

1 Stand: 18.04.2017 - Lesefassung

2

3 **Paragraphenteil der GOÄ**

4

5

6 **§ 1 GOÄ – Anwendungsbereich**

7

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

10

11 (2) ¹Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der
12 ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind,
13 und die gemäß Berufsordnung für Ärzte erbracht werden. ²Leistungen, die über das Maß
14 einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Arzt nur
15 berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind
16 (Verlangensleistungen). ³Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten
17 erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger
18 erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten schriftlich über die Höhe des nach der
19 GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein
20 Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen
21 anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der
22 Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu berücksichtigen.

23

24

25 **§ 2 GOÄ – Abweichende Vereinbarung**

26

27 (1) ¹Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe
28 ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt
29 werden. ²Für Leistungen nach § 5a, für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M, N und
30 O ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. ³Im Übrigen ist bei vollstationären,
31 teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine
32 Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen
33 zulässig. ⁴Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung
34 nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

35

36 (2) ¹Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und
37 Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und
38 Zahlungspflichtigem rechtzeitig vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu
39 treffen. ²Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung,
40 dem Steigerungssatz, dem Steigerungsgrund und dem vereinbarten Betrag auch die
41 Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen
42 möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. ⁴Weitere
43 Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. ⁵Der Arzt hat dem
44 Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.

45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89

(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 3 GOÄ – Vergütungen

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

§ 4 GOÄ – Gebühren

(1) ¹Gebühren sind Entgelte für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen. ²Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. ³Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten. ⁴Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden. ⁵Die Rufbereitschaft und das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht gesondert berechnungsfähig soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist.

(2) ¹Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er persönlich erbracht hat (eigene Leistungen). ²Als eigene Leistungen gelten auch Leistungen, die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden, sofern der Arzt erreichbar ist und unverzüglich persönlich einwirken kann. ³Als eigene Leistungen gelten ferner von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnittes M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. ⁴Laboratorien, in denen Leistungen des Abschnittes M II (Basislabor) oder M III (Speziallabor) des Gebührenverzeichnisses erbracht werden, haben die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. ⁵Eine veranlasste oder selbst erbrachte Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zu Grunde liegenden Diagnose oder Fragestellung stehen.

(2a) ¹Wird im Rahmen einer stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung wahlärztlicher Leistungen gemäß den §§ 17 KHEntG und § 16 Satz 2 BPfIV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren, schwerwiegenden Gründen an der

90 Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen
91 in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht
92 werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. ²In der
93 Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der
94 Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein
95 weiterer Vertretungsarzt benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und
96 Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach Satz 1
97 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann. ³§ 1 Absatz 2 gilt entsprechend.

98

99 (2b) Für den Fall der absehbaren Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche
100 Leistung auch durch einen anderen bestimmten Arzt desselben Fachgebietes erbracht
101 werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn dies in
102 einer zusätzlichen Individualvereinbarung nach Aufklärung des Patienten über folgende
103 Wahlmöglichkeiten vereinbart wurde:

104

- 105 1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch einen, individuell zu benennenden Arzt
106 desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;
- 107 2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß
108 der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG;
- 109 3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die
110 Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt
111 gewährleistet.

112

113 (2c) ¹Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder
114 vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten

115

- 116 1. Leistungen nach den Nummern x bis y des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24
117 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
118
- 119 2. Visiten nach den Nummern xx und xy des Gebührenverzeichnisses während der
120 gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
121
- 122 3. Leistungen nach den Nummern xxx des Gebührenverzeichnisses während der
123 gesamten Dauer der stationären Behandlung,

124

125 wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss der
126 Wahlleistungsvereinbarung dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter nach Absatz
127 2a Satz 1 und 2 und Absatz 2b persönlich erbracht werden. ²Bei der wahlärztlichen
128 Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Abs. 3
129 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechnete
130 und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte
131 Rechnungslegung. ³Wird die Rechnungslegung auf einen Dritten übertragen, hat der
132 Dritte die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung
133 entsprechenden Rechnungslegung zu bestätigen und auf Verlangen die entsprechende

- 134 Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.
135
- 136 (2d) Dieselbe ärztliche Leistung darf je Erbringung nur einmal berechnet werden, auch wenn
137 sie arbeitsteilig von mehreren Ärzten erbracht wird, soweit im Gebührenverzeichnis
138 nichts anderes bestimmt ist.
139
- 140 (3) ¹Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen
141 Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen,
142 wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. ²Dies gilt auch für die zur
143 Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch
144 notwendigen Einzelschritte. ³Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die
145 Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im
146 Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung.
147
- 148 (4) ¹Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den
149 Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und
150 Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist.
151 ²Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser
152 Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch
153 entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
154
- 155 (5) ¹Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert
156 berechnet werden. ²Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten
157 ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.
158
- 159 (6) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen
160 unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.
161
162

163 § 5 GOÄ – Gebührenhöhe

164

- 165 ¹Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des
166 Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. ²Die Gebühr
167 wird in Euro angegeben. ³Aufgrund der besonderen, objektiven Schwere des Einzelfalls ist die
168 Abrechnung der doppelten Höhe des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes für
169 steigerungsfähige Gebühren dann gerechtfertigt, wenn die in dem Anhang zur Anlage
170 (Positivliste) der Gebührenordnung oder durch ergänzende Empfehlungen der
171 Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bestimmten Behandlungsumstände vorliegen.
172 ⁴Zur Begründung des doppelten Gebührensatzes genügt in solchen Fällen grundsätzlich die
173 Angabe des im jeweiligen Einzelfall vorliegenden für die Aufwandserhöhung ursächlichen
174 Behandlungsumstandes auf der Rechnung.
175
176
177

§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

178

179
180 Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches
181 vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs. 4
182 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur nach dem einfachen
183 Gebührensatz berechnet werden.

184

185

186

§ 6 GOÄ – Gebühren für andere Leistungen

187

188
189 (1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen
190 Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur
191 Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung - aufgeführt sind, sind
192 die Vergütungen für diese Leistungen *ausschließlich* nach den Vorschriften der
193 Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

194 (2) ¹Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach dem xx.xx.xxxx erstmals angewandt
195 wurden oder die als Verlangensleistungen erbracht werden, können entsprechend einer
196 nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses
197 berechnet werden, solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind.

198 ²Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die
199 einzelne Leistung schriftlich darüber zu informieren, dass eine nicht im
200 Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch
201 Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. ³Empfehlungen der
202 Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu
203 berücksichtigen.

204

205

§ 6a GOÄ – Gebühren bei stationärer Behandlung

206

207
208 (1) ¹Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen
209 Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der
210 darauf entfallenden Zuschläge um 25 Prozent zu mindern. Die Minderung für Leistungen
211 und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten
212 beträgt 15 Prozent. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Nr.
213 334 GOÄneu.

214

215 (2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen;
216 die §§ 7 bis 9 bleiben unberührt.

217

218

§ 7 GOÄ – Entschädigungen

219

220
221 Als Entschädigung für Besuche erhält der Arzt Wegegeld oder Reiseentschädigung.

222
223
224
225
226
227
228

§ 8 GOÄ – Wegegeld

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

- | | | |
|----|-----------------------------------|-------------|
| 1. | bis zu zwei Kilometern, | 4,30 Euro, |
| | bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) | 8,60 Euro, |
| 2. | mehr als zwei Kilometern | 8,00 Euro, |
| | bis zu fünf Kilometern | |
| | bei Nacht | 12,30 Euro, |
| 3. | mehr als fünf Kilometern | 12,30 Euro, |
| | bis zu zehn Kilometern | |
| | bei Nacht | 18,40 Euro, |
| 4. | mehr als zehn Kilometern | 18,40 Euro, |
| | bis zu 25 Kilometern | |
| | bei Nacht | 30,70 Euro. |

229
230
231
232
233
234
235
236
237
238

(2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.

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

239
240
241
242
243
244

§ 9 GOÄ – Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

245
246
247
248
249
250
251
252

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 42 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

253

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

254

255

256 **§ 10 GOÄ – Ersatz von Auslagen**

257

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

260

- 261 1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstige Materialien, die
262 der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen
263 Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
- 264 2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht
265 ausgeschlossen ist,
- 266 3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung
267 radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
- 268 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert
269 berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

270

271 ²Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. ³Die Berechnung von
272 Pauschalen ist nicht zulässig. ⁴Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von
273 Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen
274 tatsächlichen Kosten entsprechen.

275

276 (2) ¹Nicht berechnet werden können die Kosten für

277

- 278 1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray,
279 Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen,
280 Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
- 281 2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
- 282 3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
- 283 4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur
284 sofortigen Anwendung sowie für
- 285 5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe,
286 Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre,
287 Einmalspekula.

288 ²Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten,
289 nicht gesondert berechnungsfähig.

290

291 (3) ¹Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die
292 gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder
293 Transport entstanden sind. ²Kosten für Versandmaterial, für den Versand des
294 Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb
295 einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht
296 berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der
297 Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer

298 Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen
299 beauftragten Arzt zugeleitet wird. ³Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in
300 einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den
301 Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben
302 Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt
303 eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. ⁴Für
304 die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet
305 werden.

306

307 **§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger**

308

309 (1) ¹Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des
310 Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung
311 leistet, dürfen abweichend von § 5 Abs. 1 Satz 1 Entgelte für ärztliche Leistungen
312 unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. ²Zudem
313 können die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von
314 Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 treffen.
315 ³Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für
316 Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.

317

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

321

322 **§ 12 GOÄ – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung**

323

324 (1) ¹Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung
325 entsprechende Rechnung erteilt worden ist. ²Die Rechnung ist innerhalb von sechs
326 Monaten nach der Leistungserbringung zu stellen.

327

328 (2) ¹Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung treffen im
329 Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und
330 Landesbehörden Vereinbarungen über ein maschinenlesbares Rechnungsformular, das
331 bei der Rechnungsstellung zu verwenden ist. ²Die Rechnung ist unter Verwendung des
332 nach Satz 1 vereinbarten Formulars in maschinenlesbarer Form zu erstellen und muss
333 mindestens folgende Angaben enthalten:

334

335 1. soweit der Patient diesem nicht widerspricht: die für die abgerechneten Leistungen
336 maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils
337 geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei
338 operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung
339 oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und
340 vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,

- 341 2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des
342 Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das
343 Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung,
344 3. bei Gebühren die Anzahl, die Gebührennummer und deren Kurzbezeichnung, ggf.
345 die Gebührenerhöhung mit Angabe des für die Aufwandserhöhung ursächlichen
346 Behandlungsstandes und einen Hinweis auf das Vorliegen eines Falles von § 4
347 Abs.1 Satz 3,
348 4. den jeweiligen Betrag sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen oder
349 Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses gefordert: die Organbezeichnung,
350 die Uhrzeit der Leistungserbringung, die Dauer oder Mindestdauer der
351 Leistungserbringung,
352 5. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre
353 privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
354 6. bei Gebühren für Leistungen für die ärztliche Versorgung der in den
355 brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a i. V. m. § 314 und nach
356 § 257 Abs. 2a i. V. m. § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem
357 brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des
358 Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des
359 Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten dem je Gebührenposition
360 angewandten Gebührensatzes nach § 75 Abs. 3a und 3b des Fünften Buches
361 Sozialgesetzbuch,
362 7. bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon
363 betroffenen Gebührennummern und der vereinbarten Steigerungssätze unter
364 Beifügung einer Kopie der Vereinbarung,
365 8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und
366 die Berechnung,
367 9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die genaue Bezeichnung der
368 einzelnen Auslage, bei Arzneimitteln den Wirkstoffnamen, sowie die konkret
369 verbrauchte Menge. ²Übersteigt die Summe der berechneten Auslagen den Betrag
370 von 50,00 Euro, sind die Belege über die entstandenen Kosten beizufügen.
371
- 372 (3) ¹Die Rechnung kann der Erstattungsstelle mit deren Einverständnis und dem
373 schriftlichen Einverständnis des Patienten auch in elektronischer Form übermittelt
374 werden. ²Der Zahlungspflichtige erhält ein als solches gekennzeichnetes Duplikat der
375 Rechnung.
376
- 377 (4) Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Absatz 2 Satz 2), sind in der
378 Rechnung mit einem der Gebührennummer vorangestellten „V“ zu kennzeichnen,
379 Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten
380 Programmen dienen, mit einem der Gebührennummer vorangestellten „F“.
381
- 382 (5) ¹Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung
383 für den Zahlungspflichtigen auf der Rechnung verständlich anzugeben. ²Anzugeben ist

384 des Weiteren die Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten
385 Leistung; der Gebührennummer ist ein „A“ voranzustellen.

386

387 (6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur
388 zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Arzt in die Übermittlung der für die
389 Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich einwilligt und den Arzt insoweit schriftlich von
390 seiner Schweigepflicht entbunden hat.

391

392

393 **§ 13 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift**

394

395 (1) Diese Verordnung tritt am XX.XX.20XX in Kraft.

396

397 (2) Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210)
398 gilt weiter für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden
399 sind.