

Hinweise der Bundesärztekammer zu abweichenden Honorarvereinbarungen sowie zur Anwendung höherer Steigerungsfaktoren auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte

Der Deutsche Ärztetag fordert seit Langem eine Komplettrevision der seit 1983 weitgehend unverändert geltenden und damit völlig veralteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Mittlerweile hat auch die Bundesregierung selbst in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU vom 11.08.2022 (BT-Drs. 20/3103) zum Umsetzungsstand der GOÄ-Novelle offiziell konstatiert, dass die bestehende GOÄ das „aktuelle medizinische Leistungsgeschehen weder hinsichtlich der Leistungsbeschreibungen noch hinsichtlich der Bewertung der ärztlichen Leistungen adäquat ab[bildet]“. Die Bundesärztekammer hat in einem aufwändigen, mehrjährigen Bewertungsverfahren mit 394 Fachexperten aus 165 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften auf Grundlage eines betriebswirtschaftlichen Modells ärzteigene Bewertungen zu dem bereits mit PKV-Verband und Beihilfekostenträgern konsentierten Leistungsverzeichnis des Entwurfes einer neuen GOÄ erarbeitet. Die ärztlicherseits ermittelten betriebswirtschaftlichen Bewertungen zeigen im Vergleich zu den lediglich normativ festgelegten Gebühren der geltenden GOÄ, insbesondere im Hinblick auf bestimmte zuwendungsintensive ärztliche Leistungen, dass diese in der stark veralteten Gebührenordnung in besonderem Maße nicht mehr adäquat abgebildet bzw. vergütet werden. Daher hat die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern entsprechende Hinweise und Erläuterungen zur privatärztlichen Abrechnung dieser speziellen zuwendungsintensiven Arztleistungen erarbeitet, um die Ärzteschaft im Rahmen des geltenden Rechts über die Möglichkeit abweichender Honorarvereinbarungen zu unterrichten und Ärzte¹ bei formalen Fragen im Zusammenhang mit diesen Vereinbarungen zu unterstützen (vgl. hierzu auch Beschluss des 126. Deutschen Ärztetages 2022 „Jahrzehnte dauernde Stagnation einer Novellierung der GOÄ – Entwicklung ärztlicher Handlungsoptionen zur Abhilfe“ (Drs. Ic – 131)).

1. Anwendung höherer Steigerungsfaktoren als der 2,3fache Regelsteigerungssatz nach § 5 GOÄ (mit Begründungserfordernis)

Einerseits besteht die Möglichkeit der Anwendung eines individuellen, höheren Steigerungsfaktors innerhalb des Gebührenrahmens nach § 5 GOÄ, sofern die Kriterien des § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ (Schwierigkeit/Zeitaufwand/Umstände bei der Ausführung) gegeben sind. Der Gebührenrahmen kann dabei ganz auf die einzelne Leistung bezogen z. B. bei Leistungen mit einem Gebührenrahmen vom 1,0 - 3,5fachen Gebührensatz unter Heranziehung des 2,6fachen, des 2,8fachen oder beispielsweise des 3,0fachen Satzes genutzt werden. Nach § 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ ist eine Überschreitung des Regelsatzes auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen in der Rechnung verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Hierfür bedarf es einer individuellen, auf den Behandlungsfall bezogenen, stichwortartigen Kurzbegründung, die anhand der Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 S. 1 GOÄ auf einen besonderen Schwierigkeitsgrad, einen besonderen Zeitaufwand oder außergewöhnliche Umstände der Leistungserbringung hinweist und darlegt, welche Besonderheiten der Leistungserbringung im konkreten Fall z. B. den erhöhten Zeitaufwand rechtfertigen. Bloße

¹ Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich immer gleichermaßen auf alle Geschlechter. Auf eine Mehrfachnennung und gegenderte Bezeichnungen wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.

Hinweise auf eine besonders zeitaufwendige oder besonders schwierige Leistungserbringung oder auf besondere örtliche Verhältnisse sind somit nicht ausreichend. Besonderheiten, die sich bereits in der Leistungslegende niederschlagen, können nicht zur Begründung einer Überschreitung des Schwellenwertes herangezogen werden. Dies gilt z. B. für den Zeitfaktor bei Leistungen, die schon in der Leistungsbeschreibung eine bestimmte Mindestdauer voraussetzen, es sei denn, dass im Einzelfall die tatsächlich benötigte Zeitspanne erheblich die in der Leistungsbeschreibung genannte Mindestdauer überschreitet. Das Kriterium der „erheblichen Überschreitung“ ist auf Basis der GOÄ und der Kommentarlage nicht eindeutig zu definieren. Einer der einschlägigen Kommentare nennt eine Überschreitung der Mindestzeit um 50 % als Kriterium. Dies kann als Orientierung dienen. Allerdings sollte neben der „relativen“ auch die „absolute“ Zeitüberschreitung (in Minuten) berücksichtigt werden. So wird eine Zeitüberschreitung von lediglich 5 Minuten kaum als „erheblich“ betrachtet werden können, selbst wenn sie bei der Nr. 3 GOÄ einer Überschreitung um 50 % entspricht. (vgl. hierzu Hoffmann/Kleinken, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung, 43. Lieferung/Stand August 2021, § 5 Rn. 11; Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Brück et al., Stand 1. April 2022, § 12, Rn. 3 sowie § 5, Rn. 13).

2. Abweichende Honorarvereinbarungen nach § 2 GOÄ mit höheren Steigerungsfaktoren als dem 2,3fachen Regelsteigerungssatz

Andererseits kann durch eine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ eine von der Gebührenordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Eine solche Vereinbarung ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem (i.d.R. der Patient) vor Erbringung der ärztlichen Leistung in einem gesonderten Schriftstück zu treffen und muss durch beide unterschrieben werden. Aus den Erfordernissen „im Einzelfall“ und „vor Erbringung der ärztlichen Leistung“ wird ersichtlich, dass eine einmal geschlossene abweichende Honorarvereinbarung aus Gründen des Schutzes des Zahlungspflichtigen nicht als eine Art Dauervereinbarung für eine unbestimmte Zahl zukünftig nachfolgender Behandlungen abgeschlossen werden kann. Eine Vereinbarung für eine Behandlung mit mehreren fest vereinbarten und in der Honorarvereinbarung schriftlich fixierten Terminen in einem überschaubaren Zeitraum (z.B. mehrere Psychotherapieterminen) erscheint jedoch vertretbar.

Von der Rechtsprechung wurde wiederholt die Ansicht vertreten, dass eine „persönliche Absprache“ oder ein „Aushandeln“ nur vorliege, wenn der Arzt das Überschreiten des Gebührenrahmens ernsthaft zur Disposition stellt und dem Verhandlungspartner (also dem Patienten) Gestaltungsfreiheit zur Wahrung eigener Interessen mit der realen Möglichkeit einräumt, die inhaltliche Ausgestaltung der Vertragsbedingungen beeinflussen zu können (OLG Hamm, Urt. v. 29.05.2002 - 3 U 26/00 (aufgehoben); BGH, Urt. v. 09.03.2000 - III ZR 356/98; Miebach in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage 2006, GOÄ § 2, Rn. 25).

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts, welches sich in einem Beschluss vom 25.10.2004 auch mit o. g. Rechtsprechung auseinandersetzt, beschränkt sich eine persönliche Absprache im Einzelfall auf die in Betracht kommenden Gebührennummern und auf die für diese jeweils vereinbarten Gebührensätze. Alle anderen Teile der Vereinbarung können und müssen für sämtliche Honorarvereinbarungen identisch sein, nachdem der Ordnungsgeber deren Inhalt ausdrücklich vorgibt (vgl. BVerfG, Beschl. v. 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02 mit entsprechender

Auslegung der gleichgelagerten Vorschriften der GOZ; Clausen in: Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Auflage 2020, § 8 Vergütungsrecht der Heilberufe, Rn. 211 f.; so auch Hoffmann/Kleinken, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung, 43. Lieferung/Stand August 2021, § 2, Rn. 11; Makoski in: Clausen/Makoski, GOÄ/GOZ Kommentar, 1. Aufl. 2019, § 2 GOÄ, Rn. 36 f.; a. A. Miebach in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage 2006, GOÄ § 2, Rn. 25).

Die Abwicklung abweichender Honorarvereinbarungen über Assistenzpersonal oder nichtärztliches Personal durch Unterschrift unter vorbereitete Vereinbarungstexte ist nicht zulässig und würde einer rechtswirksamen Vereinbarung entgegenstehen. Der Arzt muss vielmehr im persönlichen Gespräch mit dem Zahlungspflichtigen (i.d.R. dem Patienten, bei minderjährigen Patienten: dem anwesenden Sorgeberechtigten) die Modalitäten der Behandlung und Vergütung und in diesem Zusammenhang die von ihm gewünschte abweichende Honorarvereinbarung besprechen. Eine Vertretung des Arztes in der Gesprächsführung ist mithin ausgeschlossen (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Brück et al., Stand 1. April 2022, § 2, Rn. 3.1).

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 GOÄ muss die Vereinbarung neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (PKV/Beihilfe) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Diese wirtschaftliche Aufklärungspflicht ist auch in § 12 Abs. 5 MBO-Ä sowie in § 630c Abs. 3 BGB geregelt. Bei einem schuldhaften Verstoß gegen diese wirtschaftliche Aufklärungspflicht kann dem Patienten gegenüber dem Arzt ein Schadensersatzanspruch zustehen, den er dem Anspruch des Behandlers auf Bezahlung der Behandlungskosten entgegenhalten beziehungsweise aus welchem ein Rückforderungsanspruch des Patienten gegen den Behandler erwachsen kann (BGH, Urt. v. 09.05.2000 - VI ZR 173/99).

Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 Satz 3 GOÄ nicht enthalten. Sinn und Zweck dieser Regelung ist, dass der Zahlungspflichtige durch weitere Erklärungen nicht von Inhalt und Tragweite der Vereinbarung abgelenkt werden soll (vgl. hierzu auch BGH, Urt. v. 19.02.1998 – III ZR 106/97; Hoffmann/Kleinken, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung, 43. Lieferung/Stand August 2021, § 2, Rn. 15).

Der zulässige Inhalt der Vereinbarung ist vom Ordnungsgeber also sehr eng gefasst worden. Zugleich ist der Charakter der einzelfallbezogenen Vereinbarung zu wahren. Daher sollten in der Vereinbarung die Gebührenziffer(n), die Bezeichnung der Leistung(en) und der jeweilige Steigerungssatz sowie der (End-)Betrag handschriftlich eingetragen werden (siehe LG Düsseldorf, Urt. v. 15.06.1999 - 24 S 466–98). Hierdurch wird bekräftigt, dass es sich um eine Absprache im Einzelfall handelt und nicht um eine Standardschriftstück, welches der Arzt permanent anwendet (Makoski in: Clausen/Makoski, GOÄ/GOZ Kommentar, 1. Aufl. 2019, § 2 GOÄ, Rn. 36 f.). Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen gemäß § 2 Abs. 2 Satz 4 GOÄ einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Nicht möglich sind

- die Abdingung der aktuell geltenden, amtlichen GOÄ, z. B. zugunsten des Entwurfs der neuen GOÄ
- die Vereinbarung eines Pauschalhonorars ohne Bezug auf das Leistungsverzeichnis der GOÄ

- die Abdingung des Punktwertes oder der Punktzahl einer Leistung
- abweichende Vereinbarungen für Leistungen nach den Abschnitten A (technische Leistungen, für die der „kleine Gebührenrahmen“ - 1,0 bis 2,5facher Satz - gilt), E (Physikalisch-medizinische Leistungen), M (Labor) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie)

Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer abweichenden Vereinbarung abhängig gemacht werden (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 4 GOÄ). Im Übrigen ist gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 GOÄ bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung zur abweichenden Höhe der Steigerungsfaktoren nach § 2 GOÄ muss das Überschreiten des Regel- oder Höchstsatzes in der Rechnung grundsätzlich nicht gesondert begründet werden.² Eine Begründung ist – auf Verlangen des Zahlungspflichtigen – nur dann erforderlich, wenn auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten des Regelsatzes gerechtfertigt gewesen wäre (§ 12 Abs. 3 Satz 3 GOÄ). Diese zusätzliche Begründung soll vor allem beihilfeberechtigten Patienten dienen, da nach Maßgabe der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV) die Beihilfefähigkeit für ärztliche Behandlungskosten – auch im Falle einer abweichenden Honorarvereinbarung – grundsätzlich auf den Schwellenwert des Gebührenrahmens begrenzt ist.³

Es besteht auch innerhalb des regulären Gebührenrahmens die Möglichkeit des Abschlusses abweichender Honorarvereinbarungen mit höheren Steigerungsfaktoren als dem Regelsteigerungssatz, so dass bei der Rechnungsstellung trotz Ansatz eines Steigerungssatzes zwischen dem 2,3fachen und dem 3,5fachen Gebührensatz grundsätzlich keine spezielle Begründung erforderlich wird (vgl. zum Ganzen auch Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Brück et al., Stand 1. April 2022, § 5, Rn. 13 sowie § 2 Rn. 2.1; so im Ergebnis auch Hoffmann/Kleinken, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Kommentar mit praktischen Hinweisen für die Abrechnung, 43. Lieferung/Stand August 2021, § 2 Rn. 20. Aus Transparenzgründen sowie zur Vermeidung von Missverständnissen sollte zu den entsprechenden Gebührenpositionen ein Hinweis in der Rechnung auf die abgeschlossene Honorarvereinbarung (zum Beispiel „gemäß § 2 GOÄ“ oder „siehe Honorarvereinbarung“) erfolgen.

Möglich ist gemäß § 2 GOÄ auch die Vereinbarung einer Vergütung oberhalb des Gebührenrahmens durch eine von § 5 GOÄ abweichende Vervielfachung des Gebührensatzes. Die Vervielfachung des Gebührensatzes sollte jedoch nicht zu einem auffälligen/unangemessenen Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung führen (möglicher Verstoß gegen das

² Bei Anwendung eines erhöhten Steigerungssatzes innerhalb des vorgegebenen Gebührenrahmens nach § 5 GOÄ ist hingegen stets eine individuelle Begründung erforderlich.

³ Nach Maßgabe der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung (BBhVVwV) ist die Beihilfefähigkeit für ärztliche Behandlungskosten auf den Schwellenwert des Gebührenrahmens begrenzt, soweit keine „erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende[n] Umstände“ vorliegen und diese in der Rechnung schriftlich begründet werden. Dies gilt auch im Falle einer abweichenden Honorarvereinbarung. Liegen solche begründeten besonderen Umstände vor, die ein Überschreiten des Schwellenwertes nach Maßgabe der Beihilfevorschriften rechtfertigen würden, ist der Arzt indirekt verpflichtet, seinem Patienten zur Unterstützung dessen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber dem Beihilfeträger die Notwendigkeit der Überschreitung des Schwellenwertes aus den Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 Satz 1 zu begründen. Diese sich als Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag (§ 242 BGB) ergebende Verpflichtung ist in § 12 Abs. 3 Satz 3 GOÄ ausdrücklich aufgenommen worden (vgl. hierzu Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Brück et al., Stand 1. April 2022, § 5, Rn. 13).

ärztliche Berufsrecht sowie Wucher oder wucherähnliches Rechtsgeschäft iSv. § 138 BGB, § 12 Abs. 1 MBO-Ä), welches bei Überschreiten einer Verdoppelung des regulären Höchstsatzes (über den 7fachen Gebührensatz hinaus) denkbar wäre.

Unter Punkt 3 werden bestimmte Bewertungen spezifischer zuwendungsintensiver Arztleistungen nach der geltenden GOÄ im Vergleich zum betriebswirtschaftlich ermittelten Bewertungsvorschlag der BÄK für eine neue GOÄ aufgeführt, bei denen die Bundesärztekammer davon ausgeht, dass ein besonders gravierendes Missverhältnis zwischen Aufwand und Vergütung der ärztlichen Leistung nach der geltenden GOÄ vorliegt.

3. Gegenüberstellung zuwendungsintensiver Arztleistungen nach geltender GOÄ im Vergleich zum betriebswirtschaftlich ermittelten Bewertungsvorschlag der BÄK für eine neue GOÄ

Um einen wirtschaftlichen Vergleich der Bewertungen der geltenden GOÄ zur betriebswirtschaftlich notwendigen Vergütung zu ermöglichen, wird in der Spalte „Bewertung GOÄ“ jeweils der Gebührensatz hervorgehoben, der dieser am ehesten entspricht. Dies belegt, dass auch die Auffassung der Bundesregierung zutrifft, dass die geltende GOÄ das „aktuelle medizinische Leistungsgeschehen weder hinsichtlich der Leistungsbeschreibungen noch hinsichtlich der Bewertung der ärztlichen Leistungen adäquat ab[bildet]“.

a) Gesprächs-/Beratungsleistungen

Nr.	Leistung	Bewertung GOÄ (Übersicht einzelner Gebührensätze)	Bewertung GOÄneu-Entwurf (ärzteigene Version)
Nr. 1 GOÄ	Beratung - auch mittels Fernsprecher -	4,66 EUR (1facher Satz) 8,39 EUR (1,8facher Satz) 10,72 EUR (2,3facher Satz) 16,32 EUR (3,5facher Satz) 18,64 EUR (4facher Satz) 21,90 EUR (4,7facher Satz) 23,30 EUR (5facher Satz) 27,96 EUR (6facher Satz) 30,29 EUR (6,5facher Satz) 32,62 EUR (7facher Satz)	Nr. 1 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 Minuten 8,41 EUR Nr. 2 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 Minuten 22,29 EUR
Nr. 3 GOÄ	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher <i>Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige</i>	8,74 EUR (1facher Satz) 20,11 EUR (2,3facher Satz) 30,60 EUR (3,5facher Satz) 34,96 EUR (4facher Satz) 43,70 EUR (5facher Satz) 52,44 EUR (6facher Satz) 61,18 EUR (7facher Satz)	Beratungsdauer von 10 bis 20 Min.: 30,70 EUR (1 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu) Beratungsdauer von 20 bis 30 Min.: 52,99 EUR (2 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu)

	<i>Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</i>		
Nr. 34 GOÄ	<p>Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen –</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i></p>	<p>17,49 EUR (1facher Satz) 40,22 EUR (2,3facher Satz) 52,47 EUR (3facher Satz) 61,20 EUR (3,5facher Satz) 69,96 EUR (4facher Satz) 75,21 EUR (4,3facher Satz) 87,45 EUR (5facher Satz) 97,94 EUR (5,6facher Satz) 104,94 EUR (6facher Satz) 118,93 EUR (6,8facher Satz)</p>	<p>Nr. 1 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 Minuten 8,41 EUR</p> <p>Nr. 2 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 Minuten 22,29 EUR</p> <p>Beratungsdauer von 20 bis 30 Min.: 52,99 EUR (2 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu)</p> <p>Beratungsdauer von 30 bis 40 Min.: 75,28 EUR (3 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu)</p> <p>Beratungsdauer von 40 bis 50 Min.: 97,57 EUR (4 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu)</p> <p>Beratungsdauer von 50 bis 60 Min.: 119,86 EUR (5 x Nr. 2 + 1 x Nr. 1 GOÄneu)</p>

b) Persönliche Untersuchungsleistungen

Nr.	Leistung	Bewertung GOÄ (Übersicht einzelner Gebührensätze)	Bewertung GOÄneu-Entwurf (ärzteigene Version)
Nr. 5 GOÄ	Symptombezogene Untersuchung	<p>4,66 EUR (1facher Satz) 10,72 EUR (2,3facher Satz) 12,58 EUR (2,7facher Satz) 16,32 EUR (3,5facher Satz) 17,71 EUR (3,8facher Satz)</p>	<p>Nr. 17 GOÄneu Symptombezogene klinische Erstuntersuchung 17,64 EUR</p> <p>Nr. 18 GOÄneu Symptombezogene klinische Folgeuntersuchung 12,85 EUR</p>

Nr. 6 GOÄ	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –	5,83 EUR (1facher Satz) 13,41 EUR (2,3facher Satz) 20,40 EUR (3,5facher Satz) 21,57 EUR (3,7facher Satz)	Nr. 19 GOÄneu Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch ggf. einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus [...] 21,95 EUR
Nr. 7 GOÄ	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –	9,33 EUR (1facher Satz) 21,45 EUR (2,3facher Satz) 29,86 EUR (3,2facher Satz) 32,64 EUR (3,5facher Satz)	Nr. 20 GOÄneu Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, die Mammae, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitender Harnwege) [...] 29,26 EUR
Nr. 8 GOÄ	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation <i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.</i>	15,15 EUR (1facher Satz) 34,86 (2,3facher Satz) 53,04 (3,5facher Satz) 60,60 EUR (4facher Satz)	Nr. 21 GOÄneu Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, einschließlich der Untersuchung - der Haut, der sichtbaren Schleimhäute - der Brust- und Bauchorgane - der Stütz- und Bewegungsorgane sowie - einer orientierenden neurologischen Untersuchung 60,67 EUR
Nr. 800 GOÄ	Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes	11,37 EUR (1facher Satz) 26,14 EUR (2,3facher Satz) 31,84 EUR (2,8facher Satz) 39,78 EUR (3,5facher Satz)	Nr. 4300 GOÄneu Neurologische Untersuchung von mindestens drei Untersuchungsbereichen 31,24 EUR Nr. 4301 GOÄneu

		43,21 EUR (3,8facher Satz) 45,48 EUR (4facher Satz) 53,44 EUR (4,7facher Satz)	Neurologische Untersuchung von mindestens fünf Untersuchungsbereichen 42,63 EUR Nr. 4302 GOÄneu Neurologische Untersuchung von mindestens sieben Untersuchungsbereichen 53,79 EUR
Nr. 801 GOÄ	Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson	14,57 EUR (1facher Satz) 33,52 EUR (2,3facher Satz) 51,00 EUR (3,5facher Satz) 55,37 EUR (3,8facher Satz) 58,28 EUR (4facher Satz) 72,85 EUR (5facher Satz) 87,42 EUR (6facher Satz) 94,71 EUR (6,5facher Satz)	Nr. 4400 GOÄneu Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung, ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, Dauer unter 15 Minuten 15,26 EUR Nr. 4401 GOÄneu Psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung, ggf. unter Einschaltung einer Bezugs- oder Kontaktperson, je vollendete 15 Minuten Die Leistung nach Nummer 4401 beinhaltet die Erfassung des aktuellen Befindens und die Erhebung des aktuellen Befundes. Die Leistung nach Nummer 4401 ist bis zu viermal je Sitzung berechnungsfähig. 39,99 EUR Dauer 20 bis < 30 Minuten 55,25 EUR Dauer 30 bis < 45 Minuten 95,24 EUR

c) Weitere zuwendungsintensive Arztleistungen

Nr.	Leistung	Bewertung GOÄ (Übersicht einzelner Gebührensätze)	Bewertung GOÄneu-Entwurf (ärzteigene Version)
Nr. 861 GOÄ	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	40,22 EUR (1facher Satz) 92,50 EUR (2,3facher Satz) 140,76 EUR (3,5facher Satz) 144,79 EUR (3,6facher Satz)	Nr. 4505 GOÄneu Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, 145,55 EUR

Nr. 863 GOÄ	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	40,22 EUR (1facher Satz) 92,50 EUR (2,3facher Satz) 140,76 EUR (3,5facher Satz) 144,79 EUR (3,6facher Satz)	Nr. 4500 GOÄneu Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten 145,55 EUR
Nr. 870 GOÄ	Verhaltenstherapie, ⁴ Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten	43,72 EUR (1facher Satz) 100,55 EUR (2,3facher Satz) 153,00 EUR (3,5facher Satz) 144,79 EUR (3,6facher Satz)	Nr. 4510 GOÄneu Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, 145,55 EUR
Nr. 50 GOÄ	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung	18,65 EUR (1facher Satz) 42,90 EUR (2,3facher Satz) 65,28 EUR (3,5facher Satz) 74,60 EUR (4facher Satz) 80,20 EUR (4,3facher Satz) 93,25 EUR (5facher Satz) 102,58 EUR (5,5facher Satz)	Nr. 202 GOÄneu Besuch eines Patienten 55,24 EUR Nr. 1 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 Minuten 8,41 EUR Nr. 2 GOÄneu Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 Minuten 22,29 EUR Nr. 17 GOÄneu Symptombezogene klinische Erstuntersuchung 17,64 EUR = 81,29 EUR (bei Beratungsdauer unter 10 Minuten) (= 103,58 EUR bei Beratungsdauer von 10 bis 20 Minuten)

⁴ Für die analoge Berechnung der systemischen Therapie gelten die beispielhaften Aufführungen zur Nr. 870 GOÄ entsprechend.

4. Muster für eine abweichende Vergütungsvereinbarung

Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOÄ

zwischen

Frau/Herrn

(Patient/in, Zahlungspflichtige/r oder gesetzliche/r Vertreter/in)

und

Frau/Herrn

(Ärztin/Arzt)

wird gemäß § 2 GOÄ folgende Honorarvereinbarung getroffen:

GOÄ-Nr. (sollte handschriftlich ausgefüllt werden)	Bezeichnung der Leistung (sollte handschriftlich ausgefüllt werden)	Steigerungssatz (sollte handschriftlich ausgefüllt werden)	Betrag (sollte handschriftlich ausgefüllt werden)
			Gesamtbetrag

Die / Der Zahlungspflichtige wird darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Ihr / Ihm wird eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

Ort, Datum

(Unterschrift Zahlungspflichtige/r)

(Unterschrift Ärztin/Arzt)