gelenk usw.) überschritten. Der Radiologe darf daher bei einem MRT-Auftrag für 3 oder 4 Areale (z. B. Wirbelsäulenabschnitte), die Untersuchung auf zwei Tage, ohne entsprechende Gründe jedoch auf drei oder vier Tage aufteilen.

Für die Nr. 5700* gilt:

Die Gebührensätze umfassen die Untersuchung des Kopfes (Gehirn, Knochen, Gefäße, Kiefergelenke etc.) inkl. der Halsweichteile (Muskeln, Gefäße, Nerven etc.), nicht aber die Diagnostik der HWS mit Bandscheiben (MRT-HWS = Nr. 5705*!).

Die Gebührensätze beinhalten die Untersuchung:

1. mit 1 Kopf- oder Halbspule,
2. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
3. in 2 Sequenzen/Wichtungen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel,
2. ab der 3. Ebene/Projektion oder
3. ab der 3. Sequenz/Wichtung

Sofern in einer Sitzung neben dem Kopf ein weiteres Areal (Nrn. 5700* bis 5730*) untersucht wird, ist der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten.

GOÄ-Ratgeber
der BÄK:

► **Abrechnung der Time-of-Flight- und der Phasenkontrast-Magnetresonanztomographie**

Dr.med. Hermann Wetzel, M.Sc. – Dtsch Arztebl 2023; 120(45): A-1918/B-1630

Dr. Wetzel führt aus: „... Eine ToF- beziehungsweise PC-MRA im Kopfbereich kann über die GOÄ-Nrn. 5700* „Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – ...“, 5731* „Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nrn. 5700*–5730“, z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie“ und 5733* „Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)“ abgerechnet werden (Gebühr beim 1,8-fachen Schwellenwertsatz: insgesamt 613,19 EUR). Ein im Einzelfall entstehender zeitlicher Mehraufwand beispielsweise bei der PC-MRA aufgrund längerer Akquisitionszeiten durch mehrfache MR-Bilder wäre bei der Abrechnung durch die Wahl eines höheren Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.“

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: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Mit ihr wird die Untersuchung eines Wirbelsäulenabschnitts (HWS, BWS, LWS und Sakral-WS) bis hin zu allen vier Abschnitten in einer Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) vergütet. Die Untersuchung der HWS mit Bandscheiben beinhaltet nicht die Diagnostik der Halsweichteile (Nr. 5700*).

Die Gebührensätze beinhalten die Untersuchung:

1. mit 1 HWS-, BWS-, LWS- oder SWS-Spule,
2. in 1 Untersuchungsposition,
3. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
4. in 2 Sequenzen/Wichtungen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel,
2. Umlagerung des Patienten (Positionswechsel),
3. ab der 3. Ebene/Projektion oder
4. ab der 3. Sequenz

Wurde eine Untersuchung von 2 WS-Abschnitten beauftragt, darf grundsätzlich keine Aufteilung auf zwei Sitzungen erfolgen, da diese grundsätzlich innerhalb der Untersu-

chungshöchstgrenze von 45 Minuten durchführbar ist. Bei der Untersuchung von 2 WS-Abschnitten in einer Sitzung ist die Nr. 5705* nur einmal ansetzbar. Hier ist aber der Ansetz eines höheren Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 GOÄ gerechtfertigt. Zusätzlich werden der manuelle Spulenwechsel vom 1. auf den 2. WS-Abschnitt (z. B. HWS auf LWS) und die Serien im 2. WS-Abschnitt zusätzlich mit den beiden Nrn. 5732* und 5731* vergütet. Sofern in einer Sitzung neben einem HWS-Abschnitt ein weiteres Areal (Nr. 5700*, 5715* bis 5730*) untersucht wird, ist der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten. Die Abrechnung der HWS ist nicht zulässig, wenn nur die Untersuchung der Halsweichteile inkl. Halsgefäße beauftragt wurde.

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

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Werden nur die Halsweichteile untersucht, dann ist die höher vergütete Nr. 5700* ansetzbar. Die Nr. 5715* beinhaltet auch die Untersuchung des Plexus Brachialis, nicht aber die Rotatorenmanschette, da diese anatomisch zur Schulter (Nr. 5729*) gehört.

Da in der Gebührenziffer auch die Aufnahmen der Weichteile des Halses inkl. der Halsgefäße enthalten ist, darf bei einer MR-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge/Äste sowie der Halsgefäße nur die Nr. 5715* und nicht noch zusätzlich die Nr. 5700* abgerechnet werden. Sofern aber nur die Halsweichteile inkl. Halsgefäße untersucht werden, ist nur die Gebührenziffer des Kopfes inkl. Hals (Nr. 5700*) abzurechnen.

Die Gebührenziffer beinhaltet die Untersuchung:

1. mit 1 Hals- oder Brustkorbspule,
2. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
3. in 2 Sequenzen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel,
2. ab der 3. Ebene/Projektion oder
3. ab der 3. Sequenz/Wichtung

Beim V. a. eine Armplexusläsion, wird die Untersuchung im Verlauf des Nervenplexus beginnend im Hals-/Brustkorbbereich durchgeführt und ggf. im Schulterbereich (Nr. 5729*) fortgeführt. Dabei ist der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten. Sofern in einer Sitzung neben dem Brustkorb (Nr. 5715*) z. B. auch die benachbarte HWS (Nr. 5705*) oder die Schulter (Nr. 5729*) untersucht wird, ist ebenfalls der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten.

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

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Die Nr. 5720* ist bei der Untersuchung der Kreuzbein-Darmbein-Gelenke anzusetzen. Auch wenn die Hüftpfanne anatomisch zum Becken gehört, ist die MRT des Hüftgelenkes nur mit Nr. 5729* abrechenbar.

Die Gebührenziffer beinhaltet die Untersuchung:

1. mit 1 Bauch- oder Beckenspule,
2. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
3. in 2 Sequenzen/Wichtungen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel,
2. ab der 3. Ebene/Projektion oder
3. ab der 3. Sequenz/Wichtung

Beim V. a. eine Thrombose, ist es möglich, dass die Untersuchung sowohl im Becken (Nr. 5720*) und Bein (Nr. 5729*) durchgeführt wird. Dabei ist der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten.

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen zum Leistungsinhalt der Hauptleistungen aus „... 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 ...“

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

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.
Die Gebührenziffer beinhaltet die beidseitige Brustuntersuchung.
Die Gebührenziffer beinhaltet die Untersuchung:

1. mit der Brustspule,
2. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
3. in 2 Sequenzen/Wichtungen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. ab der 3. Ebene/Projektion oder
2. ab der 3. Sequenz/Wichtung

GOÄ-Ratgeber der BÄK: Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen zum Leistungsinhalt der Hauptleistungen aus „... 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 ...“

Tipp: Neben Nr. 5721 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731 – 5733 abrechenbar.

5729*	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	251,80
		139,89	349,72

Ausschluss: Neben Nr. 5729 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5730, 5732, 5735

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.
Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Mit ihr wird die Untersuchung eines oder mehrerer großer und kleiner Gelenke oder Abschnitten von unterschiedlichen Extremitäten vergütet. Die Untersuchung zweier Großgelenke „einer“ Extremität (Arm/Bein) wird mit Nr. 5730* vergütet.
Großgelenke sind die Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke. Kleingelenke sind die Finger- und Zehengelenke. Extremitätenabschnitte sind Ober- und Unterarm, Hand, Ober- und Unterschenkel und der Fuß. Gelenke sind funktionale Einheiten, die aus abrechnungstechnischen Überlegungen nicht in mehrere Gelenke unterteilt werden dürfen (z. B. Schulterhaupt- und AC-Gelenk, Kniehaupt- und Femoropatellargelenk, OSG/USG)
Bei der Untersuchung zweier Großgelenke „einer“ Extremität (z. B. rechtes Knie- und Sprunggelenk; linkes Schulter- und Handgelenk) darf die Nr. 5729* nicht zweimal abgerechnet werden. Hierfür ist die Nr. 5730* (2 Großgelenke einer Extremität) anzusetzen. Bei der Untersuchung zweier paariger Großgelenke (z. B. beide Kniegelenke) oder zweier (Groß-)Gelenke von unterschiedlichen Extremitäten (z. B. rechtes Kniegelenk und linkes Handgelenk) darf die Nr. 5729* ebenfalls nicht zweimal abgerechnet werden. Auch die Nr. 5730* scheidet aus, da die Großgelenke von „zwei“ Extremitäten und nicht von „einer“ Extremität untersucht werden. Zusätzlich darf die Nr. 5732* für den

manuellen Spulenwechsel auf das Gelenk der anderen Extremität und die Nr. 5731* ergänzende Serie(n) des anderen Gelenkes abgerechnet werden.

Die Gebührenziffer beinhaltet die Untersuchung:

1. mit 1 Gelenk- oder Extremitätenabschnittsspule,
2. in 1 Untersuchungsposition,
3. in 2 Ebenen/Projektionen (z. B. axial, sagittal, koronar) und
4. in 2 Sequenzen/Wichtungen.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel,
2. Umlagerung des Patienten (Positionswechsel),
3. ab der 3. Ebene/Projektion oder
4. ab der 3. Sequenz/Wichtung.

Sofern neben dem Gelenk- oder Extremitätenabschnitt ein weiteres Areal außerhalb der Leistung nach Nr. 5729* untersucht wird (Kopf, HWS, Becken etc.), so ist der Höchstwert (Nr. 5735*) zu beachten

GOÄ-Ratgeber Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
der BÄK: in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen darin folgendes aus:

1. zum Leistungsinhalt der Nr. 5729*

„...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 ...“

2. zur Definition des Gelenkbegriffs:

„... 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 ...“

3. Häufigkeit des Ansatzes der Hauptziffer pro Sitzung:

„... Die Nr. 5729* GOÄ kann für die Darstellung des Kniegelenks nur einmal angesetzt werden, unabhängig davon, welche Abschnitte derselben Extremität zusätzlich dargestellt werden ...“

4. zur Steigerung des Faktors bei beidseitiger Gelenkuntersuchung:

„... 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.“

5. zur Aufteilung auf 2 Untersuchungstermine bei 2 Untersuchungsarealen:

„... 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 Stillliegen 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 Wahrscheinlichkeit 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 ...“

Tipp:

Neben Nr. 5705 sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731, 5733 abrechenbar.

5730*

**Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en)
mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer
Extremität**

4000 419,67
233,15 582,87

Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.

Ausschluss: Neben Nr. 5730 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5729, 5735

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 5700*.

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Mit ihr wird die Untersuchung zweier Großgelenke der gleichen Extremität vergütet. Großge-

lenke sind Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke. Extremitäten sind der ganze Arm und das ganze Bein.

Die Untersuchung eines Großgelenkes ist nicht mit Nr. 5730*, sondern nur mit Nr. 5729 zu vergüten (Gebührenausschuss der BÄK vom 04.11.1999), da Großgelenke als funktionelle Einheiten anzusehen und nicht in mehrere Gelenke aufteilbar sind (u. a. BSG 25.08.1999; B 6 KA 32/98R). Die Untersuchung paariger Großgelenke (z. B. beider Kniegelenke) oder zweier Großgelenke von unterschiedlichen Extremitäten (z. B. rechtes Kniegelenk und linkes Handgelenk) darf nicht mit der Nr. 5730* abgerechnet werden, da nur jeweils ein Großgelenk je Extremität untersucht wird. Hier ist aber der Ansatz eines höheren Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 GOÄ gerechtfertigt.

Die Gebührensatznummer beinhaltet die Untersuchung:

1. von 2 Großgelenken der „gleichen“ Extremität,
2. mit 1 Spule pro Gelenk,
3. mit manuellem Spulenwechsel vom 1. auf das 2. Großgelenk,
4. in 1 Untersuchungsposition pro Gelenk,
5. in 2 Ebenen/Projektionen pro Gelenk (z. B. axial, sagittal, koronar) und
6. in 2 Sequenzen/Wichtungen pro Gelenk.

Ergänzende Serie(n) nach Nr. 5731* abzurechnen, ist daher erst möglich:

1. nach manuellem/elektronischem Spulenwechsel innerhalb eines Gelenkes,
2. Umlagerung des Patienten (Positionswechsel) innerhalb eines Gelenkes,
3. ab der 3. Ebene/Projektion bei einem der Gelenke oder
4. ab der 3. Sequenz/Wichtung bei einem der Gelenke.

Es wird bei einem Untersuchungsabbruch, dessen Grund im Befund zu dokumentieren ist, empfohlen, zumindest die Abrechnung der Nr. 5729* (Abbruch beim 1. Gelenk) bzw. 5730* (Abbruch beim 2. Gelenk) ohne Zusatzleistungen zu akzeptieren.

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen zum Leistungsinhalt der Hauptleistungen aus „...In den Legenden der übrigen MRT-Grundleistungen (Nr. 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 ...“

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	104,92
58,29	145,72

Kommentar:

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Ergänzende Serie(n) sind z. B. bei KM-Gabe nach Nativ-Untersuchung, Fettunterdrückung in bereits untersuchter Ebene, Lokalisation kleiner Hirnsubstanzschäden oder -entzündungsherde (T2*, SWI-, HAM-Sequenz, FLAIR), Schlaganfalldiagnostik (Diffusions-/DWI-Sequenz), Sequenzen in der 3. Ebene bei allen Hauptziffern (Nrn. 5700* bis 5730*) sowie Sequenzen nach Umlagerung des Patienten oder manuellen/elektronischen Spulenwechsel ansetzbar.

Die Nr. 5731* ist nicht ansetzbar, wenn:

- die 3. oder weitere Ebenen bzw. die 3. oder weitere Sequenzen/Wichtungen nicht dazu dienen, relevante Zusatzinformationen zu erlangen; damit sind sie als Bestandteil der Hauptleistung der Nrn. 5700* bis 5730* nicht gesondert zu vergüten.
- die (teil-)fettunterdrückte Sequenz die einzige Sequenz in einer Ebene ist
- eine 3D-Sequenz durchgeführt wird, da diese nur bei der Nr. 5733* abrechnungsrelevant ist

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen darin folgendes aus:

1. ab wann die Standardleistung der Hauptziffer überschritten wird:

„... 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 fett-supprimiert) vorgenommen, so kann z. B. neben der Nr. 5729* GOÄ für die Grund-

leistung einmal die Nr. 5731* GOÄ (1000 Punkte) „Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700* bis 5730** angesetzt werden ...“

2. welche Zusatzuntersuchungen den Ansatz der Nr. 5731 rechtfertigen:

„... Die Aufzählung zur Nr. 5731* GOÄ „Kontrastmitteleinbringung“ und „Darstellung von Arterien“ ist beispielhaft und nicht abschließend ...“ und weiter „... 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 Polyarthrit). 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 Verschmälnerung 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 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 ...“

3. Häufigkeit des Ansatzes der Nr. 5731* pro Sitzung:

„... Ein Mehrfachansatz der Gebührenposition Nr. 5731 GOÄ ist nicht möglich, da in der Leistungslegende eindeutig die Mehrzahl beschrieben ist ...“

Tipp:

Neben Nr. 5731 sind die Nrn. 345, 346, 347 abrechenbar.

5732*

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für 1000
Positionswechsel und/oder Spulenwechsel 58,29 –

Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar. Die Gebühr soll den Zeitaufwand vergüten, der bei einer Umlagerung oder eines manuellen Spulenwechsel innerhalb eines Untersuchungsareals entsteht. Beim elektronischen Spulenwechsel entsteht kein Zeitaufwand. Die BÄK hält den Ansatz der Nr. 5732* beim Umschalten von Körper- auf Oberflächenspule oder innerhalb mehrerer Spulen eines Ringspulenkomplexes aufgrund der kostenintensiven Zusatztechnik ebenfalls für gerechtfertigt. Die erstmalige Spulenanlage und Patientenlagerung ist obligatorischer Bestandteil jedes Untersuchungsareals. Die Nr. 5730* beinhaltet die Untersuchung von zwei Großgelenken, so dass die Spulenerstanlage und Erstpositionierung beim 2. Großgelenk Bestandteil der Hauptleistung ist und damit nicht gesondert mit Nr. 5732* abgerechnet werden darf. Gleiches gilt beim Ansatz des Höchstwertes, denn nur wenn bei einer der Hauptziffern der Ansatz der Nr. 5732* gerechtfertigt ist, darf diese neben Nr. 5735* abgerechnet werden.

Die Leistung ist abrechenbar bei Positionswechsel d. h. Patientenumlagerung aus Neutral-0-Position wie z. B.

- Arm am Körper und dann über Kopf oder Einwärts- u. Auswärtsdrehung des Armes (Schulter-MRT)

- evtl. Funktionaufnahmen bei HWS-MRT

- Knie: gestreckt/gebeugt

- ungeplante KM-Gabe; deren Indikation also erst während der Untersuchung eintritt

Die Leistung nach Nr. 5732* ist nicht abrechenbar bei Patientenumlagerung wie:

- Aus- u. Einfahren in den Kernspintomographen

- Aus- u. Einfahren zur bereits geplanten KM-Gabe

- Verschieben der Untersuchungsfläche innerhalb der Untersuchungsareale

Die Leistung ist abrechenbar bei manuellen/elektronischen Spulenwechsel wie z. B. bei

- Untersuchung paariger Gelenke (Nr. 5729*), denn die Oberflächenspule wird manuell von links auf rechts gewechselt (z. B. Hüfte, Knie)

- Verwendung einer zweiten Spule am gleichen Gelenk (z. B. Gelenkknorpel an Knie-scheibenrückseite nach Kniescheibenverrenkung)

- Untersuchung eines zweiten Wirbelsäulenabschnitts (Nr. 5700*), da nur die Spulenanlage im ersten WS-Abschnitt Bestandteil der Hauptleistung ist

- Untersuchung eines zweiten (Groß)Gelenkes einer anderen Extremität (Nr. 5729*), da nur die Spulenanlage am ersten Gelenk Bestandteil der Hauptleistung ist

- elektronisches Umschalten von Körper- auf Oberflächenspule zur Diagnoseklärung

- elektronisches Umschalten innerhalb mehrerer Spulen eines Ringspulenkomplexes

Die Leistung nach Nr. 5732* ist nicht als manueller/elektronischer Spulenwechsel abrechenbar bei

- Wechsel vom ersten auf das zweite Großgelenk der gleichen Extremität (z. B. vom linken Knie auf das linke Sprunggelenk), da die Spulenerstanlage Leistungsbestandteil der Nr. 5730* ist
- Wechsel vom ersten Areal einer Hauptleistung (z. B. Kopf = Nr. 5700*) auf das Areal der zweiten Hauptleistung (z. B. HWS = Nr. 5705*), da die Spulenerstanlage in jedem der beiden Areale Bestandteil der Hauptleistung und damit auch des Höchstwertes (Nr. 5735*) ist.
- elektronisches Umschalten von der Planungsübersichtsaufnahme zum Untersuchungsareal

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A-3208, A-3210 – A-3211

Die Autoren führen darin folgendes aus:

1. zur Definition des Begriffs Spulenwechsel:

„... Die Leistungslegende der Nr. 5732* GOÄ ... 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 ...“ und weiter „...Wird vor der eigentlichen Untersuchung eine Übersichtsaufnahme zur Orientierung, z. B. mit der Körperspule angefertigt, erfüllt dies nicht den Leistungsinhalt der Nr. 5732* GOÄ ...“

2. zu Abrechnungsmöglichkeiten eines Spulenwechsels:

„... 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* GOÄ 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 ...“

3. zur Definition des Begriffs 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 Kniegelenks, 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 ...“ und weiter „... Ein Positionswechsel des Patienten im Sinne der Leistungslegende erfolgt, wenn sich erst während der Untersuchung herausstellt, dass die Kontrastmitteldarstellung 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 herausgefahren 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 ...“

5733*

Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)

800

46,63

–

Der Zuschlag nach Nummer 5733* ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Kommentar:

Die Gebühr ist nur einmal pro Sitzung (Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar und soll die zeitintensive elektronisch gestützte Nachbearbeitung, Auswertung und Neuberechnung von MR-Bildern aus bereits vorhandenen Datensätzen vergüten. Neben der KM-Kinetik und der 3 D-Rekonstruktion ist der Ansatz z. B. auch bei der Subtraktion von KM-/Nativ-Bildern, MPR/MIP, Perfusion, Flussmessung des Rückenmarks und ADC-Mapping nach DWI-Sequenz möglich. Einfache Zweipunktmessungen sowie die Ermittlung von einfachen Größen-, Flächen und Volumenangaben an der Workstation erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen
in Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 46 (18.11.2005), S. A-3207 – A-3208, A-3210 – A-3211
Die Autoren führen darin folgendes aus:

1. wann die Nr. 5733* ansetzbar ist:

„... Gerechtfertigt ist die Berechnung ... wenn eine Winkel-, Flächen- oder Volumen-Messung oder eine ... 3-D-Rekonstruktion durchgeführt werden muss ...“ und weiter „... Computergesteuerte Analysen sind z. B. dann indiziert, wenn ein Knorpelschaden am Kniegelenk abgeklärt und dargestellt werden soll, z. B. Osteochondrosis dissecans oder die 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 Tumorumfängen 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 vitalen Tumoreales, zu der Quantifizierung der KM-Aufnahme, oder der Erstellung von Zeit-/Aktivitätskurven.“

2. wann die Nr. 5733* nicht ansetzbar ist:

„... Der Leistungsinhalt des Zuschlages wird nicht durch die ... Monitorbefundung erfüllt. Unter computergestützter Analyse kann weder die Nachbearbeitung zur Kontrastverstärkung noch die Einstellung der Helligkeit oder die Vergrößerung am Bildschirm verstanden werden ...“ und weiter „... 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 ...“

4. zur Steigerung des Abrechnungsfaktors:

Die nachträgliche Veränderung des Offsets, z. B. zur Darstellung besonderer ROI's (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.

5735*

Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700* bis 5730*

6000	629,50
349,72	874,31

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

Ausschluss:

Neben Nr. 5735* sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5700*–5730*

Kommentar:

Die im Höchstwert enthaltenen Hauptziffern (Nrn. 5729* bis 5730*) sind in der Rechnung anzugeben. Die Nrn. 5731* bis 5733* sind neben der Nr. 5735* einmal ansetzbar, wenn sie mindestens einer der im Höchstwert enthaltenen Hauptuntersuchungsareale abrechnungstechnisch hinzuzurechnen ist.

Tipp:

Neben Nr. 5735* sind die Nrn. 345, 346, 347, 5731*–5733* abrechenbar.

IV Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.

2. Eine Bestrahlungsfraction 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 Bestrahlungsfractionen.

1 Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800* **Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe** **250** 26,23
14,57 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

Tipp: Neben Nr. 5800 sind die Nrn. 5802, 5803, 5805, 5806 abrechenbar.

5800* **1. Behandlungsplan f. dermatol. Photodynamische Therapie, einmal im Behandlungsfall, PDT Haut** **250** 26,23
analog 14,57 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

Kommentar: Bei Behandlung größerer Hautareale sind neben Nr. 5800* analog Zuschläge analog nach Nr. 5802 bis 5803 berechnungsfähig.

5802* **Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion** **200** 20,98
11,66 29,14

Ausschluss: Neben Nr. 5802 ist folgende Nr. nicht abrechnungsfähig: 5806

Tipp: Neben Nr. 5802* sind die Nrn. 5800*, 5803* abrechenbar.

5802* **Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 566* analog für zwei weitere Bestrahlungsfelder (analog Nr. 5802* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK** **200** 20,98
analog 11,66 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* **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**
analog 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)

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. Mantelfeld oder umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.“

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 individueller 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.

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.

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 87,43	157,38 218,58
--------------	---	----------------------	-------------------------

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,
- Tumorrezidiv,
- 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 87,43	157,38 218,58
------------------------	---	----------------------	-------------------------

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	–
------------------------	---	-----------------------	----------

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

GOÄ-Nr.	Punktzahl 1fach	1,8 2,5
---------	--------------------	------------

5846*	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	220,33
		122,40	306,01

Ausschluss: Neben Nr. 5846 sind folgende Nrn. nicht abrechnungsfähig: 5840, 5841

5846*	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 Platzierung der Hohl-nadel/n zu Seedablage, einmal je Hohl-nadel abrechenbar – (analog Nr. 5846* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK	2100	220,33
analog		122,40	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 Hohl-nadeln 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 Therapie angesehen.

Die Kosten für die Prostata-Seeds (Material) können zusätzlich – entsprechend Nachweis – in Rechnung gestellt werden.

Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohl-nadel/n zur Seedablage(Nr. 319 GOÄ)

Die Nr. 319 kann im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) einmal je Hohl-nadel 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. 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-Ratgeber der BÄK:

► Abrechnungsempfehlungen für die PSI

Dr. med. Tina Wiesener; Deutsches Ärzteblatt 111 (20.06.2014), S. A-1156 – <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.12247>

Die Autorin fasst im Deutschen Ärzteblatt vom 20.06.2014 die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer von 2005 zur PSI nochmal zusammen (hier teilweise von den Autoren gekürzt):

- die Implantation von Seeds „in drei Hohl-nadeln ... einer Fraktion und führt einmal zur Berechnung der Nr. 5846 analog.
- werden Seeds in einer Anzahl (ein oder zwei) implantiert, so löst diese Implantation keinen weiteren analogen Ansatz der Nr. 5846 GOÄ aus
- aber der damit verbundene erhöhte Zeitaufwand ist angemessen über den Gebührenrahmen der letzten analogen Nr. 5846 GOÄ nach § 5 Absatz 2 und 3 GOÄ zu berücksichtigen. Die Berechnung der Nr. 5846 GOÄ analog für die PSI ist auf acht Fraktionen begrenzt...
- werden bei einer Behandlung z. B. 20 Hohl-nadeln eingebracht, so ist der Ansatz der Nr. 5846 GOÄ (analog) insgesamt 6x zutreffend,
- der besondere Zeitaufwand für die vom angegebenen Leistungsumfang abweichende Anzahl (in diesem Beispiel: zwei) ist über einen erhöhten Steigerungssatz der sechsten im analogen Abgriff in Rechnung gestellten Nr. 5846 GOÄ abzubilden wäre und keinen zusätzlichen (siebten) Ansatz der Nr. 5846 GOÄ auslöst...

Die Autorin führt weiter aus: „Die Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohl-nadeln zur Seed-Ablage nach Nr. 319 GOÄ kann nach oben genannter Abrechnungsempfehlung „im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) einmal je Hohl-nadel angesetzt werden“. Von daher ist für die Punktion und Platzierung bei Implantation von zum Beispiel 20 Hohl-nadeln der Ansatz der Nr. 319 GOÄ insgesamt 20 mal zutreffend.

Darüber hinaus sind „(e)ine parallel durchgeführte Sonographie nach den Nrn. 410 und ggf. 420 GOÄ ... unter Beachtung der Allgemeinen Bestimmungen zu C VI.“ und „(s)owohl die durchgeführte Zystographie nach Nr. 5230 GOÄ als auch die Zystourethroskopie nach Nr. 1787 GOÄ ... neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI ansatzfähig.“

Hingegen sind gemäß Beschlussfassung 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 ... neben der Nr. 319 GOÄ für die PSI nicht ansetzbar...

5 Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851* **Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung –** **6900** 723,93
402,18 1005,46
Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.

5851* **Ganzkörperhyperthermie – Anwendung für verschiedene Temperatur-Erhöhen – analog Nr. 5831* GOÄ – entsprechend** **6900** 723,93
analog 402,18 1005,46
GOÄ § 6 (2)

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.

Recht-
sprechung:

Abrechnung einer Galvano-Therapie

Da die GOÄ aber für die Galvano-Therapie keine eigene Gebührencyiffer vorsieht, kommt § 6 Abs. 2 GOÄ analog zur Anwendung.

Die Abrechnung in analoger Anwendung der Gebührencyiffer 5854 (Tiefen-Hyperthermie) ist jedenfalls vertretbar. Die Tiefen-Hyperthermie ist nach Auskunft der Sachverständigen wie die Galvano-Therapie mit einer Zufuhr von Energie ins Körperinnere verbunden, wobei bei der Tiefen-Hyperthermie die Energiezufuhr durch Wärme, bei der Galvano-Therapie durch elektrischen Strom erfolgt. Hinsichtlich des Behandlungsaufwandes sind Tiefen-Hyperthermie und Galvano-Therapie jedenfalls in etwa vergleichbar, da, wie die Sachverständigen beschrieb, in beiden Fällen mindestens die Rufbereitschaft des Arztes für mögliche Komplikationen bestehen muss. Die Sachverständigen hielt die analog herangezogene Gebührencyiffer 5854 für sachgerecht; das Gericht schließt sich dieser Beurteilung an.

Aktenzeichen: LG Regensburg, 27.05.2014, AZ: 4 0 910/11

Entscheidungs jahr: 2014

Hinweis: Es erscheint fraglich, ob eine PKV die Kosten einer Galvano-Therapie übernimmt; wenn keine Kostenübernahme erfolgt, kann der Arzt die Kosten nur als Leistung auf Verlangen – § 1 Abs.2 S. 2 GOÄ – abrechnen.

5855* **Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen** **6900** 723,93
402,18 –

GOÄ-Ratgeber ► **Fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie**
der BÄK:

Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer – (In: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 45 (11.11.2011), S. A-2444) – <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.9889&all=true>
Ulmer schreibt: „...Nach denen im DA, Heft 17 vom 29. April 2011, veröffentlichten Abrechnungsempfehlungen der BÄK 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...

IGeL:

- Laser in situ-Keratomektomie (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte) – s. dazu auch Kommentar zu Nr. 1345.
- Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte)

5855*
analog

1. Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) mit bildgeführter Überprüfung der Zielvolumina (IGRT) einschließlich aller Planungsschritte und individuell angepasster Ausblendungen, je Bestrahlungssitzung

6900 723,93
402,18

Die intensitätsmodulierte Strahlentherapie analog Nr. 5855 GOÄ ist höchstens mit dem 1,8-fachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Neben der intensitätsmodulierten Strahlentherapie analog Nr. 5855 GOÄ sind Leistungen aus dem Kapitel O IV und Leistungen nach den Nrn. 5377, 5378, 5733 und A 5830 in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

2. Fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger am Körperstamm, je drei Fraktionen

Die fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger analog Nr. 5855* GOÄ ist unabhängig von der Anzahl der Zielvolumina höchstens fünf Mal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.

Neben der fraktionierten, stereotaktischen Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger analog Nr. 5855* GOÄ sind Leistungen nach den Nrn. 5377*, 5378*, 5733* und A 5830* in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

3. 3-D-Bestrahlungsplanung der fraktionierten, stereotaktischen Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger am Körperstamm, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners analog 1,75 x Nr. 5855* GOÄ

Die 3-D-Bestrahlungsplanung der fraktionierten, stereotaktischen Präzisionsbestrahlung analog Nr. 5855* GOÄ ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

4. Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung (analog Nr. 5855* GOÄ) – n. Beschlüssen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK

**GOÄ-Ratgeber
der BÄK:**

zu 1.

► **Abrechnung der IMRT**

Dipl.-Verw.-Wiss. Martin Ulmer – (in: Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 20 (20.05.2011), S. A-1138) – <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.108.4144.4316.9297&all=true>

Ulmer führt aus: „nach Empfehlung der BÄK kann die IMRT mit bildgeführter Überprüfung der Zielvolumina einschl. 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) ...“

► **IMRT: Abrechnung ohne Mengenbegrenzung**

Dipl.-Verw. Wiss. Martin Ulmer in Deutsches Ärzteblatt 112, Heft 3 (2015), S. A-100 <http://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/goae-ratgeber/abschnitt-o-strahlendiagnostik-nuklearmedizin-magnetresonanztomographie-und-strahlentherapie/imrt/>

Zusammengefasst führt Ulmer aus:

... „Eine Mengenbegrenzung, wie sie beispielsweise für die fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger vorgesehen ist, hat die Bundesärztekammer für die IMRT nicht beschlossen, da bei dieser Bestrahlungstechnik durchschnittlich mindestens 30 Bestrahlungsfractionen erforderlich sind.

Gleichzeitig ist jedoch zu beachten, dass die Empfehlung der Bundesärztekammer, alle im Zusammenhang mit der IMRT stehenden Leistungen in einer Komplexziffer zusammenzufassen, zu einer einfacheren Abrechnung führt und die Rechtssicherheit erhöht. Dies betrifft insbesondere den bis zur Veröffentlichung dieser Abrechnungsempfehlung noch möglichen Ansatz der Nr. A 5830* für die Computergestützte Individual-Ausblendung (MLC) je Feld und Bestrahlungsserie, da durch die Modulation der Strahlenfelder bei der IMRT erhebliche Feldzahlen erreicht werden. So kommen in vielen Fällen bis zu 100 Bestrahlungsfelder zum Einsatz, weshalb es häufig zu Diskussionen darüber kam, wie oft die Nr. A 5830* im Einzelfall berechnet werden kann ..."

Kommentar: Siehe Kommentar zu Nr. 1345 analog.

Recht- Siehe hierzu unter Rechtsprechung bei GOÄ-Nr. 1345 analog.

sprechung:

Zu 1 Behandlung mit Intensitätsmodulierter Strahlentherapie

Die Einschränkungen für die fraktionierte, stereotaktische Präzisionsbestrahlung mittels Linearbeschleuniger analog Nr. 5855* GOÄ – unabhängig von der Anzahl der Zielvolumina ist die Behandlung höchstens 5-mal (15 Fraktionen) in 6 Monaten berechnungsfähig – gelten für die Behandlung mit einer intensitätsmodulierten Strahlentherapie nicht.

Aktenzeichen: VG Stuttgart, 17.09.2012, AZ: 12 K 1012/12, **Entscheidungsjahr:** 2012

Zu 4 Abrechnung eines sog. Femtosekundenlasers bei Kataraktoperation – Nr. 5855* analog

Das Gericht führt u. a. aus: Die Abrechnung der Leistung unter Anwendung der Ziff. 5855* GOÄ analog ist geboten. Die Methode ist neuartig, weswegen allein sie nicht ins Gebührenverzeichnis aufgenommen ist. Der Sachverständige konnte darlegen, dass die Katarakt-Operation „mit einem Laser“ nicht im Tatbestand der Ziff. 1375 enthalten ist.

Der Sachverständige konnte sehr eindrücklich beschreiben, dass die Operation unter Einsatz eines Lasers der in der Ziff. 1375 geregelten traditionellen Operationsmethode deutlich überlegen ist und der Lasereinsatz, ausgehend von Aufwand, Vorhalte- und Investitionskosten, Schulungsaufwand und ärztlicher Kunstfertigkeit, der Ziff. 5855* zwanglos unterfällt.

Aktenzeichen: AG Reutlingen, 26.06.2015, AZ: 5 C 1396/14

IGeL:

zu 4. Laser in situ-Keratomeileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855* GOÄ (6900 Punkte)

A 5860*

Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren 41400 4343,57
mittels Linearbeschleuniger – einschl. Fixierung mit Ring oder 2413,09 6032,74
Maske –, einschl. vorausgegangener Bestrahlungsplanung,
einschl. Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer
Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquer-
schnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschl. individu-
eller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozess-
rechners, analog 6 x 5855* GOÄ (6 x 6900 Pkt. = 41400 Pkt.) – n.
Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer

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 therapieresistente Trigeminalgie, Chordom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

Beschluss
BÄK:

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 emp-

fehlenswert, 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.

- 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 | 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.

**Beschluss
BÄK:**

Siehe auch unter Nr. A 5860*.

6 Abrechnung der stereotaktisch fraktionierten Strahlentherapie mittels Linearbeschleuniger

Hinweis auf GOÄ-Ratgeber der BÄK:

Siehe Ratgeber unter GOÄ NR. 5855*

- 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:

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 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 Sehnerv/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 (1,75facher = 402,18 × 1,75 = 703,82) – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer	6900	–
		402,18	–

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	6900	723,93
		402,18	1005,46

Nr. 5855* GOÄ – n. Verzeichnis analoger Bewertungen der Bundesärztekammer

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, Chiasmanähe oder im Hirnstamm lokalisierte Hirnmetastase, Rezidiv eines Aderhautmelanoms.

aber nicht die Angabe, dass auf der Grundlage der GOÄ abgerechnet wurde; zumal wenn die Abrechnungsziffern des Leistungskatalogs der GOÄ angegeben 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

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

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

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 Verdienstausschlag 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 Termine 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

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

Hinweise auf GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► Pflichtangaben auf einer Arztrechnung

Dr. jur. Marlis Hübner – in: Deutsches Ärzteblatt 107, Heft 28-29 (19.07.2010), S. A 1424

Die Autorin fasst wesentliche Punkte einer Arztrechnung zusammen: "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 (§ 1 Abs. 2 GOÄ), zu kennzeichnen. 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. "Erbringt ein Arzt Leistungen, die der Umsatzsteuerpflicht unterliegen (zum Beispiel Lieferung von Kontaktlinsen oder Schuheinlagen; kosmetische Operation), dann sind bei der Rechnung die umsatzsteuerrechtlichen Regelungen und Richtlinien zu beachten. Vgl. dazu insbesondere § 14 Abs. 4 UStG. ◀

► Korrekte Rechnungslegung (2) – Begründung bei Überschreiten der Schwellenwerte

Dr. med. Anja Pieritz – in: Dt. Ärzteblatt 102, Heft 8 (25.02.2005), Seite A-526

Es wird dazu ausgeführt: Nach § 5 GOÄ hat der Arzt das Recht, eine aufwendige Leistung oberhalb des Schwellenwertes abzurechnen. Gemäß § 12 Abs. 3 GOÄ muss dann die einzelne Leistung in der Rechnung verständlich und nachvollziehbar schriftlich begründet werden. Wichtig dabei: die Wiederholung der Bemessungskriterien nach § 5 Absatz 2 reichen nicht aus, um die Gründe für die Überschreitung des Schwellenwertes einzeln zu rechtfertigen.

Die Begründung für das Überschreiten des Schwellenwertes muss für jede einzelne Leistung erfolgen. Eine durchgängige pauschale Begründung ist unzulässig.

„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. Gemäß § 12 Absatz 3 hat der Arzt auf Verlangen des Patienten die Begründung näher zu erläutern.“

► Fälligkeit der Rechnung – BGH klärt Bedingungen

Dr. med. Anja Pieritz – in: Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 18 (04.05.2007), Seite A-1264, korrigiert 24.07.2007

Dr. Pieritz weist auf ein wichtiges Urteil hin: Private Krankenversicherungen hatten früher vorgetragen, eine Arztrechnung sei nach § 12 Abs. 1 GOÄ schon dann nicht fällig, wenn nur eine einzige Position der Rechnung unrichtig sei. Dazu hat der Bundesgerichtshof nunmehr 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 (BGH, Az.: III ZR 117/06).“

Inkrafttreten dieser Verordnung

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 Ordnungsgeber sich den Übergang bei wesentlichen Änderungen der GOÄ vorstellt. Dies kann auch für zukünftige Änderungen bedeutsam sein.

Informationen zur Beihilfe

Hinweise des BMI zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

Wie im Bereich der GKV kennt auch die Beihilfe Ausschlüsse von Untersuchungen und Behandlungen. Diese besonders in den Anlagen zum § 6 BBhV geregelten Ausschlüsse oder Teilausschlüsse sollten dem Arzt bekannt sein.

Es sei daraufhin gewiesen, dass in den einzelnen Bundesländern für die Landesbeamten regionale Beihilfeverordnungen mit geringen Abweichungen zur BBhV des Bundes existieren.

§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)

(<http://www.buzer.de/gesetz/8634/a159937.htm>)

(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte. Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Die Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die zwischen dem Bundesministerium des Innern und den Heilpraktikerverbänden vereinbarten Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen.

Grundsätze für die Erstattungen von Aufwendungen im Krankheitsfall

Ein Beamter hat Anspruch auf Beihilfeleistungen für Aufwendungen im Krankheitsfall. Beihilfeleistungen zu Aufwendungen im Krankheitsfall werden erbracht, wenn diese dem Grunde nach medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Die Vorschriften über die Begrenzung der Beihilfe konkretisieren den Begriff der Angemessenheit, der seinerseits an die medizinische Notwendigkeit der Aufwendungen anknüpft. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist danach auf die preisgünstigste von mehreren medizinisch gleichermaßen geeigneten Behandlungen begrenzt. Für die Beurteilung dieser Frage ist auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen abzustellen (BayVGH, Urt. v. 13. Dezember 2010, Az. 14 BV 08.1982).

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen bemisst sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der GOÄ. Die auf der Grundlage eines Behandlungsvertrags mit dem Arzt sich ergebenden Aufwendungen sind danach grundsätzlich nur bis zur Höhe des Schwellenwerts des Gebührenrahmens der GOÄ (2,3-facher Satz) beihilfefähig, es sei denn, dass begründete besondere Umstände vorliegen. Leistungen, die der Arzt auf Verlangen des Patienten über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinaus erbracht hat, sind nicht beihilfefähig (VerwG Bayreuth, 24.06.2014, Az: B 5 K 11.371).

Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 BhV sind Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Gemäß Satz 2 der Vorschrift beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Danach verzichten die Beihilfavorschriften auf eine eigenständige

Konkretisierung des Begriffs „angemessen“ und begrenzen die Kostenerstattung grundsätzlich auf die Gebühren, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreiten. Somit knüpft die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ärztliche Leistungen grundsätzlich an den Leistungsanspruch des Arztes an und setzt voraus, dass dieser seine Leistungen bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung in Rechnung gestellt hat. (siehe BVerwG, 28.10.2004, AZ: 2 C 34/03)

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

(Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) – Vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326) zuletzt geändert durch die dritte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 8. September 2012 (BGBl. S. 1935) – Im Internet unter: <http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/368016/publicationFile/17666/bbhv.pdf>

Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen

Abschnitt 1: Völliger Ausschluss

- 1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 1.2 Atlasterapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonatorentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum
- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation
- 3.1 Chelat-Therapie
- 3.2 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
- 3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests
- 4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
- 5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
- 5.2 Elektroneuraldiagnostik
- 5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz
- 6.1 Frischzellentherapie
- 7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)
- 7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
- 8.1 Heileurhythmie
- 8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- 8.3 Hyperthermiebehandlung
- 9.1 immunoaugmentative Therapie
- 9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)
- 9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kariesdetektor-Behandlung
- 11.2 kinesiologische Behandlung
- 11.3 Kirlian-Fotografie
- 11.4 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)

Abschnitt 2: Teilweiser Ausschluss

- 11.5 konduktive Förderung nach Petö
- 12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegsensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 14.1 neurotopische Diagnostik und Therapie
- 14.2 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 15.1 osmotische Entwässerungstherapie
- 16.1 Psycotron-Therapie
- 16.2 pulsierende Signaltherapie
- 16.3 Pyramidenenergiebestrahlung
- 17.1 (frei)
- 18.1 radiale Stoßwellentherapie – 50 –
- 18.2 Regeneresen-Therapie
- 18.3 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 18.4 Rolfing-Behandlung
- 19.1 Schwingfeld-Therapie
- 20.1 Thermoregulationsdiagnostik
- 20.2 Trockenzellentherapie
- 21.1 (frei)
- 22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- 22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- 23.1 (frei)
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zellmilieu-Therapie

Abschnitt 2: Teilweiser Ausschluss**1. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung verkalkender Sehnenerkrankung (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporns (Fasziitis plantaris) oder der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

3. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

4. Klimakammerbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.

5. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.

6. Magnetfeldtherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die

Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

7. Ozontherapie

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

8. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.

9. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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

■ Rechtsprechung

Beihilfe bei einer ganzheitlichen Krebstherapie

Das Verwaltungsgericht legt u. a. dar:

Somit ist eine Behandlungsmethode dann „wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt“, wenn eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit und Geeignetheit durch die in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätigen Wissenschaftler nicht vorliegt oder wenn die überwiegende Mehrheit der mit der Methode befassten Wissenschaftler ihre Erfolgsaussichten als ausgeschlossen oder jedenfalls gering beurteilt (vgl. OVG des Saarlandes, Urteil vom 01.12.2015 – AZ: 1 A . 96/15. Daher ist die ganzheitliche **immunbiologische Behandlung** nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode anzusehen. Es fehlt an einer ausreichend verbreiteten fachlichen Bejahung ihrer Geeignetheit und Wirksamkeit. Der Sachverständige hatte in dem Verfahren ausgeführt *Sowohl über die Qualität und die Wirksamkeit der angewendeten ganzheitlichen immunbiologischen Therapie als auch über die einzelnen Bestandteile wie die GcMAF-Infusionstherapie, die pulsierende Signalfeldtherapie, eine Eigenbluttherapie und die angewendete orthomolekulare Medizin können keine zuverlässigen wissenschaftlichen Aussagen gemacht werden, da hierzu keine einzige einwandfrei durchgeführten Studie, welche den oben angeführten Ansprüchen genügt vorliegt.*

Dem Argument, die Beihilfe sei auch zu den Aufwendungen für eine Außenseitermethode zu gewähren, bleibt der Erfolg versagt. Nach der Rechtsprechung gibt es Ausnahmefälle, in denen vor dem Hintergrund der Fürsorgepflicht des Dienstherrn aus Art. 33 Abs. 5 GG bzw. nach allgemeinen verfassungsrechtlichen Grundsätzen (Art. 2 Abs. 1 GG und Sozialstaatsprinzip) sowohl im Beihilferecht als auch im Rahmen der Krankenversicherung Leistungen auch zu Methoden zu gewähren sind, denen die allgemeine wissenschaftliche Anerkennung fehlt. Das ist namentlich dann der Fall, wenn für eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, ein anerkanntes Heilverfahren nicht angewendet werden kann oder bereits ohne Erfolg eingesetzt worden ist. In einem solchen Fall können auch Aufwendungen für **sog. Außenseitermethoden** notwendig und angemessen und damit beihilfefähig sein, wenn die Aussicht besteht, dass eine solche Behandlungsmethode nach einer medizinischen Erprobungsphase entsprechend dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft noch wissenschaftlich allgemein anerkannt werden kann und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf besteht (vgl. BVerwG, Urteil vom 29.06.1995 – 2 C 15/94). Diese Rechtsprechung ist auf das Beamtenbeihilferecht übertragbar.

In diesem Fall fehlte es aber an der Voraussetzung, dass für diese Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Der SV hat hierzu aus die bestehenden Leitlinien verwiesen.

Aktenzeichen: VerwG Saarland, 12.05.2016, AZ: 6 K 2135/13

Entscheidungsjahr: 2016

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht beihilfefähig

Gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 2 BBhV sind Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht beihilfefähig. Das gilt nach § 22 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d) Satz 1 BBhV nicht, wenn diese Arz-

neimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung von der Ärztin oder dem Arzt ausnahmsweise verordnet werden. Gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d) Satz 2 BBhV hat das Bundesministerium des Innern in Verwaltungsvorschriften die entsprechenden Arzneimittel zu bestimmen. Die Ausnahmen lehnen sich an Abschnitt F der Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an und sind abschließend im Anhang 4 aufgeführt. Weitere Möglichkeiten von Ausnahmen sind nicht zugelassen. Präparate wie z. B. Linola Fett N Ölbad Badezusatz, Adeps Lanae anhyd. 25,0 mit Paraffin subliquid ad 50,0 oder Artelac Advanced EDO Tränenflüssigkeit sind in Anhang 4 unstreitig nicht genannt und damit nicht beihilfefähig.

Aktenzeichen: VG Oldenburg, 11.05.2012, AZ: 6 A 1832/10

Entscheidungsjahr: 2012

Arzneimittel bei erheblichem Haarausfall bei Frauen beihilfefähig

Die androgenetische Alopecie und der androgenetische Haarausfall stellen eine behandlungsbedürftige Krankheit dar. Bei einer Frau stellt ein totaler Haarverlust eine Behinderung (§ 33 I 1 SGB V, § 2 I SGB IX) dar (vgl. BSG, Urt. v. 23.07.2002 – B 3 KR 66/01). Erheblicher Haarausfall bei Frauen ist damit nicht nur eine kosmetische Frage oder ein Problem der Lebensqualität, sondern bedarf ärztlicher Behandlung.

Aktenzeichen: OVG Sachsen, 02.07.2012, AZ: 2 A 202/10

Entscheidungsjahr: 2012

Beihilfeanspruch bei Beinverlängerung

Eine junge Frau hatte sich durch einen operativen Eingriff beide Beine verlängern lassen. Die dafür aufgewandten Kosten können im Rahmen der Beihilfe nicht geltend gemacht werden, so das Bundesverwaltungsgericht:

Bei einer geringen Körpergröße handelt es sich objektiv nicht um eine Krankheit; auf das subjektive Empfinden der Betroffenen kommt es nicht an.

Aufwendungen für eine OP an einem gesunden Körper sind auch dann nicht notwendig im Sinne des Beihilferechts, wenn die subjektive Belastung für die Betroffene das Ausmaß einer psychischen Erkrankung angenommen haben kann.

Aktenzeichen: 1. BVerwG, 30.09.2011, AZ: 2 B 66.11

2. OVG Nordrhein-Westfalen, 24.01.2011, AZ: 1 A 527/08

Entscheidungsjahr: 2011

Abspielgerät für Hörbücher

Sogenannte DAISY – Abspielgeräte sind speziell für blinde oder sehbehinderte Personen entwickelt worden. Die Geräte dienen daher nicht vorrangig der allgemeinen Lebenshaltung, sondern sind beihilfefähige Hilfsmittel.

Die Kosten für ein DAISY – Abspielgerät sind daher von der Beihilfe zu ersetzen.

Aktenzeichen: VGH Baden-Württemberg, 26.09.2011, AZ: 2 S 825/11

Entscheidungsjahr: 2011

Hyperthermiebehandlung bei Mammakarzinom

Die Hyperthermiebehandlung eines Mammakarzinoms erfüllt nicht die Voraussetzungen einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethode; zumindest dann, wenn sie nicht zusammen mit anderen schulmedizinischen Methoden erfolgt. Wenn daher die Therapie mit herkömmlichen Behandlungsmethoden möglich ist, sind die Aufwendungen für eine Hyperthermiebehandlung nicht beihilfefähig.

Aktenzeichen: VG Karlsruhe, 20.10.2011, AZ: 9 K 1098/10

Entscheidungsjahr: 2011

Galvanotherapie

Die Beihilfefähigkeit von Kosten für eine Galvanotherapie zur Behandlung eines metastasierenden Mammakarzinoms wird verneint, da die Methode nicht allgemein wissenschaftlich anerkannt und daher nicht medizinisch notwendig ist.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung in der Regel die Beurteilung des behandelnden Arztes maßgeblich; ausgenommen davon sind jedoch wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden.

Auch im Rahmen der Beihilfe ist die Behandlung mit einer alternativen Heilmethode nicht grundsätzlich ausgeschlossen, wenn eine ernst zu nehmende Aussicht auf Erfolg besteht.

Dazu die Grundsätze des Bundesverwaltungsgerichts: eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode hat sich noch nicht gebildet oder kann beim Patienten nicht angewendet werden; oder sie ist bisher ohne Erfolg eingesetzt worden. Daneben besteht die Aussicht, dass die neue Heilmethode bald wissenschaftlich anerkannt wird.

Diese Voraussetzungen liegen bei einer Galvanotherapie nicht vor.

Aktenzeichen: VG Regensburg, 11.04.2011, AZ: RO 8 K 11.403

Entscheidungsjahr: 2011

Beihilfe für Abmagerungsmittel Xenical

Bei einer behandlungsbedürftiger Adipositas besteht ein Anspruch auf Beihilfe für das Abmagerungsmittel Xenical.

Der Anspruch wäre nicht gegeben, wenn das Arzneimittel nur zur Verbesserung der Lebensqualität verschrieben wird oder dies auch bei einem medizinischen Hintergrund im Vordergrund steht. Wenn es sich aber zuvorderst um eine medizinisch notwendige und krankheitsbedingte Behandlung handelt, die nebenbei auch die Lebensqualität steigert, sind die Aufwendungen für das Arzneimittel beihilfefähig.

Aktenzeichen: VerwG Potsdam, 30.09.2011, AZ: 2 K 883/08

Entscheidungsjahr: 2011

Elektromobil

Ein Elektromobil – hier: Cityliner 412 – ist kein beihilfefähiges Hilfsmittel.

Aktenzeichen: VGH Baden-Württemberg, 10.10.2011, AZ: 2 S 1369/11

Entscheidungsjahr: 2011

Analogabrechnung nach § 6 GOÄ und Anwendung des Schwellenwertes nach § 5 GOÄ bei beihilfeberechtigten Patienten

Wenn ein Arzt eine Leistung gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ analog abrechnen kann, ist die Höhe des Gebührensatzes innerhalb des durch § 5 Abs. 2 GOÄ gegebenen Rahmens nach billigem Ermessen vorzunehmen. Innerhalb der Regelspanne des 1 fachen bis 2,3fachen Satzes hat der Arzt die Gebühr zu bestimmen; in der Praxis orientiert sich die Mehrzahl der Fälle am 2,3 fachen Satz. Dies wird von der Rechtsprechung grundsätzlich akzeptiert; vgl. BGH, 08.11.2007, AZ: III ZR 54/07.

Diese ärztlichen Leistungen sind nach der Beihilfeverordnung beihilfefähig. Wenn eine analoge Berechnung vorgenommen wird und der 2,3 fache Gebührensatz abgerechnet wird, besteht für den Arzt auch bei beihilfeberechtigten Patienten keine Begründungspflicht. Diese Verpflichtung besteht nur dann, wenn dies in der GOÄ vorgesehen ist, § 12 Abs. 3 GOÄ.

Aktenzeichen: VerwGer.Hof Baden-Württemberg, 28.01.2010, AZ: 10 S 2582/08

Entscheidungsjahr: 2010

Abrechnungsprobleme bei der Beihilfe – z. B. BayBhV

Nach § 7 Abs. 1 S. 1 BayBhV sind beihilfefähig Aufwendungen, wenn die dem Grunde nach medizinisch notwendig, sie der Höhe nach angemessen sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der GOÄ.

Aktenzeichen: VG Ansbach, 30.06.2010, AZ: AN 15 K 09.01745

Entscheidungsjahr: 2010

Beihilfe bei Analog – Abrechnung durch Arzt

In § 6 Abs. 2 GOÄ ist die Zulässigkeit einer sog. Analog – Abrechnung aufgeführt. Analogleistungen sind von der Beihilfefähigkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen.

Die BÄK gibt regelmäßig ein Analogverzeichnis heraus. Für Leistungen, die in diesem Verzeichnis aufgeführt sind, besteht eine Regelvermutung in der Art, dass diese angemessen im Sinne der Beihilfavorschriften sind. Eine Festsetzungsstelle hat daher die Angemessenheit idR nicht mehr gesondert zu prüfen.

Wenn aber die ärztliche Leistung nicht in dem Verzeichnis der BÄK enthalten ist, hat die Festsetzungsstelle zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

Aktenzeichen: OVG Sachsen-Anhalt, 24.11.2010, AZ: 1 L 146/10

Entscheidungsjahr: 2010

Beihilfefähigkeit – Analogabrechnung eines psychiatrischen Gesprächs

Wenn ein psychiatrisches Gespräch nach GOÄ-Nr. 886 analog („spezifisches psychiatrisches Gespräch, länger als 40 Minuten“) abgerechnet wird, ist es für die Beihilfestelle grundsätzlich zulässig,

Rechtsprechung

eine Umwandlung in die GOÄ-Nr. 806 vorzunehmen, denn die Analogbewertung ist nicht im Verzeichnis der BÄK aufgenommen. Für einen erheblichen Zeitaufwand kann dann ein erhöhter Steigerungssatz (3,5fach) angesetzt werden.

Ist eine Analogabrechnung nicht im Verzeichnis der BÄK aufgenommen, ist die Beihilfestelle verpflichtet, bei der BÄK nach der Vertretbarkeit der Abrechnung nachzufragen. Eine Ablehnung der Beihilfe ohne diese Nachfrage widerspricht der Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

Aktenzeichen: VG Arnsberg, 28.12.2010, AZ: 13 K 3055/09

Entscheidungsjahr: 2010

Vom Arzt nachgereichte Begründung für Überschreiten des Schwellenwertes

Der Arzt kann die Begründung für das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (Schwellenwert) ergänzen, nachholen oder korrigieren. Dies kann auch noch im Verlaufe eines verwaltungsgerichtlichen Verfahrens geschehen. Für den Beihilfeanspruch ist allein maßgeblich, ob das Überschreiten des Schwellenwertes sachlich gerechtfertigt ist. An die schriftliche Begründung, die der Arzt bei dem Überschreiten des Schwellenwertes zu fertigen hat, sind keine überzogenen Anforderungen zu stellen. Es genügt in der Regel, stichwortartig das Vorliegen von Umständen, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen, darzustellen.

Aktenzeichen: OVG Lüneburg, 12.08.2009, AZ: 5 LA 368/08

Entscheidungsjahr: 2009

Behandlung mit Außenseitermethoden

Eine Beihilfegewährung zu wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden ist nach der Rechtsprechung in Einzelfällen ausnahmsweise dann geboten, wenn es keine anerkannten Therapieansätze gibt oder anerkannte Verfahren ohne Erfolg angewandt wurden und Aussicht auf eine allgemeine Anerkennung der konkret angewandten Methode besteht (vgl. nur BVerwG v. 29.6.1995 a.a.O.; Mildenberger, Beihilferecht, Band 4, Anm. 19 (6) zum inhaltlich entsprechenden § 6 Abs. 2 BhV m.w.N.). Dabei genügt nicht die bloße Möglichkeit einer solchen Anerkennung; vielmehr muss nach dem Stand der Wissenschaft die begründete Erwartung auf wissenschaftliche Anerkennung bestehen. Für eine solche Annahme ist zumindest erforderlich, dass bereits wissenschaftliche, nicht auf Einzelfälle beschränkte Erkenntnisse vorliegen, die attestieren, dass die Behandlungsmethode zur Heilung der Krankheit oder zur Linderung von Leidensfolgen geeignet ist und wirksam eingesetzt werden kann (BayVG, 13.12.2010, AZ: 14 BV 08.1982). Dagegen kommt es nicht darauf an, ob die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode im konkreten Einzelfall zu einem therapeutischen Erfolg geführt hat.

Aktenzeichen: VerwG München, 03.03.2011, AZ: M 17 K 09.712

Entscheidungsjahr: 2011

Beihilfe bei fehlerhafter Arztrechnung

Nach § 5 Abs.1 S. 1 BhV sind Aufwendungen für ärztliche Behandlungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und die Höhe der Arztkosten angemessen sind. Angemessen und daher beihilfefähig sind die Aufwendungen, die dem Arzt für die Behandlung nach der GOÄ zustehen. Es muss daher eine ordnungsgemäße Liquidation des Arztes nach der GOÄ vorliegen.

Eine fehlerhafte Abrechnung des Arztes ist aber dann für den Anspruch auf Beihilfe folgenlos, wenn bis zum Verwaltungsgerichtsverfahren die Notwendigkeit und Angemessenheit der ärztlichen Leistung festgestellt wird. Der behandelnde Arzt kann daher z. B. seine Diagnose noch nachreichen oder sogar korrigieren.

Aktenzeichen: BverwG, 20.03.2008, AZ: 2 C 19/06

Entscheidungsjahr: 2008

Honorarminderung nach § 6 a GOÄ bei externem Arzt

Die hier strittige Frage, ob die von Belegärzten oder anderen niedergelassenen Ärzten berechneten Gebühren für Leistungen, die außerhalb des Krankenhauses erbracht worden sind, nach § 6 a GOÄ um 15 v.H. zu mindern sind, ist in der Zivilrechtsprechung abschließend geklärt. Mit Urteil vom 13. Juni 2002 – III ZR 186/01 – hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass der Honoraranspruch eines niedergelassenen anderen Arztes, der auf Veranlassung eines Krankenhausarztes für einen im Krankenhaus behandelten Patienten, der wahlärztliche Leistungen mit dem Krankenhaus vereinbart hat, im Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehende ärztliche Leistungen erbringt, auch dann nach § 6 a GOÄ der Gebührenminderung unterliegt, wenn er diese Leistungen in seiner eigenen Praxis und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses erbracht hat.

Aktenzeichen: BVerwG, 28.10.2004, AZ: 2 C 34/03

Entscheidungsjahr: 2004

Weitere wichtige Urteile für Praxis und Klinik

■ Rechtsprechung

• **Ärztliche Aufklärungsformulare unterliegen nur eingeschränkt dem Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB). Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.**

Das von einem ärztlichen Verband empfohlene Patienteninformationsblatt klärt Patientinnen und Patienten dahingehend auf, dass ab einem Alter von 40 Jahren die Gefahr besteht, dass sich ein Glaukom (sogenannter Grüner Star) entwickelt, ohne dass frühzeitig Symptome auftreten. Weiterhin heißt es dort, dass eine – allerdings von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlte – Früherkennungsuntersuchung angeraten wird. Das Formular enthält weiterhin die folgende Passage: „Ich habe die Patienteninformation zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom) gelesen und wurde darüber aufgeklärt, dass trotz des Fehlens typischer Beschwerden eine Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten ist.“ Darunter besteht für die Patientin oder den Patienten die Möglichkeit, „Ich wünsche eine Untersuchung zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom)“ oder „Ich wünsche zurzeit keine Glaukom-Früherkennungsuntersuchung“ anzukreuzen. Das Formular wird anschließend von Patientin/Patient und Ärztin beziehungsweise Arzt unterzeichnet.

Die mit der Unterschrift erfolgte Bestätigung, dass über das Risiko eines symptomlosen Glaukoms aufgeklärt wurde und die Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten sei, ist nach Auffassung einer Verbraucherschutzorganisation eine unzulässige Tatsachenbestätigung nach den AGB. Nach Auffassung des BGH ist dagegen die angegriffene Klausel nicht unwirksam.

Für die ärztliche Aufklärung gelten vielmehr eigenständige Regeln. Für die Frage der Beweislastverteilung kann auch das von der Patientin/dem Patienten unterzeichnete Aufklärungs- oder Einwilligungsformular herangezogen werden. Unerheblich sei dafür, dass es sich um vorformulierte Mitteilungen oder ähnliches handele. Vielmehr habe die Rechtsprechung auf die Vorteile vorformulierter Informationen für Patientinnen und Patienten hingewiesen und diesen selbst dann einen Beweiswert beigemessen, wenn sie nicht unterschrieben sind. In dieses besondere Aufklärungs- und Beweisregime des Rechts des Behandlungsvertrags fügt sich die angegriffene Klausel ein, sodass sie mit der Rechtslage übereinstimmt.

Aktenzeichen: BGH, Urteil vom 2. September 2021, AZ.: III ZR 63/20

Autorin: RAin Barbara Berner

• **Partnerschaftsgesellschaften von Anwälten mit Ärzten und Apothekern erlaubt**

Die Regelung in der Bundesrechtsanwaltsordnung (BRAO), dass Anwälte mit Ärzten und Apothekern keine gemeinsamen Gesellschaften gründen dürfen, verstößt gegen die Berufsfreiheit und ist damit verfassungswidrig. So entschied das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) höchstrichterlich und gibt damit den Weg frei für anwaltliche Allianzen jenseits der derzeit Zulässigen, d. h. mit Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern. Zwar dürfe die BRAO die Sozietätsfreiheit einschränken, um anwaltliche Grundpflichten wie die Verschwiegenheit zu gewährleisten. Ein Verbot sei jedoch im Falle von Zusammenschlüssen mit Ärzten und Apothekern nicht notwendig, da auch diese Berufsgruppen zur Verschwiegenheit verpflichtet seien.

Aktenzeichen: BVerfG, 12.01.2016, AZ: 1 BvL 6/13

Entscheidungsjahr: 2016

• **Heranziehung zum ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Der Sozialrechtsweg kann für ein Verfahren eröffnet sein, in dem ein niedergelassener, aber nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst herangezogen werden soll. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Streitig ist vorliegend, ob die Klage gegen einen Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vor dem Verwaltungsgericht oder dem Sozialgericht zu erheben ist.

Die beklagte KV wandte sich an den Kläger und informierte ihn über die Einbeziehung der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, in seiner Praxis tätigen Ärzte (Privatärzte) in ihren Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Sie bat den Kläger um die Übersendung von Unterlagen und wies auf dessen Mitwirkungspflicht hin. Sie informierte zudem unter anderem über das Prozedere der Dienstplangestaltung, die Vergabe einer Betriebsstättennummer für die Teilnahme am Bereitschaftsdienst, die Abrechnung der geleisteten Dienste und erbrachten Leistungen, die nach ihrer Bereitschaftsdienstordnung vorgesehenen Befreiungsgründe und die Verpflichtung des Klägers zur Teilnahme an

diesem Dienst und der Kostenbeteiligung. Mit seiner Klage vor dem Sozialgericht hat der Kläger geltend gemacht, der Rechtsweg zu den Sozialgerichten sei nicht gegeben. Rechtsgrundlage für die Heranziehung zur Beitragszahlung solle das zuständige Heilberufsgesetz sein. Für diese Rechtsmaterie des ärztlichen Berufsrechts seien die Verwaltungsgerichte zuständig.

Dieser Auffassung des Klägers ist das BSG nicht gefolgt. Vielmehr werde der vorliegende Rechtsstreit von der in § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG geregelten abdrängenden Sonderzuweisung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit erfasst. Danach entscheiden diese über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Die Pflicht von Nichtvertragsärzten zur Mitwirkung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst ergebe sich vorliegend aus einem Zusammenwirken von ärztlichem Berufsrecht und Vertragsarztrecht. Der hessische Gesetzgeber habe mit § 23 Nr. 2 Heilberufsgesetz eine eigenständige, über das allgemeine ärztliche Berufsrecht hinausgehende Regelung getroffen. Darin wurde die Berechtigung der KV normiert, auch Nichtvertragsärzte im Rahmen einer Zwangsabgabe zur Finanzierung des Dienstes heranzuziehen. Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst der Beklagten sei wesentlich durch Normen des Rechts der GKV bestimmt.

Aktenzeichen: BSG, Beschluss vom 5. Mai 2021, Az.: B 6 SF 1/20

Quelle: Dtsch Arztebl 2021; 118(37): A-1657/B-1374

Autorin: R RAIN Barbara Berner

• **Schwerpunktbezeichnung als Voraussetzung für die Abrechnung fachärztlicher Leistungen**

Einem Arzt, der nicht über eine im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM-Ä) geforderte Schwerpunktbezeichnung verfügt, muss nicht die Möglichkeit eingeräumt werden, statt dieses formellen Qualifikationsnachweises seine individuelle Qualifikation, zum Beispiel durch eine Prüfung, zu belegen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Bei einer geforderten Schwerpunktbezeichnung kommt es nach Auffassung des BSG nicht auf die persönliche Qualifikation eines Arztes an. Die schematische Forderung nach einer Schwerpunktbezeichnung sei aufgrund der weiten Gestaltungsfreiheit des Bewertungsausschusses als Normgeber rechtmäßig. Auch die Tatsache, dass ein Arzt berufsrechtlich zur Erbringung aller Leistungen seines Fachgebiets einschließlich aller Schwerpunkte berechtigt sei, führe nicht dazu, dass ihm die Abrechnungsgenehmigung erteilt werden müsse. Das Vertragsarztrecht müsse sich bei der Normierung von Qualifikationsvoraussetzungen nicht auf berufsrechtliche Anforderungen beschränken.

Im vorliegenden Fall nahm der Kläger als Arzt für Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung teil. Er verfügte aber über eine befristete Genehmigung zur Erbringung von EEG-Diagnostik und Therapie bei anfallskranken Kindern und Jugendlichen sowie zur Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsstörungen. Eine Verlängerung der Genehmigung versagte ihm die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Begründung: Der Arzt könne als Kinderarzt ohne Schwerpunktbezeichnung nicht in die fachärztliche Leistungserbringung einbezogen werden.

Dem folgte das BSG. Zwar könne der Zulassungsausschuss nach § 73 Abs. 1 a Satz 3 SGB V einem hausärztlich tätigen Kinderarzt die Möglichkeit zur Erbringung und Abrechnung auch fachärztlicher Leistungen erteilen. Voraussetzung sei jedoch, dass eine bedarfsgerechte Versorgung ansonsten nicht gewährleistet sei. Im vorliegenden Fall dürfe der Kinderarzt die Leistungen nach Nr. 04430 und Nr. 04433 EBM-Ä nicht abrechnen, weil er nicht berechtigt sei, die Schwerpunktbezeichnung Neuropädiatrie zu führen. Eine den gesetzlichen Vorgaben zuwider laufende Abrechnungsgenehmigung könne auch unter Sicherstellungsgesichtspunkten nicht erteilt werden. (Quelle: RAIN Barbara Berner im Deutschen Ärzteblatt)

Aktenzeichen: B 6 KA 49/13 R BSG,

Entscheidungsjahr: 2014

• **Zulässigkeit der Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes der GOÄ**

Eine in der Praxis allgemein übliche Art und Weise einer korrekten ärztlichen Behandlung kann nicht die Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes der GOÄ oder der GOZ rechtfertigen.

Aktenzeichen: VG Stuttgart – Urteil, 12 K 2580/11 vom 03.01.2021

Umsatzsteuerpflicht für Ärzte

Zu diesem Thema baten wir den Steuerberater bei der STB-TREUHAND STEUERBERATUNGS-GESELLSCHAFT IN MÜNCHEN, Wilhelm Lippert, um eine ausführliche Stellungnahme.

Das Thema Umsatzsteuer (umgangssprachlich auch: Mehrwertsteuer) betrifft alle, die im Sinne des Umsatzsteuergesetzes („UStG“) als **Unternehmer** anzusehen sind.

Da dies gemäß Legaldefinition für den Unternehmerbegriff auch für eine selbstständige ärztliche Tätigkeit zutrifft, unterliegt jeder selbstständig tätige Arzt oder auch jede ärztliche Tätigkeit einer Personen- oder Kapitalgesellschaft grundsätzlich dem Umsatzsteuersystem.

Die Nicht-Belastung mit Umsatzsteuer für weite Bereiche der Mediziner-Tätigkeiten resultiert aus einer **spezifischen Steuerbefreiung, die in § 4 Nr. 14 UStG geregelt ist.**

Dort ist festgelegt, dass für die Steuerbefreiung 2 Kriterien kumulativ erfüllt sein müssen:

1. Es muss sich um eine „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin“ handeln, die darüber hinaus erbracht werden muss
2. „im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit“

Wenn man unter die vorgenannten Katalogberufe fällt, d. h. Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, oder Hebamme ist, hat man ein Einstiegs Kriterium für die Steuerbefreiung schon kraft beruflicher Zulassung erfüllt. Für Leistungen aus der Tätigkeit von nichtärztlichen Heil- und Gesundheitsfachberufen (Physiotherapeuten etc.) fordert die Verwaltung darüber hinaus ein Tätigwerden auf Basis einer ärztlichen Verordnung.

Schwierig wird es bei der „**ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit**“. Hier entwickelt sich die Trennlinie anhand der Verwaltungsmeinung einerseits, sowie gerichtlichen Feststellungen andererseits. Für alle im heilberuflichen Umfeld Tätigen, die demnach nicht per se in „ähnlicher heilberuflichen Tätigkeit“ aktiv werden, kommt eine Umsatzsteuerbefreiung damit zumeist – soweit nicht eine andere Befreiungsvorschrift greift – nicht in Betracht. **Zur Abgrenzung „ähnlicher heilberuflicher Tätigkeit“ gemäß Verwaltungsmeinung siehe Umsatzsteuer-Anwendungserlass (USt-AE 4.14.4 Absätze 6 – 13) sowie OFD Frankfurt (Verfügung vom 10.04.2014).**

Erbracht werden muss eine „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin“.

Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin sind im Anwendungserlass zum Umsatzsteuergesetz definiert als „Tätigkeiten, die zum Zweck der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Menschen vorgenommen werden. Die befreiten Leistungen müssen dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen. Dies gilt unabhängig davon, um welche konkrete heilberufliche Leistung es sich handelt (Untersuchung, Attest, Gutachten usw.), für wen sie erbracht wird (Patient, Gericht, Sozialversicherung o. a.) und wer sie erbringt (freiberuflicher oder angestellter Arzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut oder Unternehmer, der ähnliche heilberufliche Tätigkeiten ausübt, bzw. Krankenhäuser, Kliniken usw.). **Heilberufliche Leistungen sind daher nur steuerfrei, wenn bei der Tätigkeit ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht.** Nicht unter die Befreiung fallen Tätigkeiten, die nicht Teil eines konkreten, individuellen, der Diagnose, Behandlung, Vorbeugung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienenden Leistungskonzeptes sind.“

Alle Leistungen bei denen kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, sind damit umsatzsteuerpflichtig. Hiervon insbesondere betroffen sind z. B. „Schönheits-OPs“, „Wellness-Anwendungen“ und Gutachten für außermedizinische Zwecke.

Im Rahmen der Vorsorge begünstigt sind insbesondere die klassischen Vorsorgeuntersuchungen. Die freiwillige – ohne bestehende Gesundheitsstörung – Teilnahme an einer Ernährungsberatung, Diättherapie, einem Entspannungstraining, Rückenschule, an Bewegungsangeboten, einer Raucherentwöhnung etc. gilt nicht als mit einem therapeutischen Ziel verbunden und ist damit steuerpflichtig.

Nicht maßgeblich für die Beurteilung ob ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht ist, ob die Kosten von gesetzlichen Krankenkassen getragen oder erstattet werden (auch IGeL-Leistungen können damit steuerfrei sein).

Formale Vorgaben:

Besteht Umsatzsteuerpflicht für erbrachte Leistungen müssen in der ärztlichen Honorarrechnung (neben den Anforderungen an eine Honorarrechnung gemäß GOÄ) folgende Angaben aufgeführt werden (vollständige Liste siehe § 14 Abs. 4 UStG):

- Name und Anschrift des leistenden Unternehmers (die Praxis)
- Name und Anschrift des Leistungsempfängers (i. d. Regel der Patient)
- die Steuernummer des Arztes
- Rechnungsdatum und Rechnungsnummer
(die Rechnungsnummer muss einmalig und fortlaufend sein)
- der Leistungszeitraum (i. d. Regel das Behandlungsdatum)
- das nach Steuersätzen und einzelnen Steuerbefreiungen aufgeschlüsselte Honorar
- der anzuwendende Steuersatz sowie der auf das Honorar entfallenden Steuerbetrag oder im Fall einer Steuerbefreiung ein Hinweis auf die Befreiung

Die Oberfinanzdirektion Karlsruhe stellt mit Verfügung vom 15.01.2013 u. a. fest (teilweise wurden nur Ausschnitte gewählt):

1. Steuerpflichtige Umsätze

1.1. Gutachten für rechtliche Verfahren

- Alkohol- und Drogen-Gutachten zur Untersuchung der Fahrtüchtigkeit;
- Blutalkoholuntersuchungen für gerichtliche Zwecke in Einrichtungen ärztlicher Befunderhebung....
- Medizinisch-psychologische Gutachten über die Fahrtauglichkeit;
- Blutgruppenuntersuchungen und DNA-Analysen z. B. im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung oder zur Spurenauswertung;
- Gutachten, die im Rahmen von Strafverfahren erstattet werden;
- Gutachten in Unterbringungssachen nach § 321 Abs. 1 FamFG;
- forensische Gutachten, sowohl zur Frage der Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) als auch zur Frage der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (§§ 63, 64 StGB);
- Untersuchung und Begutachtung durch Vertragsärzte zur Feststellung von Beschädigungen, wenn diese Leistungen nicht der (weiteren) medizinischen Betreuung dienen sollen, sondern z. B. als Grundlage für eine Entschädigungsleistung;
- Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Schadensersatzprozessen;
- Gutachten, Berichte und Bescheinigungen, die der schriftlichen Kommunikation unter Ärzten dienen, z. B. bei Fragen der Schadensersatzleistung, auch bei öffentlich-rechtlicher Berichtspflicht;
- Gutachten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Physiotherapie in straf-, zivil- oder familienrechtlichen Verfahren;

1.2. Gutachten für Verfahren der Sozialversicherungen

- Gutachten über die Minderung der Erwerbsfähigkeit in Sozialversicherungsangelegenheiten, ...
- gutachterliche Feststellungen zum voraussichtlichen Erfolg von Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Rentenverfahrens, ...
- Gutachten nach § 12 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung zur Klärung, ob die Therapiekosten von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden;
- externe Gutachten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung;
- Gutachten zur Feststellung der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit oder zur Feststellung, welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt (§ 18 Abs. 1 SGB XI)....
- Gutachten eines Dritten zur vorgeschlagenen ärztlichen Behandlung, zahnärztlichen Behandlung, der Verordnung von Arzneimitteln und zur vorgeschlagenen kieferorthopädischen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz (zahnprothetische Behandlungen) zum Zwecke der Kostenübernahme durch die Krankenkasse (§ 12 SGB V);
- Gutachten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, wenn nicht der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit der untersuchten Person im Vordergrund steht;
- Gutachten für Berufsgenossenschaften oder Versicherungen zur Frage des Kausalzusammenhangs von bestimmten Vorerkrankungen und dem Todeseintritt des Versicherten.

1.3. Sonstige Gutachten für private Zwecke

- Sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen, die der Feststellung von Trainingsfortschritten oder der Optimierung der Trainingsgestaltung dienen;
- reisemedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen, wenn hierüber eine Bescheinigung ausgestellt wird, die Grundlage für eine Entscheidungsfindung eines Dritten ist;
- Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse
- Untersuchungen; zur Ausstellung bzw. Verlängerung von Schwerbehindertenausweisen.

1.4. Gutachten im Todesfall

- Gutachten über die Tatsache oder Ursache des Todes...
- Genehmigung zur Feuerbestattung (sog. 2. Leichenschau)

1.5. Berufstauglichkeitsuntersuchungen

- „Musterungs-, Tauglichkeits- und Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen und -gutachten, da diese dem Anlass der Beurteilung für den (künftigen) Dienstherrn dienen, ob der Bewerber für eine bestimmte Verwendung geeignet ist. Die Umsatzsteuerpflicht besteht selbst dann, wenn durch eine derartige Untersuchung die Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung vermieden werden soll, da ein therapeutisches Ziel nicht im Vordergrund steht.
- Untersuchungen, bei denen die Frage der Tauglichkeit des Untersuchten für eine bestimmte Tätigkeit im Vordergrund steht, z. B. bei Flugtauglichkeitsuntersuchungen. Hierbei handelt es sich nicht um Vorsorgeuntersuchungen.
- Zeugnissen oder Gutachten über das Seh- und Hörvermögen;
- Röntgenaufnahmen, die für steuerpflichtige Gutachten, z. B. des TÜV zur Berufstauglichkeit, erstellt werden;
- psychologische Tauglichkeitstests, die sich ausschließlich auf die Berufsfindung erstrecken.

1.6. Sonstige Untersuchungen

- Gutachten über die Freiheit des Trinkwassers von Krankheitserregern und über die chemische Zusammensetzung des Wassers;
- dermatologischen Untersuchungen von kosmetischen Stoffen;
- Gutachten über die pharmakologische Wirkung eines Medikaments beim Menschen.

1.7. Sonstige ärztliche Leistungen

- ärztliche Leistungen der Schönheitschirurgen, wenn kein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht (vgl. Abschn. 4.14.1 Abs. 5 Nr. 8 UStAE). Gleiches gilt für vergleichbare Leistungen der Dermatologen oder Anästhesisten...
- Entnahme; Beförderung und Analyse von Nabelschnurblut sowie die Lagerung der in diesem Blut enthaltenen Stammzellen, sofern eine damit zusammenhängende ärztliche Heilbehandlung weder stattgefunden hat noch begonnen wurde oder geplant ist (EuGH-Urteil vom 10.06.2010, C-262/08, UR 2010, 526);
- ärztliche Anzeigen über eine Berufskrankheit als Entscheidungsgrundlage für die Kostenübernahme des Unfallversicherungsträgers, soweit nicht nach Nr. 2 steuerfrei;
- Medizinisch nicht indizierte Eingriffe, z. B. Beschneidungen aus religiösen Gründen, stellen keine umsatzsteuerfreie Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin dar. Die Prüfung einer medizinischen Notwendigkeit der Beschneidung ist hierbei in jedem Einzelfall vorzunehmen.

2. Steuerfreie Umsätze Die folgenden Leistungen sind steuerfrei:**2.1. Gutachten für rechtliche Verfahren**

- Körperliche Untersuchung von Personen im Polizeigewahrsam zur Überprüfung der Verwahrfähigkeit in der Zelle (alternativ erforderliche Krankenhauseinweisung).

2.2. Gutachten für Verfahren der Sozialversicherungen

- Gutachten zu medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen (Aussagen zu Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose und Therapieempfehlung), auch wenn der Arzt zu dem Ergebnis gelangt, dass der Patient nicht rehabilitierbar ist, sondern eine dauerhafte Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit gegeben ist;
- Gutachten zur Hilfsmittelversorgung und zur häuslichen Krankenpflege, da in diesen genannten Aufgabenfeldern ein therapeutisches Ziel bzw. eine therapeutische Entscheidung im Mittelpunkt steht;
- die Erstellung einer ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit als Entscheidungsgrundlage für die Kostenübernahme des Unfallversicherungsträgers, sofern diese im Rahmen einer Untersu-

chungs- und Behandlungsleistung bei der insgesamt ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht, erbracht wird (vgl. Nr. 1.2).

2.3. Sonstige Gutachten für private Zwecke

- sport- und reisemedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen, soweit nicht nach Nr. 1.3 steuerpflichtig sind.

2.4. Gutachten im Todesfall

- Obduktionen, die im Falle des Seuchenverdachts für Kontaktpersonen von therapeutischer Bedeutung sind;
- die Durchführung der äußeren Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung als letzte Maßnahme im Rahmen der Heilbehandlung.

2.5. Sonstige ärztliche Leistungen

- Vorsorgeuntersuchungen, bei denen Krankheiten möglichst frühzeitig festgestellt werden sollen, wie z. B. Krebsfrüherkennung oder Glaukomfrüherkennung;
- Mammographien einschließlich der von Radiologen erstellten Mammographien im Rahmen des Mammographie-Screenings (Zweitbefund);
- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen), wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht;
- Leistungen zur Kontrolle von gespendetem Blut einschließlich der Blutgruppenbestimmung;
- Alkohol- und Drogengutachten zum Zwecke einer anschließenden Heilbehandlung;
- sonstige Leistungen eines Arztes im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung;
- die im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch nach § 218 a StGB stehenden ärztlichen Leistungen einschließlich der nach den §§ 218 b, 219 StGB vorgesehenen Sozialberatung durch einen Arzt;
- sonstige Leistungen eines Arztes im Zusammenhang mit Empfängnisverhütungsmaßnahmen, einschließlich der Sterilisation bei Mann und Frau;
- betriebsärztliche Leistungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 ASiG, unabhängig davon, ob sie im Vertrag einzeln aufgeschlüsselt und abgerechnet werden (BMF-Schreiben vom 04.05.2007, BStBl. I, 481);
- Gutachten, Berichte und Bescheinigungen, die der schriftlichen Kommunikation unter Ärzten dienen, wenn die medizinische Betreuung im Vordergrund steht;
- kurze Bescheinigungen und Zeugnisse, die nach Nr. 70 GOÄ berechnet werden. Sie sind Nebenleistung zu einer Untersuchungs- und Behandlungsleistung. Dies gilt insbesondere für Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen.
- weitere Leistungen des Kapitels B VI der GOÄ (z. B. Berichte und Briefe), soweit ein enger Zusammenhang mit einer im Vordergrund stehenden Untersuchungs- und Behandlungsleistung gegeben ist;
- Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen.

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 medizinische Indikation)

und lassen Sie sich von Ihrem Berater umsatzsteuerpflichtige Leistungen auflisten!

■ Rechtsprechung

Umsatzsteuer für Entgelte bei Überlassung von OP-Räumen

Nach § 4 Nr.14 UStG sind Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt durchgeführt werden, von der Umsatzsteuer befreit. Überlässt aber ein Arzt eigene OP-Räume entgeltlich an andere Ärzte zur Durchführung von Operationen, ist diese Leistung umsatzsteuerpflichtig. Denn bei der eigentlichen Überlassung handelt es sich nicht um eine Heilbehandlung; die Überlassung dient lediglich dazu. Auch kann § 4 Nr.14 S. 2 UStG nicht analog angewandt werden, wonach Leistungen von Laborgemeinschaften an die ihnen angehörigen Ärzte steuerfrei sind. Denn in diesem Fall liegt keine Leistung einer Gemeinschaft vor; es handelt sich um eine Leistung eines Arztes an Kollegen.

Aktenzeichen: FG Rheinland-Pfalz, 12.05.2011, AZ: 6 K 1128/09

Entscheidungsjahr: 2011

Keine Umsatzsteuer bei Vermehrung von Knorpelzellen

Nach § 4 Nr.14 S. 1 UStG sind Umsätze aus der Tätigkeit von Ärzten oder aus ähnlichen heilberuflichen Tätigkeiten von der Umsatzsteuer befreit.

Umsätze aus dem Herauslösen von Gelenkknorpelzellen aus entnommenen Knorpelmaterial und ihre folgende Vermehrung zur Reimplantation zu therapeutischen Zwecken sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn diese Tätigkeiten von Ärzten oder arztähnlichen Berufen ausgeübt werden.

Aktenzeichen: BFH, 29.06.2011, AZ: XI R 52/07

Entscheidungsjahr: 2011

Umsatzsteuerpflicht bei reiner Schönheits-OP

Reine Schönheitsoperationen, bei denen keine medizinische Indikation vorliegt, sind nicht von der Umsatzsteuer befreit, denn es liegt kein Eingriff vor, der dem Schutz der menschlichen Gesundheit dient.

Diese Rechtsprechung hat der BFH in einer neueren Entscheidung bestätigt.

Aktenzeichen: BFH, 07.10.2010, AZ: V R 17/09

Entscheidungsjahr: 2011

Ärztliche Leistungen zur Krankenhaushygiene – Umsatzsteuerfrei

Erbringt ein externer Arzt für Krankenhäuser infektiionshygienische Leistungen, so sind die daraus erzielten Umsätze von der Umsatzsteuer befreit. Denn die Leistungen des Arztes gehören zur gesamten Heilbehandlung von Patienten in Krankenhäusern, da diese zur Infektionshygiene verpflichtet sind.

Für die Befreiung von der Umsatzsteuer ist es nicht erforderlich, dass die ärztlichen Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten erbracht werden.

Aktenzeichen: BFH, 18.08.2011, AZ: V R 27/10

Entscheidungsjahr: 2011

Narkose bei medizinisch nicht indizierter Schönheits – OP Umsatzsteuerpflichtig

Narkoseleistungen, die im Zusammenhang mit einer medizinisch nicht indizierten Schönheitsoperation erbracht werden, sind nicht von der Umsatzsteuer befreit.

Der Anästhesist heilt mit der Narkose bei einer reinen Schönheits – OP keine Gesundheitsstörung und betreibt auch keine Gesundheitsvorsorge. Die vorgenommenen Narkose ist somit keine Heilbehandlung.

Aktenzeichen: FG. Köln, 26.05.2011, AZ: 12 K 1316/10

Entscheidungsjahr: 2011

Anästhesistische Leistungen bei Schönheits – OP

Eine anästhesistische Leistung ist gemäß § 4 Nr.14 UStG nur dann umsatzsteuerfrei, wenn sie bei einer Behandlung erbracht wird, die dem Schutz der Gesundheit dient. Dies trifft aber gerade bei einer Schönheitsoperation nicht zu, bei der eine medizinische Indikation nicht vorliegt.

Aktenzeichen: BFH, 06.09.2011, AZ: V B 64/11

Entscheidungsjahr: 2011

Allgemeine ärztl. Präventionsleistungen – Umsatzsteuerpflichtig

Allgemeine Präventionsleistungen wie Gesundheitssport oder Training unter ärztlicher Leitung sind keine umsatzsteuerfreie Heilbehandlung, weil es sich um Leistungen zur Stabilisierung des allgemeinen Gesundheitszustandes handelt ohne Bezug zu einem konkreten Krankheitsbild.

Aktenzeichen: BFH, 10.03.2005, AZ: V R 54/09

Entscheidungsjahr: 2005

Keine Befreiung von der Umsatzsteuer (§ 4 UStG) bei Überlassung von Praxisräumen

Wenn ein Arzt einen Teil seiner Praxisräume und seiner Einrichtung einem anderen Arzt zur Nutzung überlässt und dafür ein vorher vereinbartes Entgelt erhält, so sind diese Beträge nicht von der Umsatzsteuer befreit.

Aktenzeichen: BFH, 24.09.2004, AZ: V B 177/02

Entscheidungsjahr: 2004

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Übersicht der Kostenträger, die nach GOÄ abrechnen mit Faktoren

Kostenträger	Schwellenwert Faktor für entsprechende Leistungen	Besonderheiten
Privatpatient/Selbstzahler	Ärztlich 2,3 *Technisch 1,8 Labor 1,15	§ 2 GOÄ Abdingung § 5 GOÄ Gebührenrahmen § 6 GOÄ Analogbewertung
Bundesbahnbeamte Kl. I II III	Ärztlich 2,2 *Technisch 1,8 Labor 1,15	Ambulant: Steigerung nur bis Regelfall möglich
Bundesbahnbeamte Kl. IV	Wie Privatpatient	Ambulant: Steigerung nur bis Regelfall möglich
Bundespolizei Rechnung an Kostenträger	Ärztlich 2,2 *Technisch 1,3 Labor 1,0	Steigerung nur bis Regelfall möglich
Postbeamte B	Ärztlich 1,9 *Technisch 1,5 Labor 1,15	Steigerung nach § 5 GOÄ möglich, aber Erstattung nur bis Schwellenwert
Private Studenten-Kranken- versicherung	Ärztlich 1,7 *Technisch 1,3 Labor 1,15	Direktabrechnung mit der PSKV möglich
Standardtarif	Ärztlich 1,8 *Technisch 1,38 Labor 1,16	Festgelegter Steigerungssatz, durch GOÄ vorgeschrieben, siehe § 75 Abs. 3a, 3b SGBV Verpflichtung von Einhaltung der Steigerungssätze
Basistarif ab 01.04.2010	Ärztlich 1,2 *Technisch 1,0 Labor 0,9!!	

* Leistungen mit reduziertem Vergütungssatz sind mit einem Stern * gekennzeichnet.

** Der Basistarif seit 01.01.2009 in der PKV und muss in seinem Leistungsumfang dem Leistungskatalog der GKV vergleichbar sein und darf den Höchstbetrag der GKV nicht überschreiten. Die Beiträge des Basistarifs richten sich nur nach dem Eintrittsalter. Der Gesundheitsstatus bleibt dabei unberücksichtigt.

A Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes (Höchstsatz) bemessen werden (Der Regelsatz liegt beim 1,0–1,8fachen Satz):

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 Dermato- logie	602*, 605*–617*, 620*–624*, 635*–647*, 650*, 651*, 653*, 654*, 657*–661*, 665*–666*, 725*, 726*, 759*–761*

Kapitel	Leistungsbereiche	GOÄ-Nrn.
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 Zytogenetik	4850*–4873*
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnet resonanztomographie u. Strahlentherapie	alle Leistungen dieses Abschnittes

Für die nachfolgenden GOPs des Kapitels M und aus Kapitel C die GOÄ-Nr. 437* gilt gemäß § 5 Abs. 4 nur eine Steigerung bis zum 1,3fachen Satz (Höchstsatz). Der Regelsatz liegt beim 1,0–1,15-fachen Satz.

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

Leistungen mit reduziertem Vergütungssatz sind im Buch mit einem Stern * gekennzeichnet. Zu beachten: nach § 2 Abs. 3 GOÄ ist eine Vereinbarung über die Gebührenhöhe für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O unzulässig.

Hinweis auf GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► „Gebühren in besonderen Fällen“ – Abschnitt A übersehen?

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

Im Abschnitt A der GOÄ unter der Überschrift „Gebühren in besonderen Fällen“ sind alle Leistungen aufgeführt, die nach § 5 GOÄ nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes berechnet werden dürfen. Dr. Pieritz erklärt dazu, dass diese ... „Einschränkung des Gebührenrahmens zu begründen sei mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil der Leistungen und der Möglichkeit, diese mithilfe von Hilfskräften oder Apparaten erbringen zu lassen...“

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.

Hinweis auf GOÄ-Ratgeber der BÄK:

► 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 Autorin erläutert den Begriff **Behandlung derselben Erkrankung** an einem Beispiel;

„...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.“

Beschluss BÄK:

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.

Kommentar:

Für den Behandlungsfall ist der Zeitraum „eines Monats“ zu verstehen, damit ist der Kalendermonat gemeint. Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) wird die Monatsfrist in § 188 Abs. 2 so definiert, dass der Tag des Behandlungsbeginns bei der Berechnungsfrist nicht mitzählt. Der Behandlungsfall bezieht sich auf die Inanspruchnahme desselben Arztes. Dies liegt auch vor, wenn in einer Gemeinschaftspraxis der Patient durch einen anderen Praxispartner gleicher Fachrichtung weiterbehandelt wird; es entsteht dann kein weiterer Behandlungsfall. Bei mehreren „Behandlungsfällen“ ist es sinnvoll in der Rechnung hinter die jeweils neue Diagnose in Klammern (neuer Behandlungsfall) am ersten Behandlungstag zu setzen.

§ 188 BGB Fristende

(2) Eine Frist, die nach Wochen, nach Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum – Jahr, halbes Jahr, Vierteljahr – bestimmt ist, endigt im Falle des § 187 Abs. 1 mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder seine Zahl dem Tage entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt, im Falle des § 187 Abs. 2 mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher dem Tage vorhergeht, der durch seine Benennung oder seine Zahl dem Anfangstag der Frist entspricht.

Bei mehreren „Behandlungsfällen“ ist es sinnvoll, in der Rechnung hinter die jeweils neue Diagnose in Klammern (neuer Behandlungsfall) am ersten Behandlungstag zu setzen.

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

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