



Abrechnung verstehen - Sicherheit im Praxisalltag gewinnen

EBM & GOÄ in der Gynäkologie

Auf Basis eine Schulungspräsentation vom 17.06.2026

von Dr. Matthias Krick, MVZ Dr. Krick

Erstellt von Paul Rauch

Head of External Relation

Exeltis Germany GmbH

Inhaltsverzeichnis

Hinweis zu den Abrechnungsinformationen	3
Grundlagen der Abrechnung – EBM und GOÄ im Überblick.....	4
Der EBM – Aufbau und Struktur der vertragsärztlichen Abrechnung.....	7
RLV und QZV – Das Honorarbudget der Praxis verstehen	11
Die wichtigsten GOPs der gynäkologischen Praxis im Überblick	16
EBM-Mutterschaftsvorsorge (Mu-RL)	20
Extrabudgetäre Leistungen	22
Wichtige Neuerungen im EBM ab 01.01.2026	27
Altersgrenzen und Abrechnungszeiträume	32
Typische Stolperfallen in der gynäkologischen Praxis	32
Big Points nicht vergessen – die wichtigsten Honorartreiber im Praxisalltag	38
Kleinvieh macht auch Mist	43
Häufig vergessene Ziffern – kleine Leistungen mit großem Potenzial	48
GOÄ – Grundlagen der privatärztlichen Abrechnung	54
GOÄ-Rechnung – Welche Pflichtangaben müssen enthalten sein?.....	59
GOÄ in der Gynäkologie – Häufige Leistungen und Auswirkungen der neuen GOÄ	61
Neue GOÄ-Ziffern – Chancen durch neue Leistungsbereiche	65
Privatpatientinnen versus Kassenpatientinnen	69
Wirtschaftliche Unterschiede in der Praxis	69
Typische Abrechnungsfehler – und wie sie vermieden werden	71
Schlusswort	74

Hinweis zu den Abrechnungsinformationen

Die in diesem Kapitel dargestellten Hinweise, Empfehlungen und Praxisbeispiele basieren auf den persönlichen Erfahrungen, Einschätzungen und Interpretationen von Dr. Krick aus seiner langjährigen Tätigkeit in der gynäkologischen Praxis. Sie dienen ausschließlich der Information und praktischen Orientierung im Praxisalltag.

Abrechnungsbestimmungen nach EBM, GOÄ, Mutterschafts-Richtlinien, Bundesmantelvertrag, regionalen KV-Regelungen sowie sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben unterliegen fortlaufenden Änderungen. Darüber hinaus können regionale Besonderheiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, aktuelle Beschlüsse, gerichtliche Entscheidungen oder individuelle Prüfungsmaßstäbe Auswirkungen auf die Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen haben.

Die Inhalte dieses Manuskripts stellen daher keine rechtsverbindliche Abrechnungsanweisung, Rechtsberatung oder Garantie für die Anerkennung bestimmter Leistungen durch Kassenärztliche Vereinigungen, Kostenträger oder private Krankenversicherungen dar.

Jede Gynäkologin und jeder Gynäkologe sowie jede Praxis ist selbst dafür verantwortlich, die jeweils gültigen gesetzlichen, vertraglichen und berufsrechtlichen Vorgaben zu beachten und die Abrechnung von Leistungen eigenverantwortlich auf ihre Zulässigkeit, Vollständigkeit und Aktualität zu prüfen. Im Zweifelsfall sollten die jeweils gültigen Regelwerke, Veröffentlichungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, die aktuellen Fassungen von EBM und GOÄ sowie gegebenenfalls eine fachkundige Abrechnungs- oder Rechtsberatung herangezogen werden.

Weder der Autor des Manuskripts (Exeltis Germany GmbH) noch der Referent der Fortbildung (Dr. Krick) übernehmen eine Haftung für die Vollständigkeit, Aktualität oder Richtigkeit der dargestellten Abrechnungshinweise sowie für daraus resultierende wirtschaftliche, rechtliche oder abrechnungstechnische Folgen.

Grundlagen der Abrechnung – EBM und GOÄ im Überblick

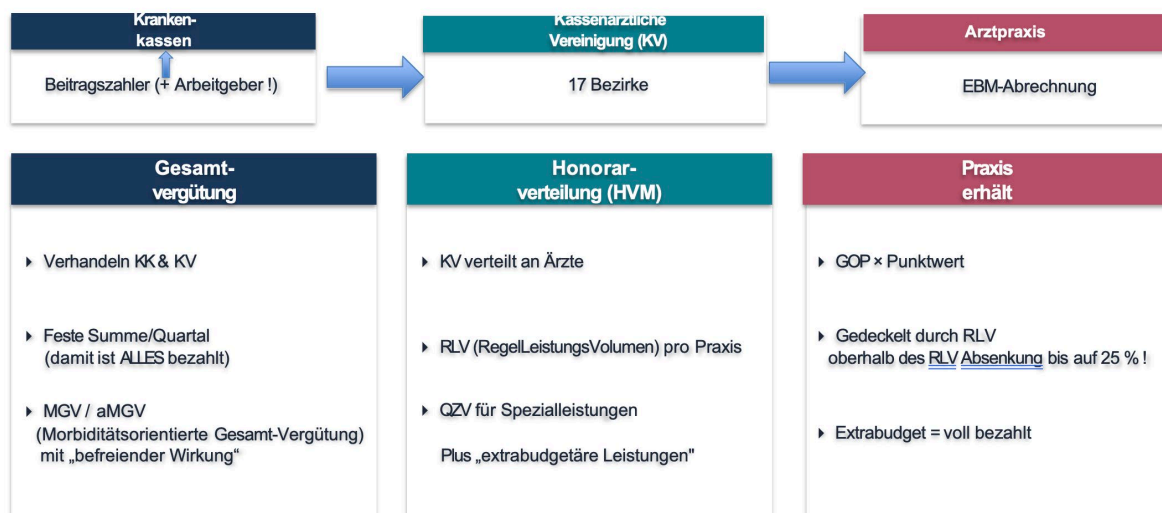
Zwei Systeme – ein Überblick

GRUNDLAGEN

EBM	GKV-Patienten	GOÄ	PKV / Selbstzahler
- Rechtsgrundlage: § 87 SGB V - Quartalsweise über KV - Punkte × 12,7404 Ct (2026) - Budget: RLV + QZV - Extrabudgetär: Vorsorge, Mutterschaft		- Rechtsgrundlage: § 11 BÄO + GOÄ - Direkt mit Patient*in/PKV - Punkte × 5,82873 Ct × Faktor - Kein Budget – "freie" Abrechnung - GOÄ neu: frühestens ab 01.01.2027	

Wie fließt das Geld in der GKV?

GRUNDLAGEN



Das deutsche Gesundheitssystem unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei Abrechnungssystemen: dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für gesetzlich versicherte Patientinnen und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für Privatpatientinnen und Selbstzahlerinnen. Beide Systeme unterscheiden sich nicht nur in ihrer rechtlichen Grundlage, sondern auch in der Art der Vergütung und den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer gynäkologischen Praxis.

Der EBM bildet die Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87 SGB V. Die Praxis rechnet ihre Leistungen nicht direkt mit den Patientinnen oder den Krankenkassen ab, sondern quartalsweise über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV). Jede Leistung

ist mit einer festen Punktzahl hinterlegt, die mit dem jeweils gültigen Punktwert vergütet wird. Dieser Punktwert wird regelmäßig zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt und kann sich verändern.

Im Gegensatz dazu erfolgt die GOÄ-Abrechnung unmittelbar zwischen Praxis und Patientin. Grundlage sind die Bundesärzteordnung und die Gebührenordnung für Ärzte. Auch hier besitzt jede Leistung eine festgelegte Punktzahl. Diese wird jedoch mit einem festen Punktwert und einem individuell wählbaren Steigerungsfaktor berechnet. Anders als im EBM existiert grundsätzlich keine Budgetierung. Jede ordnungsgemäß erbrachte Leistung kann vollständig berechnet werden.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Systemen liegt daher in der wirtschaftlichen Vergütung. Während die GOÄ eine leistungsbezogene Einzelabrechnung ermöglicht, unterliegt die EBM-Abrechnung einer Budgetsystematik.

Wie fließt das Geld in der gesetzlichen Krankenversicherung?

Um das EBM-System zu verstehen, lohnt sich ein Blick auf den Weg des Geldes. Die Beiträge der gesetzlich Versicherten werden gemeinsam mit den Arbeitgeberanteilen an die Krankenkassen gezahlt. Von dort fließen die Mittel an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, welche die Gesamtvergütung anschließend nach festgelegten Verteilungsmechanismen an die Vertragsarztpraxen ausschütten.

Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird regelmäßig zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Es handelt sich um eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV), die quartalsweise als festes Gesamtbudget zur Verfügung steht. Innerhalb dieses Budgets verteilt die KV die Mittel auf die einzelnen Fachgruppen und Praxen.

Für jede Praxis werden dabei insbesondere zwei Vergütungsbereiche unterschieden:

- Regelleistungsvolumen (RLV): Vergütung der allgemeinen vertragsärztlichen Leistungen innerhalb eines festgelegten Budgets.
- Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen (QZV): Zusätzliche Vergütung für genehmigungspflichtige Spezialleistungen, beispielsweise bestimmte Ultraschalluntersuchungen oder Kolposkopien.

Werden Leistungen oberhalb des zugewiesenen Regelleistungsvolumens erbracht, erfolgt keine vollständige Vergütung mehr. Die Honorierung wird stufenweise reduziert. Deshalb ist das Budget für viele Fachgruppen ein wesentlicher wirtschaftlicher Faktor.

Für die Gynäkologie besteht jedoch ein wichtiger Vorteil: Zahlreiche Leistungen der Krebsvorsorge sowie nahezu alle Leistungen der Mutterschaftsvorsorge werden extrabudgetär vergütet. Diese Leistungen unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen und werden unabhängig von der Budgetgrenze vollständig bezahlt. Dadurch besitzen Vorsorge- und Schwangerschaftsleistungen sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich eine besondere Bedeutung für die gynäkologische Praxis.

Praxiswissen nach Dr. Krick: Wer das Vergütungssystem versteht, erkennt schneller, warum bestimmte Leistungen wirtschaftlich unterschiedlich bewertet werden. Ein gutes Verständnis der Budgetmechanismen erleichtert nicht nur die korrekte Abrechnung, sondern auch die Organisation des Praxisalltags und die wirtschaftliche Planung einer gynäkologischen Praxis.

Merksatz

Der wichtigste Unterschied zwischen EBM und GOÄ lautet: Im EBM erfolgt die Vergütung über die Kassenärztliche Vereinigung innerhalb eines Budgetsystems mit RLV und QZV. In der GOÄ rechnet die Praxis direkt mit der Patientin ab; hier besteht grundsätzlich keine Budgetbegrenzung. Für gynäkologische Praxen sind insbesondere Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen von großer Bedeutung, da sie im EBM extrabudgetär und damit vollständig vergütet werden.

Der EBM – Aufbau und Struktur der vertragsärztlichen Abrechnung

EBM – Aufbau und Struktur				EBM GRUNDLAGEN
Honorar = Punktzahl (GOP) × Orientierungswert → 2026: 12,7404 Cent/Punkt				
Kap. 1	Kap. 8	Kap. 33	Kap. 32	Kap. 31
Allgemeine GOP	Gynäkologie & Geburtshilfe	Ultraschall	Labor	OP & Eingriffe
Grundpauschalen, Beratung	Vorsorge, Mutterschaft	Vaginalsonografie, Mammasonografie Doppler	Laborleistungen, Mutterschaftslabor	Operative Leistungen
★ EXTRABUDGETÄR: Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen ohne RLV-Deckelung – voll ausgezahlt!				

Für viele Medizinische Fachangestellte wirkt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) zunächst wie ein unübersichtliches Verzeichnis aus Zahlen und Gebührenordnungspositionen. Tatsächlich folgt der EBM jedoch einer klaren Struktur. Wer diese Grundstruktur versteht, findet sich deutlich leichter in der Abrechnung zurecht und erkennt schneller, welche Leistungen für die eigene Praxis relevant sind.

Dr. Krick macht im Vortrag deutlich, dass niemand den gesamten EBM kennen oder gar auswendig lernen muss. Entscheidend ist vielmehr, die Kapitel zu kennen, die für die gynäkologische Praxis von Bedeutung sind.

Grundlage jeder EBM-Abrechnung ist die jeweilige Gebührenordnungsposition (GOP). Hinter jeder GOP steht eine festgelegte Punktzahl. Diese Punktzahl wird mit dem sogenannten Orientierungspunktwert multipliziert. Für das Jahr 2026 beträgt dieser Orientierungspunktwert 12,7404 Cent pro Punkt.

Die Formel lautet daher zunächst:

Honorar = Punktzahl der GOP × Orientierungspunktwert

Dr. Krick weist jedoch darauf hin, dass dieser Betrag zunächst lediglich den rechnerischen Wert einer Leistung beschreibt. Die tatsächliche Vergütung kann insbesondere bei budgetierten Leistungen durch Regelungen des Regelleistungsvolumens (RLV) beeinflusst werden. Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, erhalten dagegen ihre volle Bewertung.

Kapitel 1 – Allgemeine Gebührenordnungspositionen

Das erste Kapitel des EBM enthält Leistungen, die fachübergreifend von nahezu allen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten genutzt werden.

Hierzu gehören insbesondere:

- Grundpauschalen
- allgemeine Beratungsleistungen
- verschiedene Arzt-Patientinnen-Kontakte

Gerade die Grundpauschalen bilden in vielen Praxen die Basis der vertragsärztlichen Vergütung. Sie stellen gewissermaßen das Fundament dar, auf dem weitere Leistungen aufbauen.

Kapitel 8 – Gynäkologie und Geburtshilfe

Für die gynäkologische Praxis besitzt Kapitel 8 die größte Bedeutung.

Hier finden sich die Leistungen, die den Kern der täglichen Arbeit ausmachen. Dazu gehören insbesondere:

- Krebsfrüherkennung
- Schwangerschaftsvorsorge
- Mutterschaftsleistungen
- Empfängnisregelung
- Nachsorgeleistungen

Viele der später von Dr. Krick vorgestellten „Big Points“ stammen genau aus diesem Kapitel. Deshalb empfiehlt er, die hier enthaltenen Leistungen besonders gut zu kennen.

Kapitel 33 – Ultraschalldiagnostik

Ultraschallleistungen werden im EBM in einem eigenen Kapitel geführt.

Hierzu gehören beispielsweise:

- Vaginalsonografien
- Mammasonografien
- Doppleruntersuchungen

Da Ultraschalluntersuchungen in gynäkologischen Praxen regelmäßig durchgeführt werden, besitzen diese Leistungen sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich eine hohe Bedeutung.

Kapitel 32 – Laborleistungen

Laborleistungen werden ebenfalls in einem eigenständigen Kapitel geregelt.

Für gynäkologische Praxen relevant sind insbesondere:

- allgemeine Laboruntersuchungen
- Mutterschaftslabor
- spezielle diagnostische Laborleistungen

Viele Laborleistungen werden zwar von externen Laboren erbracht, dennoch muss die Praxis die entsprechenden Prozesse und Abrechnungsvoraussetzungen kennen.

Kapitel 31 – Operationen und Eingriffe

Ein weiterer wichtiger Bereich betrifft operative Leistungen und Eingriffe.

Hierzu gehören ambulante operative Maßnahmen sowie verschiedene interventionelle Verfahren.

Diese Leistungen sind häufig mit besonderen Dokumentationspflichten und spezifischen Abrechnungsvoraussetzungen verbunden.

Warum Vorsorge und Mutterschaft für die Praxis besonders wichtig sind

Die wichtigste Botschaft findet sich aus Sicht von Dr. Krick nicht in den einzelnen Kapiteln, sondern in der hervorgehobenen Zeile am unteren Rand.

Er macht deutlich, dass viele Leistungen aus den Bereichen Vorsorge und Mutterschaft **extrabudgetär** vergütet werden.

Das bedeutet:

Diese Leistungen unterliegen nicht der Begrenzung durch das Regelleistungsvolumen und werden vollständig vergütet.

Während budgetierte Leistungen bei Überschreiten bestimmter Grenzen nur noch teilweise vergütet werden können, erhalten Praxen für extrabudgetäre Leistungen den vollen Leistungswert.

Gerade für gynäkologische Praxen ist dies von großer Bedeutung, da ein erheblicher Teil der täglichen Arbeit in genau diesen Bereichen stattfindet.

Deshalb zieht sich eine zentrale Aussage durch den gesamten Vortrag:

Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen sind nicht nur medizinisch bedeutsam, sondern auch wirtschaftlich besonders relevant, weil sie vollständig vergütet werden.

Die praktische Bedeutung für Medizinische Fachangestellte

Für Medizinische Fachangestellte bedeutet dies vor allem, die wichtigsten Leistungsbereiche der Praxis zu kennen und die dazugehörigen Dokumentationen sorgfältig zu führen.

Dabei geht es nicht darum, jede einzelne GOP auswendig zu lernen. Entscheidend ist vielmehr das Verständnis dafür,

- wo sich die relevanten Leistungen im EBM befinden,
- welche Leistungen regelmäßig erbracht werden,
- welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden,
- und warum eine vollständige Dokumentation für die spätere Vergütung unverzichtbar ist.

Wer diese Zusammenhänge versteht, kann wesentlich dazu beitragen, dass erbrachte Leistungen vollständig erfasst und korrekt abgerechnet werden.

Merksatz

Der EBM ist kein unübersichtliches Zahlenwerk, sondern ein strukturiertes System. Für gynäkologische Praxen stehen insbesondere die Kapitel Gynäkologie und Geburtshilfe, Ultraschall, Labor sowie operative Leistungen im Mittelpunkt. Besonders wertvoll sind Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen, da sie extrabudgetär und damit vollständig vergütet werden.

RLV und QZV – Das Honorarbudget der Praxis verstehen

RLV und QZV – Das Honorarbudget der Praxis		EBM BUDGET
RLV – Regelleistungsvolumen	QZV – Qualifikations-Zusatzvolumen	
▶ Formel: Fallwert (€) × Fallzahl (aus Vorjahr) „Todesspirale“ ▶ Gynäkologie ca. 42–72 € je KV-Bezirk ▶ Bei Überschreitung: Abstufung der Vergütung (bis zu 25%) ▶ Typisch: 600–900 Fälle/Quartal	▶ Zytologie (GOP 08311/01762) Kolposkopie / PE (01766 / 01768) – KV-Genehmigung! ▶ Sonografie (GOP 33041 ff.) ▶ Pränataldiagnostik (01773/01774/01775) ▶ Reproduktionsmedizin / IVF	

Nachdem die Grundstruktur des EBM erläutert wurde, geht Dr. Krick auf einen Bereich ein, der für viele Praxen von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung ist: das Regelleistungsvolumen (RLV) und die Qualifikations-Zusatzvolumina (QZV).

Diese beiden Begriffe erklären, warum die tatsächliche Vergütung einer Leistung von ihrem rechnerischen Wert abweichen kann. Sie helfen zugleich zu verstehen, weshalb bestimmte Leistungen für Praxen wirtschaftlich besonders interessant sind.

Das Regelleistungsvolumen (RLV)

Das Regelleistungsvolumen bildet den budgetierten Kern der vertragsärztlichen Vergütung.

Vereinfacht gesprochen erhält jede Praxis für ihre regulären Leistungen ein individuelles Honorarkontingent. Dieses wird auf Basis der Fallzahlen des Vorjahres und eines von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Fallwertes berechnet.

Dr. Krick beschreibt die Grundformel wie folgt:

$$\text{RLV} = \text{Fallwert} \times \text{Fallzahl des Vorjahres}$$

Die Höhe des Fallwertes ist regional unterschiedlich und hängt von den Vorgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab. Für gynäkologische Praxen nennt Dr. Krick Werte von etwa **42 bis 72 Euro pro Fall**, abhängig vom KV-Bezirk.

Damit wird deutlich:

Nicht jede gynäkologische Praxis verfügt automatisch über das gleiche Budget. Die regionale Versorgungssituation und die historische Entwicklung der Praxis spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Warum Dr. Krick von einer „Todesspirale“ spricht

Im Vortrag verwendet Dr. Krick bewusst den Begriff der „Todesspirale“.

Gemeint ist folgendes Problem:

Sinkt die Fallzahl einer Praxis über längere Zeiträume, reduziert sich in der Folge auch das Regelleistungsvolumen. Dadurch stehen der Praxis künftig geringere Honorarmittel zur Verfügung.

Weniger Fälle führen somit zu einem kleineren Budget. Ein kleineres Budget erschwert wiederum die wirtschaftliche Entwicklung der Praxis.

Dr. Krick möchte damit verdeutlichen, wie wichtig eine stabile Patientenbindung und eine kontinuierliche Versorgung sind.

Typische Fallzahlen in gynäkologischen Praxen

Als Orientierung nennt Dr. Krick typische Fallzahlen von etwa:

600 bis 900 Fällen pro Quartal

Natürlich können größere Praxen deutlich darüber liegen und kleinere Praxen darunter. Die Zahlen verdeutlichen jedoch die Größenordnung, in der sich viele gynäkologische Praxen bewegen.

Was passiert bei einer Überschreitung des RLV?

Besonders wichtig ist die Frage, was geschieht, wenn das Regelleistungsvolumen ausgeschöpft oder überschritten wird.

In diesem Fall erfolgt eine sogenannte Abstaffelung der Vergütung.

Das bedeutet:

Die Leistung wird zwar weiterhin erbracht und abgerechnet, aber nicht mehr mit ihrem vollen rechnerischen Wert vergütet.

Dr. Krick weist darauf hin, dass die Vergütung in bestimmten Konstellationen auf bis zu etwa 25 Prozent des eigentlichen Wertes absinken kann.

Hier zeigt sich der Unterschied zwischen dem rechnerischen Honorar einer GOP und der tatsächlich ausgezahlten Vergütung.

Qualifikations-Zusatzvolumina (QZV)

Neben dem Regelleistungsvolumen existieren sogenannte Qualifikations-Zusatzvolumina.

Diese betreffen Leistungen, die besondere fachliche Qualifikationen oder Genehmigungen voraussetzen.

Der Gesetzgeber verfolgt damit das Ziel, spezialisierte Leistungen gesondert zu fördern und abzubilden.

Für gynäkologische Praxen nennt Dr. Krick mehrere typische Beispiele.

Zytologie und Kolposkopie

Zu den klassischen QZV-Leistungen gehören bestimmte zytologische und kolposkopische Leistungen.

Dr. Krick nennt insbesondere:

- GOP 08311
- GOP 01762
- GOP 01766
- GOP 01768

Für diese Leistungen sind entsprechende Qualifikationen und teilweise spezielle Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich.

Die bloße technische Durchführung reicht nicht aus. Voraussetzung ist die formale Anerkennung durch die KV.

Sonographische Leistungen

Auch bestimmte Ultraschallleistungen können über Qualifikations-Zusatzvolumina vergütet werden.

Dr. Krick verweist auf die Leistungen des Bereichs:

GOP 33041 ff.

Hierzu gehören verschiedene sonographische Untersuchungen, die eine entsprechende fachliche Qualifikation voraussetzen.

Gerade in gynäkologischen Praxen spielen Ultraschalluntersuchungen eine zentrale Rolle in Diagnostik und Verlaufskontrolle.

Pränataldiagnostik

Ein weiterer Bereich betrifft die pränataldiagnostischen Leistungen.

Dr. Krick nennt die GOPs:

- 01773
- 01774
- 01775

Diese Leistungen setzen besondere Kenntnisse und häufig zusätzliche Genehmigungen voraus.

Die Anforderungen sind bewusst hoch, da sie in einem sensiblen medizinischen Bereich erbracht werden.

Reproduktionsmedizin und IVF

Auch Leistungen der Reproduktionsmedizin gehören zu den typischen Bereichen qualifikationsgebundener Zusatzvolumina.

Insbesondere Praxen mit einem Schwerpunkt in der Kinderwunschmedizin profitieren von diesen speziellen Vergütungsregelungen.

Warum dieses Wissen für MFAs wichtig ist

Auf den ersten Blick scheinen RLV und QZV vor allem Themen der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber zu sein.

Tatsächlich beeinflussen sie jedoch viele Abläufe im Praxisalltag.

Sie erklären,

- warum bestimmte Leistungen besonders sorgfältig dokumentiert werden,
- weshalb Qualifikationen und Genehmigungen wichtig sind,
- warum spezialisierte Leistungen wirtschaftlich interessant sein können,
- und weshalb die vollständige Erfassung aller Leistungen eine große Rolle spielt.

Für die MFA entsteht dadurch ein besseres Verständnis der wirtschaftlichen Zusammenhänge einer Praxis.

Die zentrale Aussage von Dr. Krick lautet:

Nicht jede Leistung wird automatisch in voller Höhe vergütet. Deshalb ist es wichtig zu verstehen, welche Leistungen budgetiert sind, welche besonderen Vergütungsregelungen besitzen und welche Leistungen außerhalb des Budgets vergütet werden.

Dieses Verständnis bildet die Grundlage für die späteren Kapitel des Vortrags, in denen er auf die besonders wichtigen „Big Points“, die häufig vergessenen GOPs und die extrabudgetären Leistungen eingeht.

Merksatz

Das RLV begrenzt die Vergütung vieler Standardleistungen. QZV ermöglichen die gesonderte Vergütung spezialisierter Leistungen. Wer die Unterschiede kennt, versteht die wirtschaftlichen Zusammenhänge der Praxis deutlich besser.

Die wichtigsten GOPs der gynäkologischen Praxis im Überblick

EBM Gynäkologie – Wichtigste GOP im Überblick

EBM ZIFFERN

GOP	Leistung	ca. €	Budget	Hinweis
08210–08213	Grundpauschalen	14–19 €	RLV	08210=14,40 / 08211=18,73 / 08212=19,24 € (KVNo)
01760/01761	Krebsfrüherkennung / Screening	20–27 €	EXTRA	01760 klinisch, 01761 Ko-Test HPV+Zylo (ab 35 J.)
01770	Betreuung Schwangere	149,32 €	EXTRA	1.172 Punkte – Komplex inkl. US, Labor, Mutterpass
01772–01775	Weiterführende Sono/Doppler SSW	46–95 €	EXTRA	01772=46,25 / 01773=71,98 / 01774=95,43 / 01775=57,08 €
01786	CTG (Tokographie ab 28. SSW)	17,45 €	EXTRA	137 Punkte
33041	Vaginalsonografie (kurativ)	(16,57 €)	RLV	Sonografie weibl. Genitalorgane; 130 Punkte
33040	Abdominale/Urogenital-Sono	ca. 15–17 €	RLV/EXTRA	Neben 01770–01773 1× im Behandlungsfall
33042	Mamma-Sonografie	variabel	QZV	259 Punkte = 33,00 €

Im Praxisalltag werden hunderte verschiedener Leistungen erbracht. Tatsächlich basiert jedoch ein großer Teil der gynäkologischen Abrechnung auf einer vergleichsweise kleinen Anzahl regelmäßig wiederkehrender Gebührenordnungspositionen. Wer diese Leistungen kennt und ihre Besonderheiten versteht, verfügt bereits über einen großen Teil des notwendigen Abrechnungswissens.

Dr. Krick stellt deshalb die wichtigsten GOPs der gynäkologischen Versorgung zusammen und ordnet sie gleichzeitig den verschiedenen Vergütungssystemen zu. Dabei wird deutlich, welche Leistungen budgetiert sind und welche vollständig vergütet werden.

Grundpauschalen (GOP 08210–08213)

Die Grundpauschalen bilden die Basis der vertragsärztlichen Versorgung. Sie werden für den Arzt-Patientinnen-Kontakt innerhalb eines Quartals angesetzt und stellen gewissermaßen das Fundament der EBM-Abrechnung dar.

Die Vergütung liegt je nach Altersgruppe der Patientin bei etwa 14 bis 19 Euro. Die Folie nennt beispielhaft:

- GOP 08210: 14,40 €
- GOP 08211: 18,73 €
- GOP 08212: 19,24 €

Diese Leistungen unterliegen dem Regelleistungsvolumen (RLV) und sind damit budgetiert.

Dr. Krick macht deutlich, dass die Grundpauschalen zwar unverzichtbar sind, wirtschaftlich jedoch nicht die interessantesten Leistungen einer gynäkologischen Praxis darstellen.

Krebsfrüherkennung und Screening (GOP 01760 / 01761)

Die Krebsfrüherkennung gehört zu den wichtigsten Aufgaben gynäkologischer Praxen.

Die GOP 01760 umfasst die klinische Früherkennungsuntersuchung. Die GOP 01761 betrifft das organisierte Zervixkarzinom-Screening mit HPV-Test und Zytologie bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr.

Mit einer Vergütung von etwa 20 bis 27 Euro gehören diese Leistungen zu den wirtschaftlich relevanten Bestandteilen der Vorsorge.

Besonders wichtig ist der Hinweis von Dr. Krick, dass diese Leistungen extrabudgetär vergütet werden. Sie unterliegen somit keiner RLV-Begrenzung und werden vollständig bezahlt.

Diese Tatsache erklärt, weshalb Vorsorgeleistungen im gesamten Vortrag immer wieder hervorgehoben werden.

Betreuung der Schwangeren (GOP 01770)

Die GOP 01770 gehört zu den bedeutendsten Leistungen der gynäkologischen Abrechnung.

Sie umfasst die Betreuung der Schwangeren und bündelt zahlreiche Bestandteile der Schwangerschaftsvorsorge.

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Leistung mit 1.172 Punkten bewertet wird und einen Wert von etwa 149 Euro erreicht. In dieser Leistung sind verschiedene Bestandteile wie Ultraschalluntersuchungen, Laborleistungen und die Betreuung im Rahmen des Mutterpasses zusammengefasst.

Auch diese Leistung wird extrabudgetär vergütet.

Die GOP 01770 zählt damit zu den wirtschaftlich wichtigsten Leistungen einer gynäkologischen Praxis.

Weiterführende Sonographie und Dopplersonographie (GOP 01772–01775)

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge können zusätzliche sonographische Leistungen erforderlich werden.

Die Vergütung bewegt sich laut Folie zwischen etwa 46 und 95 Euro.

Diese Leistungen gehören ebenfalls zum extrabudgetären Bereich und werden vollständig vergütet.

Dr. Krick macht damit deutlich, dass die qualifizierte Schwangerschaftsbetreuung nicht nur medizinisch bedeutsam ist, sondern auch wirtschaftlich eine wichtige Rolle spielt.

CTG / Tokographie (GOP 01786)

Die Tokographie beziehungsweise das CTG ab der 28. Schwangerschaftswoche stellt einen weiteren wichtigen Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge dar.

Die Leistung ist mit 137 Punkten bewertet und erreicht einen Wert von etwa 17,45 Euro.

Auch diese Leistung wird extrabudgetär vergütet.

Später im Vortrag wird Dr. Krick nochmals darauf zurückkommen und die GOP 01786 ausdrücklich als einen der „Big Points“ bezeichnen, die nicht vergessen werden sollten.

Vaginalsonographie (GOP 33041)

Die Vaginalsonographie gehört zu den häufigsten diagnostischen Leistungen in gynäkologischen Praxen.

Die Folie weist einen Wert von etwa 16,57 Euro aus.

Im Gegensatz zu den Vorsorge- und Schwangerschaftsleistungen handelt es sich hierbei um eine RLV-Leistung. Die Vergütung unterliegt somit den Budgetregelungen der jeweiligen Praxis.

Dies verdeutlicht einen wichtigen Unterschied:

Nicht jede häufig erbrachte gynäkologische Leistung wird automatisch extrabudgetär vergütet.

Abdominale beziehungsweise urogenitale Sonographie (GOP 33040)

Die GOP 33040 betrifft sonographische Untersuchungen des Abdomens beziehungsweise des Urogenitaltraktes.

Die Vergütung liegt bei etwa 15 bis 17 Euro.

Interessant ist der Hinweis auf der Folie, dass diese Leistung in bestimmten Konstellationen neben den Schwangerschaftsleistungen angesetzt werden kann.

Hier zeigt sich bereits, wie wichtig die genaue Kenntnis der Abrechnungsregeln ist.

Mammasonographie (GOP 33042)

Die Mammasonographie nimmt eine Sonderstellung ein.

Sie gehört zu den qualifikationsgebundenen Leistungen und wird über das QZV vergütet.

Die Folie nennt 259 Punkte beziehungsweise etwa 33 Euro.

Voraussetzung sind die entsprechenden Qualifikationen und Genehmigungen der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die eigentliche Botschaft

Betrachtet man die Übersicht insgesamt, fällt ein Muster auf.

Die wirtschaftlich interessantesten Leistungen der gynäkologischen Praxis befinden sich häufig in den Bereichen:

- Vorsorge
- Schwangerschaft
- Mutterschaft

Diese Leistungen werden überwiegend extrabudgetär vergütet und unterliegen damit nicht den Begrenzungen des Regelleistungsvolumens.

Genau deshalb betont Dr. Krick im weiteren Verlauf des Vortrags immer wieder die Bedeutung dieser Leistungen. Viele seiner späteren Hinweise zu den „Big Points“ beziehen sich direkt auf die hier dargestellten GOPs.

Merksatz

Die wichtigsten GOPs einer gynäkologischen Praxis stammen überwiegend aus den Bereichen Vorsorge und Schwangerschaft. Viele dieser Leistungen werden extrabudgetär vergütet und besitzen deshalb eine besondere medizinische und wirtschaftliche Bedeutung.

EBM-Mutterschaftsvorsorge (Mu-RL)

Schwangerschaftsbetreuung: medizinisch bedeutsam und wirtschaftlich relevant

EBM – Mutterschaftsvorsorge (Mu-RL)				EBM SCHWANGERSCHAFT
✔ EXTRABUDGETÄR (aMGV): Alle Mutterschaftsvorsorge-Leistungen werden ohne RLV-Deckelung voll ausgezahlt!				
GOP	Bezeichnung	Vergütung	Leistungsinhalt	
01770	Betreuung einer Schwangeren	149,32 €	Anamnese, US-Biometrie (Mu-RL Ia/Ib), Labor, Mutterpass, 1.172 P.	
01771	Zuschlag zu 01770	53,25 €	IIb Screening 20.SSW, 418 P.	
01772	Weiterführende Sonographie I	46,25 €	. Medizinisch notwendige zusätzliche Ultraschall-Untersuchung, Indikation !, 363 P.	
01773	Weiterführende Sonographie II	71,98 €	Erweiterter hochspezialisierter Ultraschall bei (V.a.) Fehlbildungen, strenge Indikation!, 565 P.	
01774	Weiterführende Sono III (Echokardiografie)	95,43 €	Fetale Echokardiographie, Indikation !, 749 P.	
01775	Weiterführende Doppler-Sono	57,08 €	Ergänzende Dopplersonographie, Indikation !, 448 P.	

Die Betreuung schwangerer Frauen gehört zu den Kernaufgaben der gynäkologischen Praxis. Neben der medizinischen Verantwortung spielt sie auch aus Sicht der Praxisorganisation und Abrechnung eine besondere Rolle. Anders als viele andere Leistungen werden die Leistungen der Mutterschaftsvorsorge vollständig extrabudgetär vergütet. Sie unterliegen damit nicht den Begrenzungen des Regelleistungsvolumens (RLV) und werden in voller Höhe ausgezahlt.

Für die Praxis bedeutet dies, dass jede korrekt dokumentierte und abgerechnete Leistung unmittelbar honorarrelevant ist. Dr. Krick bezeichnet die Mutterschaftsvorsorge deshalb als einen der wichtigsten Bereiche der gynäkologischen Abrechnung.

Die zentrale Leistung ist die GOP 01770 „Betreuung einer Schwangeren“. Sie umfasst die reguläre Schwangerenvorsorge mit Anamnese, den vorgesehenen Laborleistungen, den Ultraschalluntersuchungen nach Mutterschaftsrichtlinien sowie die Führung des Mutterpasses. Die Vergütung liegt derzeit bei rund 149 Euro.

Im Vortrag betont Dr. Krick mehrfach, dass die GOP 01770 bei jedem Erstkontakt einer Schwangeren im Quartal präsent sein muss. Sie gehört aus seiner Sicht zu den wichtigsten Abrechnungsziffern überhaupt und sollte von jedem Praxisteam sicher beherrscht werden.

Neben der Grundbetreuung existieren weitere Leistungen für besondere diagnostische Situationen. Hierzu gehört insbesondere die GOP 01771 für das erweiterte zweite Ultraschallscreening um die 20. Schwangerschaftswoche. Dieses Screening wird zusätzlich vergütet und stellt einen wichtigen Bestandteil der modernen Schwangerenvorsorge dar.

Darüber hinaus können bei entsprechender medizinischer Indikation weiterführende Ultraschalluntersuchungen abgerechnet werden. Dazu gehören:

- GOP 01772 – Weiterführende Sonographie I
- GOP 01773 – Weiterführende Sonographie II
- GOP 01774 – Fetale Echokardiographie
- GOP 01775 – Weiterführende Dopplersonographie

Diese Leistungen setzen immer eine nachvollziehbare medizinische Begründung voraus. Wachstumsauffälligkeiten, Präeklampsie, Diabetes in der Schwangerschaft, Verdacht auf Fehlbildungen oder andere Risikokonstellationen müssen dokumentiert werden. Wie Dr. Krick mehrfach hervorhebt, gilt auch hier der Grundsatz:

Keine Leistung ohne passende Diagnose.

Die Indikation muss jederzeit nachvollziehbar sein und zur erbrachten Leistung passen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass nicht nur die ärztliche Dokumentation wichtig ist. Auch MFA tragen wesentlich dazu bei, dass Schwangerschaftsleistungen vollständig erfasst werden. Bereits bei der Terminvergabe, beim Einlesen der Patientin und bei der Vorbereitung der Abrechnung werden die Weichen für eine korrekte Honorierung gestellt.

Praxistipp von Dr. Krick

Dr. Krick empfiehlt, bei jeder schwangeren Patientin konsequent zu prüfen:

- Handelt es sich um den ersten Kontakt im Quartal?
- Wurde die GOP 01770 angesetzt?
- Liegt eine Indikation für zusätzliche Ultraschalleistungen vor?
- Ist die Diagnose vollständig dokumentiert?
- Wurden alle durchgeführten Untersuchungen tatsächlich abgerechnet?

Gerade bei weiterführenden sonographischen Leistungen gehen nach seiner Erfahrung häufig Honorare verloren, weil Diagnosen oder Indikationen nicht ausreichend dokumentiert wurden.

Merksatz

Die Mutterschaftsvorsorge gehört zu den wenigen Leistungsbereichen, die vollständig extrabudgetär vergütet werden. Deshalb gilt: Jede Schwangerschaft konsequent dokumentieren, jede Indikation nachvollziehbar begründen und bei jedem Erstkontakt im Quartal die GOP 01770 im Blick behalten.

Extrabudgetäre Leistungen

Warum sie für gynäkologische Praxen so wichtig sind

EBM – Extrabudgetäre Leistungen

EBM EXTRABUDGET

Extrabudgetäre Leistungen werden komplett bezahlt – ohne RLV-Abzug.

Extrabudgetär sind...	Als QZV / Im RLV	CAVE – Achtung!
Grundsätzlich 01100–01682	Als QZV 33041	08345 → verliert PFG (=08220...) Tamoxifen/AI NICHT neben 08220
Immer 01760–01815	Oftmals 33074 und 33075	
Immer 08220 (Mammographie)	Oftmals 35xxx (Psychosomatik)	
Immer 88xxx (Sonderziffern)	Im RLV 01820–01912	
Vereinzelte 01820–01912	Im RLV 02100–02512	
Grundsätzlich 31xxx (OP)	Immer 33044–33075	

Nachdem die Grundlagen von EBM, RLV und QZV erläutert wurden, richtet Dr. Krick den Blick auf einen Bereich, der für die wirtschaftliche Situation einer Praxis von besonderer Bedeutung ist: die extrabudgetären Leistungen.

Während viele Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden und damit Budgetbegrenzungen unterliegen, werden extrabudgetäre Leistungen vollständig bezahlt. Sie unterliegen keiner Kürzung durch das Regelleistungsvolumen und werden mit ihrem vollen Wert vergütet.

Gerade in der Gynäkologie spielt dieser Bereich eine wichtige Rolle, da zahlreiche Leistungen der Vorsorge und Schwangerschaftsbetreuung zu den extrabudgetären Leistungen gehören.

Was bedeutet „extrabudgetär“?

Eine extrabudgetäre Leistung wird unabhängig vom Regelleistungsvolumen vergütet.

Das bedeutet:

- keine Budgetbegrenzung
- keine Abstaffelung
- keine Kürzung durch Überschreiten des RLV

Die Praxis erhält für diese Leistungen grundsätzlich den vollen Leistungswert.

Dr. Krick macht deutlich, dass dies einer der Gründe ist, weshalb Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen wirtschaftlich eine so große Bedeutung besitzen.

Grundsätzlich extrabudgetäre Leistungen

Zu den grundsätzlich extrabudgetär vergüteten Leistungen gehören zahlreiche Gebührenordnungspositionen aus dem allgemeinen Leistungsbereich.

Auf der Folie nennt Dr. Krick beispielhaft den Bereich:

GOP 01100 bis 01682

Hierzu gehören verschiedene allgemeine Leistungen, Beratungen und besondere Versorgungsformen, die außerhalb des klassischen RLV vergütet werden.

Die wichtigsten extrabudgetären Leistungen der Gynäkologie

Besonders relevant für gynäkologische Praxen sind die Leistungen aus dem Bereich:

GOP 01760 bis 01815

Hierzu gehören unter anderem:

- Krebsfrüherkennung
- organisierte Früherkennungsprogramme
- Schwangerschaftsbetreuung
- Mutterschaftsleistungen
- CTG
- Nachsorgeleistungen

Genau diese GOPs tauchen später in den „Big Points“ des Vortrags erneut auf.

Die Botschaft von Dr. Krick lautet dabei:

Wer diese Leistungen vollständig dokumentiert und konsequent abrechnet, sichert einen wichtigen Teil des Praxishonorars.

Mammographie und Sonderziffern

Darüber hinaus nennt die Folie weitere Leistungsbereiche, die regelmäßig extrabudgetär vergütet werden:

- Mammographie-Leistungen
- bestimmte Sonderziffern aus dem Bereich 88xxx

Diese Leistungen spielen insbesondere in spezialisierten Praxen oder Kooperationen eine Rolle.

Operative Leistungen

Auch zahlreiche operative Leistungen aus Kapitel 31 des EBM werden grundsätzlich extrabudgetär vergütet.

Dr. Krick verweist hierzu auf den Bereich:

31xxx

Gerade ambulante operative Eingriffe profitieren häufig von dieser Sonderstellung.

Leistungen, die häufig im RLV verbleiben

Nicht jede gynäkologische Leistung wird extrabudgetär vergütet.

Dr. Krick weist ausdrücklich darauf hin, dass bestimmte Leistungen weiterhin dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Hierzu gehören beispielsweise:

Vaginalsonographie (GOP 33041)

Die kurative Vaginalsonographie gehört nicht automatisch zum extrabudgetären Bereich.

Obwohl sie zu den am häufigsten durchgeführten Untersuchungen einer gynäkologischen Praxis zählt, erfolgt die Vergütung grundsätzlich innerhalb der Budgetsystematik beziehungsweise über entsprechende Zusatzvolumina.

Psychosomatische Leistungen

Die Folie nennt außerdem die Leistungen des Bereichs:

35xxx

Diese Leistungen werden häufig übersehen, unterliegen jedoch eigenen Vergütungsregelungen und sind nicht automatisch extrabudgetär.

Gerade in der Betreuung von Frauen mit chronischen Beschwerden, Kinderwunsch oder belastenden Lebenssituationen können diese Leistungen eine wichtige Rolle spielen.

Weitere Leistungen innerhalb des RLV

Dr. Krick weist darauf hin, dass verschiedene Leistungsbereiche aus den Kapiteln:

- 01820–01912
- 02100–02512

weiterhin dem Regelleistungsvolumen unterliegen.

Hier zeigt sich erneut, warum die Kenntnis der Budgetsystematik wichtig ist.

Eine wichtige Ausnahme: Sonographische Leistungen

Interessant ist der Hinweis auf die GOPs:

33044 bis 33075

Diese Leistungen werden auf der Folie als dauerhaft extrabudgetär gekennzeichnet.

Damit unterscheidet sich ihre Vergütung von anderen sonographischen Leistungen.

Die genaue Zuordnung sollte deshalb regelmäßig geprüft werden.

Cave: GOP 08345

Besondere Aufmerksamkeit widmet Dr. Krick einer einzelnen Gebührenordnungsposition.

Die GOP **08345** wird auf der Folie ausdrücklich als Warnhinweis hervorgehoben.

Sein Hinweis lautet sinngemäß:

Die Abrechnung dieser Leistung kann Auswirkungen auf die Berechnung der Pauschalen haben und sollte nicht unkritisch neben bestimmten anderen Leistungen angesetzt werden.

Hier empfiehlt Dr. Krick ausdrücklich, die jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen sorgfältig zu prüfen.

Gerade solche Detailregelungen zeigen, warum Abrechnung nicht nur aus dem Kennen einzelner Ziffern besteht, sondern immer auch das Verständnis ihrer Wechselwirkungen erfordert.

Die eigentliche Botschaft

Die wichtigste Erkenntnis lautet:

Nicht die Anzahl der Leistungen entscheidet über den wirtschaftlichen Erfolg einer Praxis, sondern auch die Frage, wie diese Leistungen vergütet werden.

Eine vollständig dokumentierte und korrekt abgerechnete extrabudgetäre Leistung besitzt häufig einen größeren wirtschaftlichen Wert als mehrere budgetierte Leistungen, die später einer Honorarkürzung unterliegen.

Deshalb empfiehlt Dr. Krick, bei allen Vorsorge-, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen besonders auf eine vollständige Dokumentation und Erfassung zu achten.

Merksatz

Vorsorge- und Mutterschaftsleistungen gehören zu den wirtschaftlich wichtigsten Leistungen einer gynäkologischen Praxis, weil sie überwiegend extrabudgetär vergütet und damit vollständig bezahlt werden.

Wichtige Neuerungen im EBM ab 01.01.2026

EBM – Wichtige Änderungen ab 01.01.2026		EBM NEU 2026
Notfalldatenmanagement		Mutterschutz nach Fehlgeburt (NEU)
01640	Erstanlage Notfalldatensatz (1× im Krankheitsfall)	10,19 €
01641	Überprüfung – ab 2026 ersatzlos gestrichen	gestrichen
01642	Löschen aller Notfalldatensätze	0,13 €
01643	Aktualisierung (1× im Krankheitsfall)	4,97 €
		• 2 Wochen ab Fehlgeburt ≥ 13. SSW • 6 Wochen ab Fehlgeburt ≥ 17. SSW • 8 Wochen ab Fehlgeburt ≥ 20. SSW
		Neu ab 01.01.2026: Muster 9 verwenden – kein Honorar verlangen!
★ Praxis-Beispiel: US 16/3.SSW → keine HA → SSL = 12/5.SSW → med. Abort scheitert → Curettage 7 Tage später. Fehlgeburt in der 17.SSW (Abgang) → 3 Wochen Mutterschutz ✓		

Neben den grundlegenden Abrechnungsregeln und den bekannten Gebührenordnungspositionen weist Dr. Krick im Vortrag auf einige wichtige Änderungen hin, die seit dem 1. Januar 2026 gelten. Dabei stehen zwei Themen im Mittelpunkt: das Notfalldatenmanagement und die neuen Regelungen zum Mutterschutz nach einer Fehlgeburt.

Beide Bereiche zeigen exemplarisch, dass sich Abrechnung und Versorgung kontinuierlich weiterentwickeln. Für gynäkologische Praxen ist es deshalb wichtig, neue Regelungen frühzeitig zu kennen und in die täglichen Abläufe zu integrieren.

Das Notfalldatenmanagement – kleine Leistung, großer Nutzen

Das Notfalldatenmanagement gehört zu den Themen, die Dr. Krick seit Jahren in seinen Fortbildungen anspricht. Nach seiner Einschätzung wurde dieser Bereich lange Zeit in vielen Praxen vernachlässigt, obwohl die Leistungen vergleichsweise einfach zu erbringen und abzurechnen sind.

Der Notfalldatensatz dient dazu, wichtige medizinische Informationen auf der elektronischen Gesundheitskarte zu hinterlegen. Dazu können beispielsweise Allergien, Unverträglichkeiten, relevante Vorerkrankungen oder besondere Risiken gehören.

Dr. Krick nennt als praktisches Beispiel eine Patientin mit einer Penicillinallergie. Solche Informationen können unmittelbar im Notfalldatensatz dokumentiert werden und stehen im Bedarfsfall anderen Behandlern zur Verfügung.

GOP 01640 – Erstanlage des Notfalldatensatzes

Für die erstmalige Anlage eines Notfalldatensatzes steht die GOP 01640 zur Verfügung.

Ab 2026 beträgt die Vergütung **10,19 Euro** pro Krankheitsfall.

Dr. Krick weist darauf hin, dass die Anlage eines Datensatzes oft nur wenige Minuten in Anspruch nimmt. Im Verhältnis zum Aufwand betrachtet er diese Leistung als wirtschaftlich sinnvoll.

Sein Hinweis an die Praxen lautet daher:

Wenn die Möglichkeit besteht, sollte der Notfalldatensatz konsequent genutzt werden.

Neben dem wirtschaftlichen Aspekt steht dabei auch der Nutzen für die Patientinnenversorgung im Vordergrund.

GOP 01641 – Überprüfung gestrichen

Eine wesentliche Änderung betrifft die GOP 01641.

Diese Leistung konnte bislang für die Überprüfung bestehender Notfalldatensätze verwendet werden.

Zum 1. Januar 2026 wurde die GOP jedoch ersatzlos gestrichen.

Dr. Krick erläutert, dass diese Leistung in vielen Praxen regelmäßig genutzt wurde. Die Möglichkeit einer routinemäßigen Überprüfung wurde von den Kostenträgern jedoch als zu großzügig bewertet, sodass die Position nicht weitergeführt wurde.

Für die Praxis bedeutet dies:

Die bisherige Vergütung für die reine Überprüfung entfällt vollständig.

GOP 01642 – Löschen von Notfalldatensätzen

Die GOP 01642 betrifft das Löschen eines Notfalldatensatzes.

Die Vergütung beträgt lediglich **0,13 Euro**.

Dr. Krick äußert sich hierzu sehr deutlich. Aus seiner Sicht steht der administrative Aufwand in keinem sinnvollen Verhältnis zur Vergütung. Deshalb besitzt diese Leistung im Praxisalltag kaum wirtschaftliche Bedeutung.

GOP 01643 – Aktualisierung des Notfalldatensatzes

Deutlich interessanter erscheint die GOP 01643.

Sie ermöglicht die Aktualisierung eines bestehenden Notfalldatensatzes und wird ab 2026 mit **4,97 Euro** vergütet.

Dr. Krick empfiehlt den Praxen ausdrücklich, über eine routinemäßige Aktualisierung nachzudenken.

Verändert sich beispielsweise:

- die Medikation,
- eine Allergie,
- eine relevante Vorerkrankung,
- oder ein anderer wichtiger medizinischer Sachverhalt,

kann dies Anlass sein, den Datensatz anzupassen.

Seine Botschaft ist pragmatisch:

Wenn die Politik die Nutzung solcher digitaler Instrumente fördern möchte und hierfür eine Vergütung vorsieht, sollten Praxen diese Möglichkeiten auch nutzen.

Neuer Mutterschutz nach Fehlgeburt

Der zweite große Themenblock betrifft eine Änderung, die aus Sicht von Dr. Krick weniger die Abrechnung als vielmehr die Betreuung der Patientinnen betrifft.

Seit dem 1. Januar 2026 gelten neue Regelungen zum Mutterschutz nach Fehlgeburten.

Dr. Krick betont ausdrücklich, dass dieses Wissen in jeder gynäkologischen Praxis vorhanden sein sollte.

Gestaffelte Schutzfristen

Die Dauer des Mutterschutzes richtet sich nach dem Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt der Fehlgeburt.

Es gelten folgende Schutzfristen:

Schwangerschaftsalter	Mutterschutz
Fehlgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche	2 Wochen
Fehlgeburt ab der 17. Schwangerschaftswoche	6 Wochen
Fehlgeburt ab der 20. Schwangerschaftswoche	8 Wochen

Damit erhalten betroffene Frauen erstmals einen gesetzlich definierten Schutzanspruch, der sich an der fortgeschrittenen Schwangerschaft orientiert.

Neues Formular Muster 9

Für die Bescheinigung wird seit dem 1. Januar 2026 das neue **Muster 9** verwendet.

Wichtig ist dabei:

Für die Ausstellung dieser Bescheinigung darf kein gesondertes Honorar verlangt werden.

Die Bescheinigung gehört zu den gesetzlichen Verpflichtungen der Praxis.

Die Verantwortung der gynäkologischen Praxis

Besonders eindringlich spricht Dr. Krick über die praktische Umsetzung dieser Regelung.

Er vertritt die Auffassung, dass betroffene Frauen nicht selbst nach ihrem Anspruch auf Mutterschutz fragen müssen.

Vielmehr sollte die Praxis aktiv informieren.

Wenn eine Fehlgeburt oder ein Abort vorliegt, sollte die Patientin von sich aus auf ihren Anspruch hingewiesen werden und die entsprechende Bescheinigung erhalten.

Dr. Krick formuliert dies sinngemäß als eine Verpflichtung der gynäkologischen Praxis, Frauen in einer ohnehin belastenden Situation aktiv zu unterstützen.

Welcher Zeitpunkt ist entscheidend?

Im Vortrag erläutert Dr. Krick ein praxisnahes Beispiel.

Eine Patientin stellt sich in der 16. Schwangerschaftswoche vor. Im Ultraschall zeigt sich keine Herzaktion mehr. Das Kind ist bereits vor einigen Tagen verstorben. Nach einem zunächst erfolglosen medikamentösen Einleitungsversuch erfolgt später eine Kürettage.

Entscheidend ist in diesem Fall nicht der Zeitpunkt des fetalen Versterbens, sondern der Zeitpunkt der tatsächlichen Fehlgeburt beziehungsweise des Abgangs.

Liegt dieser beispielsweise in der 17. Schwangerschaftswoche, gelten die entsprechenden Schutzfristen für eine Fehlgeburt ab der 17. Schwangerschaftswoche.

Für die Praxis ist diese Unterscheidung wichtig, da hiervon die Dauer des Mutterschutzes abhängt.

Fazit

Die Änderungen zum Notfalldatenmanagement zeigen, dass digitale Leistungen zunehmend in die Regelversorgung integriert werden. Während einzelne Leistungen weggefallen sind, eröffnet die Aktualisierung von Notfalldatensätzen weiterhin eine einfache Möglichkeit, Versorgung und Dokumentation miteinander zu verbinden.

Noch wichtiger für die gynäkologische Praxis ist jedoch die neue Regelung zum Mutterschutz nach Fehlgeburten. Sie erweitert die Rechte betroffener Frauen und verlangt von Praxisteams, diese Ansprüche aktiv zu kennen und umzusetzen.

Merksatz

Abrechnung bedeutet nicht nur die Kenntnis von GOPs. Neue gesetzliche Regelungen – wie das Notfalldatenmanagement oder der Mutterschutz nach Fehlgeburt – gehören ebenso zum professionellen Wissen einer modernen gynäkologischen Praxis.

Altersgrenzen und Abrechnungszeiträume

Typische Stolperfallen in der gynäkologischen Praxis

EBM – Altersgrenzen und Abrechnungszeiträume			EBM ZEITRÄUME
<i>Vollendete Lebensjahre = gefeierte Geburtstage</i>			
Leistung	Ab einem Alter von	Ab dann nicht mehr...	Zeiträume
01821/01822	keine Grenze	keine Grenze	Behandlungsfall = Quartal
Vorsorge (oKFE-RL)	20	keine Grenze	
Verhütung »auf Kasse«	keine Grenze	22	Krankheitsfall = 4 Quartale
Verhütung nach sex. Missbrauch	keine Grenze	keine Grenze	
Chlamydientest	keine Grenze	25	Kalenderjahr = Jan-Dez
Palpation der Mammae	30	keine Grenze	
Zyto plus HPV	35	keine Grenze	
Aufklärung + Colo/FOBT	50	keine Grenze	
Mammographie	50	76	

Ein erheblicher Teil von Abrechnungsfehlern entsteht nicht durch falsch dokumentierte Leistungen, sondern durch Unsicherheiten bei Altersgrenzen und Abrechnungszeiträumen. Dr. Krick widmet diesem Thema deshalb einen eigenen Abschnitt und macht deutlich, dass viele Leistungen an bestimmte Altersgrenzen geknüpft sind, während andere unabhängig vom Alter der Patientin erbracht werden können.

Ebenso wichtig ist das Verständnis der Begriffe Behandlungsfall, Krankheitsfall und Kalenderjahr. Diese Begriffe begegnen dem Praxisteam täglich und entscheiden darüber, ob eine Leistung erneut berechnet werden darf oder nicht.

Lebensjahre richtig verstehen

Eine wichtige Grundregel stellt Dr. Krick gleich zu Beginn klar:

Vollendete Lebensjahre entsprechen den bereits gefeierten Geburtstagen.

Eine Frau befindet sich nach ihrem 20. Geburtstag im 20. Lebensjahr. Diese Definition ist für die Abrechnung wichtig, da viele Leistungen an ein bestimmtes Alter gekoppelt sind.

Empfängnisregelung und Verhütungsberatung (GOP 01821/01822)

Für die Leistungen der Empfängnisregelung und Verhütungsberatung bestehen grundsätzlich keine Altersgrenzen.

Das bedeutet, dass die Beratung sowohl bei sehr jungen als auch bei älteren Patientinnen erbracht und abgerechnet werden kann.

Gerade bei jungen Mädchen kann die Beratung bereits sinnvoll sein, bevor Verhütung konkret notwendig wird. Die ärztliche Aufklärung dient dabei der frühzeitigen Information und Prävention.

Krebsfrüherkennung beginnt ab dem 20. Lebensjahr

Die gynäkologische Krebsfrüherkennung nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie kann ab dem vollendeten 20. Lebensjahr durchgeführt werden.

Eine obere Altersgrenze existiert nicht.

Dr. Krick weist ausdrücklich darauf hin, dass auch ältere Patientinnen weiterhin Anspruch auf diese Leistung haben.

Eine 80- oder 90-jährige Patientin verliert ihren Vorsorgeanspruch nicht allein aufgrund ihres Alters. Solange die Patientin die Untersuchung wünscht und medizinisch sinnvoll erscheint, kann die Leistung erbracht und abgerechnet werden.

Verhütung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln.

Nach unten besteht keine Altersgrenze. Bereits sehr junge Patientinnen können einen Anspruch auf eine Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung haben.

Die Kostenübernahme endet jedoch mit Vollendung des 22. Lebensjahres.

Ab dem 22. Geburtstag müssen Verhütungsmittel grundsätzlich selbst bezahlt werden.

Diese Altersgrenze gehört zu den wichtigsten Informationen im Praxisalltag und sollte sowohl dem Praxisteam als auch den Patientinnen bekannt sein.

Verhütung nach sexuellem Missbrauch

Für Maßnahmen zur Verhütung nach sexuellem Missbrauch gelten keine Altersgrenzen.

Dr. Krick betont, dass dies sachgerecht ist, da solche Situationen unabhängig vom Lebensalter auftreten können.

Die Versorgung betroffener Frauen erfolgt daher unabhängig vom Alter der Patientin.

Chlamydien Screening bis zum 25. Lebensjahr

Das Chlamydien Screening gehört zu den häufigsten Präventionsleistungen in gynäkologischen Praxen.

Anspruch besteht bis zum vollendeten 25. Lebensjahr.

Ab dem 25. Geburtstag endet der Anspruch auf das Screening als Kassenleistung.

Dr. Krick weist jedoch auf einen wichtigen Punkt hin:

Die Beratung zur Chlamydienprävention kann unabhängig vom Alter erfolgen. Bereits bei sehr jungen Mädchen, beispielsweise im Rahmen einer HPV-Impfung, kann die Beratung angesprochen und dokumentiert werden.

Da die Chlamydienberatung häufig gemeinsam mit dem ersten gynäkologischen Kontakt erfolgt, empfiehlt er, diese Möglichkeit konsequent zu nutzen.

Palpation der Mammæ ab dem 30. Lebensjahr

Die klinische Untersuchung der Brust gehört ab dem vollendeten 30. Lebensjahr zum Leistungsumfang der gynäkologischen Vorsorge.

Nach oben besteht keine Altersbegrenzung.

Auch ältere Patientinnen haben weiterhin Anspruch auf diese Untersuchung.

Zervixkarzinom-Screening mit Zytologie und HPV-Test

Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr erfolgt die Krebsfrüherkennung am Gebärmutterhals im Rahmen des organisierten Screenings mit Zytologie und HPV-Test.

Auch hier gibt es keine obere Altersgrenze.

Dr. Krick spricht eine Frage an, die in Praxen immer wieder diskutiert wird:

Soll eine 80-jährige Frau, die seit vielen Jahren keinen Geschlechtsverkehr mehr hatte, weiterhin einen HPV-Test erhalten?

Seine Antwort ist eindeutig:

Solange die Patientin die Voraussetzungen des Screenings erfüllt, besteht der Anspruch unabhängig vom Alter.

Darmkrebsprävention ab dem 50. Lebensjahr

Die Beratung zur Darmkrebsfrüherkennung sowie die Aufklärung über Koloskopie oder immunologische Stuhltests beginnen ab dem 50. Lebensjahr.

Auch hier existiert keine obere Altersgrenze.

Dr. Krick weist darauf hin, dass gerade bei Neupatientinnen über 50 Jahren geprüft werden sollte, ob eine entsprechende Aufklärung bereits erfolgt ist.

Ist dies nicht bekannt oder nicht dokumentiert, sollte die Beratung durchgeführt werden.

Mammographie-Screening

Eine wichtige Neuerung betrifft das Mammographie-Screening.

Der Anspruch besteht derzeit:

- ab dem 50. Lebensjahr
- bis einschließlich zum 75. Lebensjahr

Ab dem 76. Geburtstag besteht kein Anspruch mehr auf das organisierte Mammographie-Screening.

Dr. Krick weist darauf hin, dass die Diskussion über eine Absenkung der Altersgrenze weiterhin geführt wird, da Mammakarzinome zunehmend auch bei jüngeren Frauen diagnostiziert werden.

Abrechnungszeiträume richtig verstehen

Neben den Altersgrenzen gehören die verschiedenen Abrechnungszeiträume zu den häufigsten Fehlerquellen.

Viele GOPs dürfen nur einmal innerhalb eines bestimmten Zeitraums berechnet werden. Deshalb ist es wichtig, die Begriffe korrekt zu unterscheiden.

Der Behandlungsfall

Der Behandlungsfall entspricht dem Quartal.

Dr. Krick formuliert dies bewusst einfach:

Wenn die Patientin in diesem Quartal in der Praxis war, dann handelt es sich um einen Behandlungsfall.

Dabei spielt es keine Rolle, ob ein ausführlicher Arztkontakt stattgefunden hat oder lediglich ein Rezept ausgestellt wurde.

Für die Abrechnung gilt:

Behandlungsfall = ein Quartal

Der Krankheitsfall

Der Krankheitsfall umfasst vier aufeinanderfolgende Quartale.

Er beginnt mit dem Quartal, in dem die Leistung erstmals erbracht wurde.

Beispielsweise kann ein Krankheitsfall vom dritten Quartal 2025 bis zum dritten Quartal 2026 reichen.

Wichtig ist:

Der Krankheitsfall orientiert sich nicht am Kalenderjahr.

Das Kalenderjahr

Das Kalenderjahr ist die einfachste Zeitdefinition.

Es umfasst den Zeitraum:

1. Januar bis 31. Dezember

Viele Vorsorgeleistungen orientieren sich an diesem Zeitraum.

Die wichtigste Merkhilfe

Dr. Krick empfiehlt eine einfache Gedächtnisstütze:

- **Behandlungsfall = Quartal**
- **Krankheitsfall = vier Quartale**
- **Kalenderjahr = Januar bis Dezember**

Wer diese drei Begriffe sicher beherrscht, vermeidet bereits einen großen Teil der typischen Abrechnungsfehler.

Praxistipp

Altersgrenzen und Zeiträume sollten nicht dem Zufall überlassen werden. Moderne Praxissoftware kann viele dieser Regeln automatisch prüfen. Dennoch bleibt es wichtig, dass MFA und Ärztinnen bzw. Ärzte die Grundprinzipien kennen. Nur so können Plausibilitätsprüfungen verstanden und Fehler rechtzeitig erkannt werden.

Merksatz

Viele Abrechnungsfehler entstehen nicht durch falsche GOPs, sondern durch falsch beurteilte Altersgrenzen und Zeiträume. Wer Behandlungsfall, Krankheitsfall und Kalenderjahr sicher unterscheiden kann, vermeidet zahlreiche Honorarverluste.

Big Points nicht vergessen – die wichtigsten Honorartreiber im Praxisalltag

Big Points nicht vergessen !

EBM PRAXISTIPPS

- Ordinationsziffer bei jedem Erst-Kontakt im Quartal!
(auch das Rezept, welches kurz persönlich übergeben wird)
- TSVG: offene Sprechstunde exakt kodieren (bis zu 17,5% extrabudgetär) !
- Auf ~~KV~~ KFU (01760 / 01761) achten !
- Chlamydienberatung (01823) konsequent zu 01821 u 01822 (alle 4 Quartale)
- 01770 beim Erst-Kontakt im Quartal in der Schwangerschaft !
- Da 01770 nicht mehr im postpartalen Quartal abgerechnet werden darf, wurden das CTG (01786) und die Nachsorge (01815) aufgewertet
→ CTG-Indikation großzügig stellen
→ Nachsorge zwei Mal (!) abrechenbar (1.Woche & 6-8 Wochen pp)

Nach den Grundlagen zu EBM, Budgets und Abrechnungsregeln widmet sich Dr. Krick einem Thema, das ihm besonders am Herzen liegt. Er unterscheidet dabei zwischen dem „Kleinvieh“, also vielen kleinen zusätzlichen Leistungen, und den „Big Points“ – den wenigen Leistungen und Abläufen, die einen besonders großen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit einer Praxis haben.

Seine Botschaft ist eindeutig:

Bevor man sich um seltene Sonderfälle kümmert, sollten zunächst die wichtigsten Standardleistungen konsequent erkannt, dokumentiert und abgerechnet werden.

Gerade hier entstehen nach seiner Erfahrung die größten Honorarverluste.

Die Ordinationsziffer – der wichtigste Kontakt im Quartal

Für Dr. Krick ist die Ordinationsziffer der wichtigste einzelne Abrechnungspunkt in der vertragsärztlichen Versorgung.

Sie gehört bei jedem ersten Arzt-Patientinnen-Kontakt eines Quartals zur Basis der Abrechnung. Erst durch diesen Kontakt entsteht der abrechnungsrelevante Behandlungsfall.

Die Ordinationsziffer hat dabei eine deutlich größere Bedeutung als ihr reiner Geldwert vermuten lässt. Sie eröffnet den Behandlungsfall, bildet die Grundlage für weitere Leistungen und ist damit gewissermaßen der Einstieg in die gesamte Quartalsabrechnung.

Dr. Krick betont ausdrücklich, dass hierfür ein persönlicher Arzt-Patientinnen-Kontakt erforderlich ist. Deshalb empfiehlt er, beispielsweise auch die persönliche Übergabe eines Rezeptes nicht rein organisatorisch abzuwickeln, sondern mit einem kurzen Arztkontakt zu verbinden.

Ein kurzer Austausch wie „Geht es Ihnen gut?“ oder „Kommen Sie mit der Therapie zurecht?“ genügt häufig bereits, um einen persönlichen Kontakt herzustellen.

Sein Argument ist pragmatisch: Würde eine Praxis ausschließlich die Patientinnen abrechnen können, mit denen lange Gespräche geführt werden, wäre die ambulante Versorgung wirtschaftlich kaum tragfähig. Das System funktioniert auch deshalb, weil kurze persönliche Kontakte als Behandlungsfälle anerkannt werden.

Die offene Sprechstunde konsequent nutzen

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft die offene Sprechstunde nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG).

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Regelung möglicherweise nur noch zeitlich begrenzt zur Verfügung steht. Umso wichtiger sei es, die vorhandenen Möglichkeiten konsequent zu nutzen.

Patientinnen, die kurzfristig, akut oder ungeplant in die Praxis kommen, können häufig als offene Sprechstunde erfasst werden. Die exakte Kennzeichnung ist dabei entscheidend.

Die Weichen werden nach seiner Einschätzung bereits an der Anmeldung gestellt.

Gerade Medizinische Fachangestellte spielen hierbei eine zentrale Rolle. Sie entscheiden häufig durch die korrekte Terminart, ob eine Leistung später als offene Sprechstunde erkannt und vergütet werden kann.

Der wirtschaftliche Effekt ist erheblich:

Leistungen der offenen Sprechstunde werden extrabudgetär vergütet. Bis zu 17,5 Prozent der Fälle können auf diese Weise außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden.

Dr. Krick appelliert deshalb ausdrücklich an die Teams, kurzfristige und akute Vorstellungen konsequent als offene Sprechstunde zu kennzeichnen.

Krebsfrüherkennung konsequent nutzen

Ein weiterer „Big Point“ sind die Leistungen der Krebsfrüherkennung.

Die GOP 01760 und 01761 gehören zu den wichtigsten extrabudgetären Leistungen der gynäkologischen Praxis.

Da diese Leistungen vollständig vergütet werden, besitzen sie eine hohe wirtschaftliche Bedeutung.

Gleichzeitig erfüllen sie einen zentralen medizinischen Zweck, nämlich die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen.

Dr. Krick empfiehlt deshalb, die Vorsorgeintervalle konsequent im Blick zu behalten.

Kommt beispielsweise eine Patientin nach längerer Zeit wieder in die Praxis, sollte geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung erfüllt sind.

Gerade bei Patientinnen mit unregelmäßigen Praxisbesuchen kann dies helfen, keine Vorsorgeleistung zu übersehen.

Die Chlamydienberatung nicht vergessen

Ein weiterer häufiger Honorarverlust entsteht nach Erfahrung von Dr. Krick durch die fehlende Abrechnung der Chlamydienberatung.

Die GOP 01823 sollte konsequent gemeinsam mit den GOP 01821 und 01822 geprüft werden.

Da die Beratung im Krankheitsfall abrechenbar ist, kann sie grundsätzlich alle vier Quartale erneut angesetzt werden.

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Leistung über Jahre hinweg in vielen Praxen kaum berücksichtigt wurde.

Deshalb empfiehlt er, die Beratung systematisch in die Praxisabläufe zu integrieren und regelmäßig zu überprüfen.

Die meisten Praxisverwaltungssysteme unterstützen dies inzwischen durch entsprechende Plausibilitätsprüfungen.

Die Schwangerschaftsbetreuung beginnt mit der GOP 01770

Für die Betreuung schwangerer Patientinnen nennt Dr. Krick eine einfache Regel:

Beim ersten Kontakt einer Schwangeren im Quartal sollten sofort zwei Leistungen geprüft werden:

- die Ordinationsziffer
- die GOP 01770

Diese Leistung gehört zu den wirtschaftlich wichtigsten Gebührenordnungspositionen der gynäkologischen Praxis und sollte nach seiner Ansicht fest in den Arbeitsabläufen verankert sein.

Er formuliert dies bewusst sehr deutlich:

Bei jeder Schwangeren sollte die 01770 automatisch mitgedacht werden.

Erst danach wird geprüft, welche weiteren Leistungen zusätzlich berechnet werden können.

CTG und Nachsorge wurden aufgewertet

Früher konnte die GOP 01770 auch im postpartalen Quartal angesetzt werden.

Diese Möglichkeit besteht heute nicht mehr.

Um diesen Wegfall auszugleichen, wurden andere Leistungen aufgewertet.

Besonders betroffen sind:

- die GOP 01786 (CTG)
- die GOP 01815 (Nachsorge)

Beide Leistungen wurden mit zusätzlichen Punkten ausgestattet und damit wirtschaftlich attraktiver gestaltet.

CTG-Indikationen bewusst prüfen

Dr. Krick empfiehlt, die Indikation für ein CTG sorgfältig, aber nicht unnötig zurückhaltend zu stellen.

Gerade bei Unsicherheiten oder besonderen Betreuungssituationen könne ein CTG medizinisch sinnvoll sein und gleichzeitig eine korrekt vergütete Leistung darstellen.

Wichtig bleibt selbstverständlich die medizinische Begründung und die vollständige Dokumentation.

Die Nachsorge kann zweimal abgerechnet werden

Besonders eindringlich weist Dr. Krick auf eine Möglichkeit hin, die nach seiner Erfahrung häufig vergessen wird.

Die GOP 01815 kann zweimal angesetzt werden:

- einmal innerhalb der ersten Woche nach der Geburt,
- ein zweites Mal im Rahmen der klassischen Nachsorge sechs bis acht Wochen post partum.

Viele Praxen nutzen lediglich den späteren Nachsorgetermin und verzichten dadurch auf eine abrechnungsfähige Leistung.

Dr. Krick empfiehlt deshalb, feste Abläufe für die Betreuung frisch entbundener Frauen zu etablieren.

Dies kann beispielsweise durch einen frühen Kontrolltermin, einen telefonischen Kontakt oder einen anderen strukturierten Nachsorgeprozess erfolgen.

Neben der Abrechnung verbessert dies gleichzeitig die Betreuung der Patientinnen in einer besonders sensiblen Lebensphase.

Fazit

Die sogenannten „Big Points“ zeigen, dass wirtschaftlicher Erfolg häufig nicht von komplizierten Spezialleistungen abhängt. Entscheidend sind vielmehr die regelmäßig vorkommenden Leistungen, die täglich erbracht werden und deren vollständige Erfassung einen erheblichen Einfluss auf das Honorar haben.

Die Ordinationsziffer, die offene Sprechstunde, die Krebsfrüherkennung, die Chlamydienberatung, die Schwangerschaftsbetreuung sowie CTG- und Nachsorgeleistungen gehören zu den Bereichen, die jede gynäkologische Praxis sicher beherrschen sollte.

Merksatz

Die größten Honorarverluste entstehen selten bei komplizierten Leistungen. Sie entstehen dort, wo häufige Standardleistungen nicht erkannt, nicht dokumentiert oder nicht vollständig abgerechnet werden.

Kleinvieh macht auch Mist

Wie viele kleine Leistungen zu einem spürbaren Honorar beitragen

Kleinvieh macht auch Mist ...

EBM PRAXISTIPPS

- **Controlling über**
 - Stichproben der Abrechnung
 - Tageslisten
 - Prüfstatistiken in der eigenen Software (erstellen (lassen))
 - Vergleich mit Fachgruppe (liegt jeder KV-Abrechnung bei)
- **Neue Ziffern wie**
 - Befüllung Notfalldatensatz 01640 (9,19€)
 - ab 01.01.26: Aktualisierung Notfalldatensatz 01643 (4,49€)
 - Aufklärung NIPT (01789 = 9,46€) (4x !) und Rhesus (01788 = 9,65€) (2x !)
- **Tipps (EBM und GOÄ):**
 - EBM: 01764 IMMER abrechenbar, wenn Dysplasie oder Zytologie die Untersuchung empfohlen hat
 - EBM: NIPT : O35.9:
Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Anomalie oder Schädigung des Fetus, nicht näher bezeichnet
 - GOÄ: NMP 22 Begründung
Die o.g. Untersuchung war aus medizinischen Gründen erforderlich, um weitere aufwändigere und kostenträchtigere Untersuchungen zu vermeiden.

Nachdem Dr. Krick die großen Honorartreiber („Big Points“) vorgestellt hat, richtet er den Blick auf die vielen kleinen Leistungen und organisatorischen Maßnahmen, die im Praxisalltag häufig übersehen werden. Jede einzelne dieser Leistungen bringt nur einen vergleichsweise geringen Betrag. In der Summe können sie jedoch einen erheblichen Unterschied machen.

Die zentrale Botschaft lautet:

Wirtschaftlicher Erfolg entsteht nicht nur durch die großen Leistungen, sondern auch durch konsequentes Controlling, strukturierte Abläufe und die vollständige Nutzung kleiner, aber regelmäßig abrechenbarer Leistungen.

Controlling als fester Bestandteil des Praxismanagements

Dr. Krick betont, dass eine gute Abrechnung nicht allein von der Kenntnis der GOPs abhängt. Ebenso wichtig ist die regelmäßige Kontrolle der eigenen Prozesse.

Dabei spielt es keine Rolle, ob die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber die Abrechnung selbst erstellt oder diese Aufgabe an Mitarbeitende delegiert.

Entscheidend ist, dass regelmäßig überprüft wird, ob Leistungen vollständig dokumentiert und abgerechnet wurden.

Stichproben und Tageslisten

Eine einfache Möglichkeit besteht darin, regelmäßig Stichproben der Abrechnung durchzuführen.

Dabei können beispielsweise einzelne Patientenakten überprüft werden, um festzustellen, ob alle Leistungen erfasst wurden.

Ebenso hilfreich sind Tageslisten.

Sie ermöglichen es, Fälle zu identifizieren, bei denen zwar eine Versichertenkarte eingelesen wurde, aber keine Leistung dokumentiert wurde.

Solche Fälle sollten immer überprüft werden, da hier häufig Honorar verloren geht.

Prüfstatistiken der Praxissoftware nutzen

Dr. Krick empfiehlt ausdrücklich, die Auswertungsmöglichkeiten moderner Praxissoftware zu nutzen.

Viele Programme können gezielte Listen erzeugen, beispielsweise:

- Patientinnen unter 25 Jahren mit Empfängnisregelungsleistungen, aber ohne Chlamydienberatung
- Patientinnen über 50 Jahren ohne dokumentierte Darmkrebsberatung
- Fälle ohne abgerechnete GOP
- Anteil der offenen Sprechstunden
- Schwangerschaftsfälle ohne bestimmte Standardleistungen

Solche Auswertungen helfen, systematische Lücken frühzeitig zu erkennen.

Vergleich mit der Fachgruppe

Ein weiterer wichtiger Baustein des Controllings ist der Vergleich mit der eigenen Fachgruppe.

Jeder KV-Abrechnung liegt eine entsprechende Statistik bei.

Diese zeigt, wie häufig bestimmte Leistungen im Vergleich zu anderen gynäkologischen Praxen abgerechnet werden.

Der Vergleich dient dabei zwei Zielen:

Einerseits lassen sich Potenziale erkennen. Wenn andere Praxen bestimmte Leistungen deutlich häufiger abrechnen, lohnt sich die Frage, ob diese Leistungen in der eigenen Praxis möglicherweise übersehen werden.

Andererseits hilft der Vergleich bei der Plausibilitätskontrolle. Werden bestimmte Leistungen deutlich häufiger als in der Fachgruppe erbracht, kann dies später Rückfragen der Kassenärztlichen Vereinigung auslösen.

Neue Gebührenordnungspositionen im Blick behalten

Ein weiterer Rat von Dr. Krick lautet:

Neue GOPs sollten konsequent verfolgt und in bestehende Praxisabläufe integriert werden.

Gerade kleinere neue Leistungen werden häufig übersehen, obwohl sie mit wenig Aufwand verbunden sind.

Notfalldatenmanagement

Zu den wichtigsten neueren Leistungen zählt das Notfalldatenmanagement.

Hierzu gehören insbesondere:

GOP 01640

Erstanlage eines Notfalldatensatzes

GOP 01643

Aktualisierung eines bestehenden Notfalldatensatzes (ab 2026)

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Leistungen schnell erbracht werden können und deshalb in geeigneten Situationen routinemäßig geprüft werden sollten.

Aufklärung zum NIPT

Ein weiterer Bereich betrifft die Beratung zum nichtinvasiven Pränataltest (NIPT).

Die GOP **01789** wird mit rund zehn Euro vergütet und kann im Verlauf einer Schwangerschaft mehrfach angesetzt werden.

Dr. Krick empfiehlt, feste Zeitpunkte innerhalb der Schwangerschaft festzulegen, an denen diese Beratung routinemäßig erfolgt.

Dadurch wird sichergestellt, dass die Leistung weder vergessen noch uneinheitlich dokumentiert wird.

Beratung zur Rhesusprophylaxe

Auch die Beratung zur Rhesusprophylaxe (GOP 01788) sollte nach seiner Auffassung in feste Praxisabläufe integriert werden.

Voraussetzung ist selbstverständlich eine rhesusnegative Schwangere.

Die Leistung ist zwar nicht spektakulär, trägt aber in der Summe zu einer vollständigen Abrechnung bei.

Praktische Abrechnungstipps aus dem Praxisalltag

Neben den allgemeinen Empfehlungen nennt Dr. Krick einige konkrete Hinweise, die nach seiner Erfahrung häufig übersehen werden.

GOP 01764 bei empfohlenen Kontrolluntersuchungen

Die GOP 01764 kann nach seinen Angaben immer dann angesetzt werden, wenn eine Kontrolluntersuchung aufgrund einer Empfehlung der Dysplasiesprechstunde oder der Zytologie erfolgt.

Gerade bei auffälligen Vorbefunden wird diese Möglichkeit nach seiner Erfahrung häufig nicht genutzt.

Er empfiehlt deshalb, diese GOP bewusst im Blick zu behalten.

Diagnosekodierung beim NIPT

Im Zusammenhang mit dem NIPT empfiehlt Dr. Krick, die Diagnose

O35.9

Betreuung der Mutter bei Verdacht auf Anomalie oder Schädigung des Fetus, nicht näher bezeichnet

konsequent zu dokumentieren, wenn die Betreuungssituation dies rechtfertigt.

Dies schafft eine nachvollziehbare medizinische Grundlage für die Beratung und Dokumentation.

Hinweis zur GOÄ und NMP2

Zum Abschluss gibt Dr. Krick noch einen praktischen Hinweis aus dem privatärztlichen Bereich.

Beim Tumormarker **NMP22** berichtet er von Erfahrungen, dass private Krankenversicherungen die Erstattung teilweise ablehnen.

Als hilfreiche Begründung nennt er:

Die Untersuchung war aus medizinischen Gründen erforderlich, um weiterführende, aufwendigere und kostenintensivere Untersuchungen zu vermeiden.

Dieser Hinweis stammt nach seinen Angaben aus dem Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen und soll die Erstattungsfähigkeit in geeigneten Fällen unterstützen.

Fazit

Der wirtschaftliche Erfolg einer Praxis hängt nicht allein von wenigen großen Leistungen ab. Ebenso wichtig sind klare Routinen, regelmäßige Kontrolle der Abrechnung und die konsequente Nutzung kleiner, aber berechtigter Gebührenordnungspositionen.

Viele dieser Leistungen bewegen sich im Bereich von wenigen Euro pro Fall. Werden sie jedoch systematisch erfasst, können sie über ein Quartal hinweg einen relevanten Beitrag zum Praxishonorar leisten.

Merksatz

Nicht jede wichtige GOP bringt hohe Beträge. Oft entsteht zusätzliches Honorar durch viele kleine Leistungen, die konsequent erkannt, dokumentiert und abgerechnet werden. Regelmäßiges Controlling sorgt dafür, dass diese Leistungen nicht verloren gehen.

Häufig vergessene Ziffern – kleine Leistungen mit großem Potenzial

EBM – Häufig vergessene Ziffern

EBM PRAXISTIPPS

Diese Ziffern werden oft übersehen – dabei sind sie täglich relevant!

01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme (196 P)	24,97 €	01790	Beratung GenDG bei positivem NIPT (166 P) <u>4 Mal!</u>	21,15 €
01435	Telefonische Bereitschaftspauschale 1x/Quartal (9 P)	1,07 €	01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin (275 P) (ZWEI MAL !)	35,04 €
01640	Erstanlage Notfalldatensatz (80 P)	10,19 €	01822	Beratung inkl. Untersuchung Empfängnisregelung (113 P)	14,40 €
01643	Aktualisierung Notfalldatensatz 1x/Krankheitsfall = 4 Quartale (39 P)	4,97 €	01830	Applikation eines IUP (178 P) (Bitte NICHT !!!)	22,68 €
01645	Beratung Zweitmeinungsverfahren (75 P)	9,56 €	01831	US-Kontrolle nach IUP-Applikation – keine Altersgrenze	16,56 €
01735	Beratung Früherkennungsuntersuchung (103 P) 20.-22.Lj (Cervix)–1mal nur 2 Quartale nach KV!	13,12 €	01823 / 01824	Chlamydien-Beratung / Untersuchung (50 P)	6,37 €
01788/01789	Beratung GenDG zu NIPT-RHD/ NIPT (84 P) <u>4 Mal!</u>	10,70 €	08340	Gewinnung Zellmaterial Gebärmutterhöhle (53 P)	6,75 €

Zum Abschluss seines EBM-Teils stellt Dr. Krick eine Reihe von Gebührenordnungspositionen vor, die im Praxisalltag häufig übersehen werden. Viele dieser Leistungen sind keine großen Honorartreiber, werden jedoch regelmäßig erbracht, ohne konsequent dokumentiert oder abgerechnet zu werden.

Seine Botschaft lautet:

Nicht jede vergessene Leistung kostet viel Geld. Aber viele vergessene Leistungen zusammen können über ein Quartal hinweg einen spürbaren Unterschied machen.

GOP 01100 – Unvorhergesehene Inanspruchnahme

Eine der am häufigsten übersehenen Leistungen ist die GOP 01100.

Sie betrifft Situationen, in denen Ärztinnen oder Ärzte außerhalb der regulären Sprechzeiten medizinisch in Anspruch genommen werden.

Typische Beispiele sind:

- telefonische Kontakte außerhalb der Praxiszeiten,
- Anfragen am Wochenende,
- spontane medizinische Beratungen außerhalb der Praxis,
- ungeplante ärztliche Kontakte mit medizinischem Beratungscharakter.

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Leistung mit rund 25 Euro bewertet ist und deshalb nicht vergessen werden sollte.

GOP 01435 – Telefonische Bereitschaftspauschale

Die GOP 01435 bewertet Dr. Krick eher kritisch.

Mit einer Vergütung von etwas mehr als einem Euro besitzt sie aus seiner Sicht nur geringe praktische Relevanz.

Sie kann jedoch sinnvoll sein, wenn ausschließlich ein telefonischer Kontakt stattgefunden hat und im betreffenden Quartal kein persönlicher Arzt-Patientinnen-Kontakt erfolgt.

Sobald eine Ordinationsziffer abgerechnet wird, entfällt die Pauschale ohnehin wieder.

GOP 01640 und 01643 – Notfalldatenmanagement

Erneut weist Dr. Krick auf die Möglichkeiten des Notfalldatenmanagements hin.

Hierzu gehören:

- GOP 01640: Erstanlage eines Notfalldatensatzes
- GOP 01643: Aktualisierung eines Notfalldatensatzes

Beide Leistungen werden nach seiner Erfahrung noch immer zu selten genutzt, obwohl sie mit geringem Aufwand verbunden sind.

GOP 01645 – Beratung zum Zweitmeinungsverfahren

Eine häufig übersehene Leistung ist die GOP 01645.

Sie kann angesetzt werden, wenn eine Patientin über ihr gesetzliches Recht auf eine Zweitmeinung informiert wird.

Für die Gynäkologie spielt dies insbesondere bei geplanten Hysterektomien eine Rolle.

Wenn einer Patientin eine Gebärmutterentfernung empfohlen wird und sie über die Möglichkeit einer zweiten fachärztlichen Einschätzung aufgeklärt wird, kann diese Leistung abgerechnet werden.

Dr. Krick sieht hierin eine unkomplizierte Möglichkeit, eine ohnehin erforderliche Beratung korrekt abzubilden.

GOP 01735 – Beratung zur Früherkennung

Besonders interessant findet Dr. Krick die GOP 01735.

Sie dient der Beratung über Früherkennungsuntersuchungen und kann einmal im Leben zwischen dem 20. und 22. Lebensjahr der Patientin abgerechnet werden.

Dabei gelten einige Besonderheiten:

- nur einmal im Leben abrechenbar,
- nur innerhalb des Anspruchszeitraums zwischen dem 20. und 22. Geburtstag,
- nicht im gleichen Quartal wie die Vorsorgeuntersuchung,
- nicht im unmittelbar folgenden Quartal,
- praktisch meist zwei Quartale nach der Vorsorge ansetzbar.

Gerade weil diese Regelung vergleichsweise kompliziert ist, wird die Leistung nach Einschätzung von Dr. Krick häufig übersehen.

GOP 01788 und 01789 – GenDG-Beratung in der Schwangerschaft

Für die Beratung im Zusammenhang mit genetischen Untersuchungen nennt Dr. Krick die GOPs:

- 01788 (Rhesusfaktor)
- 01789 (NIPT)

Diese Leistungen können im Verlauf einer Schwangerschaft mehrfach angesetzt werden.

Er empfiehlt deshalb, feste Praxisabläufe zu definieren, damit diese Beratungen systematisch dokumentiert und abgerechnet werden.

GOP 01790 – Beratung bei auffälligem NIPT

Liegt ein auffälliger NIPT-Befund vor, kann die GOP 01790 angesetzt werden.

Dr. Krick macht deutlich, dass der Beratungsaufwand in diesen Situationen erheblich ist.

Die betroffenen Schwangeren benötigen häufig ausführliche Informationen, weitere Diagnostik und intensive Begleitung.

Deshalb hält er die gesonderte Vergütung dieser Leistung für fachlich und wirtschaftlich gerechtfertigt.

GOP 01815 – Nachsorge bei Wöchnerinnen

Ein wichtiger Hinweis betrifft erneut die Nachsorgeleistung 01815.

Diese kann zweimal abgerechnet werden:

- einmal in der frühen postpartalen Phase,
- einmal im Rahmen der klassischen Nachsorge sechs bis acht Wochen nach der Geburt.

Nach seiner Erfahrung wird die erste Abrechnungsmöglichkeit häufig vergessen.

GOP 01822 – Beratung zur Empfängnisregelung

Auch die Beratung zur Empfängnisregelung wird nach Einschätzung von Dr. Krick oft nicht konsequent genutzt.

Dabei gehört sie zu den typischen Leistungen des gynäkologischen Praxisalltags und sollte regelmäßig geprüft werden.

GOP 01830 – Einlage eines Intrauterinpessars (IUP)

Besonders deutlich äußert sich Dr. Krick zur GOP 01830.

Diese betrifft die Einlage eines Intrauterinpessars als Kassenleistung.

Seine persönliche Einschätzung lautet:

Der Aufwand für Beratung, Aufklärung, Einlage, Nachbetreuung und mögliche Komplikationen steht aus seiner Sicht in keinem angemessenen Verhältnis zur Vergütung.

Deshalb empfiehlt er, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen solcher Leistungen sorgfältig zu prüfen.

Wichtig ist hierbei:

Diese Aussage stellt die persönliche Einschätzung des Referenten dar und keine rechtliche oder abrechnungstechnische Vorgabe.

GOP 01831 – Ultraschallkontrolle nach IUP-Einlage

Deutlich positiver bewertet Dr. Krick die GOP 01831.

Die sonographische Kontrolle nach einer IUP-Einlage kann auch dann als Kassenleistung erfolgen, wenn die Spirale zuvor privat gelegt wurde.

Diese Möglichkeit wird nach seiner Erfahrung häufig übersehen.

GOP 01823 und 01824 – Chlamydienberatung und Chlamydienscreening

Die Chlamydienberatung (01823) wurde bereits mehrfach angesprochen.

Ergänzend weist Dr. Krick auf die GOP 01824 hin.

Diese setzt voraus, dass neben der Beratung auch tatsächlich Chlamydienuntersuchungen durchgeführt werden.

Entscheidend ist das Verhältnis zwischen:

- beratenen Patientinnen
- tatsächlich getesteten Patientinnen

Nur wenn die Untersuchungen in ausreichendem Umfang erfolgen, kann die entsprechende Vergütung vollständig berücksichtigt werden.

GOP 08340 – Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle

Die GOP 08340 wird nach seiner Erfahrung ebenfalls häufig vergessen.

Sie betrifft die Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle.

Typische Situationen sind beispielsweise:

- Entfernung eines Intrauterinpeessars mit anschließender pathologischer Untersuchung,
- Gewinnung von Material für zytologische Untersuchungen,
- diagnostische Materialentnahmen aus der Gebärmutterhöhle.

Wird entsprechendes Material gewonnen und untersucht, sollte geprüft werden, ob die GOP 08340 abrechnungsfähig ist.

Fazit

Die häufig vergessenen Ziffern zeigen, dass zahlreiche abrechnungsfähige Leistungen im Alltag schlicht übersehen werden. Dabei handelt es sich meist nicht um komplexe Spezialleistungen, sondern um Beratungen, Dokumentationen oder Routineabläufe, die ohnehin stattfinden.

Dr. Kricks Empfehlung lautet deshalb, diese GOPs in feste Praxisabläufe einzubinden und regelmäßig über Auswertungen der Praxissoftware zu kontrollieren.

Merksatz

Viele Honorarverluste entstehen nicht durch fehlende Leistungen, sondern durch Leistungen, die erbracht, aber nicht dokumentiert oder nicht abgerechnet werden. Gerade die häufig vergessenen GOPs verdienen deshalb besondere Aufmerksamkeit.

GOÄ – Grundlagen der privatärztlichen Abrechnung

GOÄ – Grundsätzliches

GOÄ GRUNDLAGEN

Honorar = Punktzahl × 5,82873 Ct × Steigerungsfaktor | Punktwert unverändert seit 1996!
(seitdem > 60 % Inflation!)

1,0×	1,8×	2,3×	3,5×
Mindestsatz	Regelwert Schwangere (§ 5a GOÄ)	Regelhöchstsat (kein Begründungszwang)	Höchstsat (mit Begründung)
Selten		Standard!	Schriftlich!

GOÄ NEU:

Technische & Labor-Leistungen schlechter bezahlt – Gesprächsleistungen besser

✓ Verlangens- und Früherkennungsleistungen müssen gesondert gekennzeichnet werden

Belegfreie Auslagengrenze: 100,- € (früher 25,56 €)

★ GEKO (BÄK + PKV): kontinuierliche Weiterentwicklung geplant

Mit dem Wechsel vom EBM zur GOÄ macht Dr. Krick deutlich, dass sich die Logik der Abrechnung grundlegend verändert. Während im EBM-Budgets, Regelleistungsvolumina und extrabudgetäre Leistungen eine große Rolle spielen, basiert die GOÄ auf einem anderen Prinzip: Jede Leistung besitzt einen festen Punktwert und kann über einen Steigerungsfaktor an Aufwand und Schwierigkeit angepasst werden.

Dabei stellt Dr. Krick gleich zu Beginn fest, dass die GOÄ wirtschaftlich unter erheblichem Druck steht.

Der Punktwert der GOÄ wurde seit 1996 nicht verändert und beträgt weiterhin **5,82873 Cent pro Punkt**. Nach seiner Darstellung entspricht dies bei einer zwischenzeitlichen Inflation von deutlich über 60 Prozent einer erheblichen realen Honorarminderung.

Wie berechnet sich das GOÄ-Honorar?

Die Grundformel lautet:

Honorar = Punktzahl × Punktwert × Steigerungsfaktor

Jede Leistung besitzt eine festgelegte Punktzahl. Der Punktwert ist gesetzlich definiert. Die eigentliche Gestaltungsmöglichkeit liegt im Steigerungsfaktor.

Gerade dieser Faktor ist nach Auffassung von Dr. Krick einer der wichtigsten Unterschiede zwischen GOÄ und EBM.

Der 1,0-fache Satz – der Mindestsatz

Der Einzelsatz entspricht dem Mindestfaktor von 1,0.

Dr. Krick betont, dass dieser Satz nur in Ausnahmefällen verwendet werden sollte.

Er nennt als Beispiele:

- besondere soziale Situationen,
- Kulanzfälle,
- Patientinnen ohne regulären Versicherungsschutz,
- freiwillige Preisreduzierungen aus individuellen Gründen.

In seiner eigenen Praxis verwendet er den Einzelsatz praktisch nur bei Kassenpatientinnen, die während eines laufenden Quartals die Praxis wechseln möchten und deshalb bis zum Quartalsende privat behandelt werden müssen.

Der 1,8-fache Satz – der Regelwert

Der Faktor 1,8 entspricht dem sogenannten Regelwert.

Für Schwangere ist dieser Satz nach § 5a GOÄ besonders relevant und wird häufig als Orientierung herangezogen.

In vielen Praxen spielt dieser Faktor heute jedoch eine eher untergeordnete Rolle, da häufig höhere Steigerungssätze verwendet werden.

Der 2,3-fache Satz – der praktische Standard

Nach Auffassung von Dr. Krick sollte der 2,3-fache Satz in der täglichen Praxis der Standard sein.

Der entscheidende Vorteil:

Bis zum Faktor 2,3 ist keine besondere schriftliche Begründung erforderlich.

Er bezeichnet diesen Satz ausdrücklich als den wirtschaftlich sinnvollen Regelsatz einer modernen Privatpraxis.

Vor dem Hintergrund des seit Jahrzehnten unveränderten Punktwertes sieht er den 2,3-fachen Satz nicht als Ausnahme, sondern als angemessene Standardvergütung.

Der 3,5-fache Satz – mit Begründung

Der Höchstsatz liegt bei dem Faktor 3,5.

Dieser darf verwendet werden, wenn der erhöhte Aufwand nachvollziehbar begründet wird.

Als mögliche Begründungen nennt Dr. Krick beispielsweise:

- besonders komplexe Krankheitsbilder,
- aufwendige Differentialdiagnostik,
- zeitintensive Beratung,
- Mehrorganuntersuchungen,
- außergewöhnlicher Untersuchungsaufwand.

Wichtig ist dabei, dass die Begründung schriftlich dokumentiert und auf der Rechnung nachvollziehbar ausgewiesen wird. Nach seiner Erfahrung werden solche Begründungen von den privaten Krankenversicherungen in der Regel akzeptiert.

Privatpatientinnen und Quartalswechsel

Einen praxisnahen Exkurs widmet Dr. Krick dem Wechsel einer Schwangeren während eines laufenden Quartals.

Da die bisherige Praxis die Quartalspauschale bereits erhalten hat, kann die neue Praxis für die verbleibende Zeit keine EBM-Leistungen mehr abrechnen.

In seiner Praxis wird dies offen kommuniziert:

Die Patientin wird bis zum Ende des laufenden Quartals nach GOÄ behandelt und erhält hierfür eine private Rechnung. Erst mit Beginn des neuen Quartals erfolgt die reguläre Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung.

Dr. Krick berichtet, dass viele Patientinnen überrascht sind, wie niedrig die tatsächlichen GOÄ-Kosten trotz Ultraschall und Schwangerschaftsvorsorge häufig ausfallen.

Die geplante GOÄ-Novellierung

Dr. Krick erwartet bei der seit Jahren diskutierte neue GOÄ mehrere grundlegende Veränderungen.

Technische Leistungen werden voraussichtlich schlechter vergütet

Nach seiner Einschätzung werden insbesondere technische und apparative Leistungen künftig niedriger bewertet werden.

Betroffen wären beispielsweise:

- Ultraschalluntersuchungen,
- technische Diagnostik,
- apparative Verfahren,
- Laborleistungen.

Die Begründung der Kostenträger lautet, dass technische Verfahren heute durch Automatisierung und Digitalisierung effizienter und kostengünstiger geworden seien.

Gesprächsleistungen sollen aufgewertet werden

Gleichzeitig geht Dr. Krick davon aus, dass ärztliche Beratungsleistungen künftig besser vergütet werden.

Diese Entwicklung bewertet er grundsätzlich positiv.

Gerade in der Gynäkologie spielen ausführliche Gespräche über Schwangerschaft, Menopause, Kinderwunsch, Verhütung oder auffällige Befunde eine zentrale Rolle und beanspruchen oft erheblich mehr Zeit als technische Untersuchungen.

Verlangensleistungen sollen gekennzeichnet werden

Eine weitere geplante Änderung betrifft sogenannte Verlangensleistungen.

Hierbei handelt es sich um Untersuchungen, die auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin erfolgen.

Künftig sollen solche Leistungen gesondert gekennzeichnet werden.

Dr. Krick sieht hierin sowohl Chancen als auch Risiken, da dadurch möglicherweise deutlicher wird, welche Untersuchungen medizinisch indiziert und welche ausschließlich auf Wunsch der Patientin durchgeführt wurden.

Höhere Auslagenpauschalen

Positiv bewertet er die geplante Anhebung der belegfreien Auslagengrenze.

Bislang konnten nur vergleichsweise geringe Sachkosten ohne gesonderten Nachweis angesetzt werden.

Künftig soll dieser Betrag deutlich steigen und mehr Spielraum für typische Verbrauchsmaterialien bieten, etwa:

- Desinfektionsmittel,
- Pflaster,
- Spritzen,
- Verbandmaterial,
- kleinere Einmalmaterialien.

Die geplante GEKO

Besonders kritisch beurteilt Dr. Krick die Einrichtung einer gemeinsamen Kommission von Bundesärztekammer und Privaten Krankenversicherungen (GEKO).

Diese Kommission soll die neue GOÄ begleiten und weiterentwickeln.

Seine Sorge besteht darin, dass die privaten Krankenversicherungen als Kostenträger dadurch erheblichen Einfluss auf zukünftige Honorarentwicklungen erhalten könnten. Dies bewertet er skeptisch.

Fazit

Die GOÄ bietet deutlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten als der EBM, insbesondere durch die Nutzung unterschiedlicher Steigerungsfaktoren. Gleichzeitig macht Dr. Krick deutlich, dass viele Privatleistungen seit Jahrzehnten unter einem unveränderten Punktwert leiden.

Für die Praxis bedeutet dies:

Die korrekte Anwendung der Steigerungsfaktoren ist kein Sonderfall, sondern ein wesentlicher Bestandteil einer wirtschaftlich sinnvollen Privatabrechnung. Gleichzeitig sollten Praxen die Entwicklungen rund um die geplante GOÄ-Novelle aufmerksam verfolgen.

Merksatz

Der wichtigste Hebel der GOÄ ist nicht die Punktzahl einer Leistung, sondern der Steigerungsfaktor. Wer den 2,3-fachen Satz konsequent nutzt und aufwendige Leistungen nachvollziehbar begründet, schöpft die Möglichkeiten der Privatabrechnung deutlich besser aus.

GOÄ-Rechnung – Welche Pflichtangaben müssen enthalten sein?

GOÄ – Was muss auf die Rechnung?

GOÄ RECHNUNG

Die GOÄ-Rechnung muss zwingend enthalten:

 Name der Praxis UND des behandelnden Arztes	 Je nach Ziffer: Genaue Organ-Nennung
 Name des Rechnungsempfängers	 Ggfs Uhrzeitangabe der Leistungserbringung
 Name der Patientin inkl. Geburtsdatum	 Dauer oder Mindestdauer der Leistungserbringung
 ICD und OPC – inklusive Verdachtsdiagnosen	

§ 2 Abweichende Vereinbarung

Höherer Faktor möglich – NICHT für: Kap. E/M/N/O, Notfall, Schwangerschaftsabbruch. Patientin muss Kopie erhalten! (Nummer, Faktor, Grund, Hinweis auf evtl. fehlende Erstattung)

Mit dieser Folie verlässt Dr. Krick die Frage der Honorierung und richtet den Blick auf die formalen Anforderungen einer GOÄ-Rechnung. Seine zentrale Botschaft lautet: Auch in der Privatabrechnung gibt es klare gesetzliche Vorgaben. Eine GOÄ-Rechnung ist keine frei gestaltbare Rechnung, sondern muss bestimmte Angaben zwingend enthalten, damit sie rechtssicher ist und von den privaten Krankenversicherungen erstattet werden kann.

Zunächst müssen die Praxis und die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eindeutig benannt werden. Gerade in großen Gemeinschaftspraxen oder Medizinischen Versorgungszentren reicht die Angabe der Praxis allein nicht aus. Es muss nachvollziehbar sein, wer die Leistung tatsächlich erbracht hat.

Ebenso erforderlich sind die Angaben zum Rechnungsempfänger und zur Patientin. Diese Personen können identisch sein, müssen es aber nicht. Insbesondere bei minderjährigen Patientinnen ist häufig ein Elternteil Rechnungsempfänger. Deshalb müssen Name und Geburtsdatum der behandelten Patientin eindeutig dokumentiert werden.

Darüber hinaus müssen die medizinischen Grundlagen der Behandlung nachvollziehbar dargestellt werden. Dazu gehören Diagnosen nach ICD sowie gegebenenfalls Operations- und Prozedurencodes (OPS/OPC). Nach Aussage von Dr. Krick sollten hierbei nicht nur gesicherte Diagnosen, sondern auch Verdachtsdiagnosen oder Zustände nach Erkrankungen und Eingriffen aufgeführt werden.

Bei bestimmten Leistungen verlangt die GOÄ zusätzlich eine genaue Organbezeichnung. Es genügt dann nicht, allgemein von einer Untersuchung des „Bauches“ zu sprechen.

Stattdessen müssen die untersuchten Strukturen konkret benannt werden, beispielsweise Uterus, rechtes Ovar, linkes Ovar oder die jeweilige Niere.

Für einige GOÄ-Ziffern sind außerdem ergänzende Angaben erforderlich. Dazu können die genaue Uhrzeit der Leistungserbringung sowie die Dauer oder Mindestdauer der Untersuchung oder Beratung gehören. Dies betrifft insbesondere Leistungen, deren Abrechnung an bestimmte Zeitvorgaben geknüpft ist oder die außerhalb regulärer Sprechzeiten erbracht werden.

Die abweichende Vereinbarung nach § 2 GOÄ

Ein besonderer Aspekt der Folie ist die sogenannte **abweichende Vereinbarung nach § 2 GOÄ**.

Dr. Krick weist darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich die Möglichkeit haben, mit einer Patientin vor der Behandlung eine individuelle Honorarvereinbarung zu treffen. Dadurch können auch Honorare oberhalb der regulären GOÄ-Steigerungssätze vereinbart werden.

Allerdings gelten hierfür wichtige Einschränkungen:

- Die Vereinbarung muss vor Behandlungsbeginn schriftlich erfolgen.
- Die Patientin muss eine Kopie erhalten.
- Die betroffenen Leistungen, Faktoren und Gründe müssen transparent dokumentiert werden.
- Für bestimmte Leistungen – beispielsweise Notfallbehandlungen oder Schwangerschaftsabbrüche – ist eine solche Vereinbarung nicht zulässig.

Dr. Krick merkt an, dass solche Vereinbarungen in der Gynäkologie bislang eher selten genutzt werden, während sie beispielsweise in der Zahnmedizin deutlich verbreiteter sind. Er stellt jedoch die Überlegung an, dass eine zukünftige GOÄ-Reform mit möglicherweise ungünstigeren Honoraren dazu führen könnte, dass solche individuellen Vereinbarungen künftig an Bedeutung gewinnen.

Kernaussage

Die GOÄ-Rechnung muss nicht nur die erbrachten Leistungen enthalten, sondern auch alle gesetzlich geforderten Formalien. Fehlerhafte oder unvollständige Angaben können zu Rückfragen oder Erstattungsproblemen führen. Gleichzeitig bietet die GOÄ mit der abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Möglichkeit, in bestimmten Situationen individuelle Honorare rechtssicher zu vereinbaren.

Merksatz

Eine GOÄ-Rechnung muss medizinisch nachvollziehbar, formal vollständig und juristisch belastbar sein. Erst dann ist eine reibungslose Erstattung durch die private Krankenversicherung möglich

GOÄ in der Gynäkologie – Häufige Leistungen und Auswirkungen der neuen GOÄ

GOÄ Gynäkologie – Häufige Leistungen					GOÄ ZIFFERN
GOÄ-Nr.	Leistung	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach	
1	Beratung (allgemein)	14,11 €	–	–	
17	Vollständige Untersuchung	25,44 €	–	–	
24	Schwangerschaftsvorsorge (Komplex)	11,66 €	26,81 €	40,80 €	
27	Krebsfrüherkennung Frau (Komplex)	18,65 €	42,90 €	65,28 €	
7	Vollst. Untersuchung Genitale	9,33 €	21,45 €	32,64 €	
1216	Sonographie Mamma (GOÄneu)	–	35,– €	–	
1227	Sonographie Becken (GOÄneu)	–	50,– €	–	
1319	Zuschlag Vaginalsonografie	15,12 €	–	–	

GOÄ – Abrechnungsbeispiele aus der Praxis					GOÄ BEISPIELE
Bauchschmerzen		GOÄ alt		GOÄ neu	
	1	16,32 €	1	14,11 €	
	7	21,45 €	17	25,44 €	
	403	15,74 €	1227	50,– €	
	420 x 3	16,32 €			
		69,83 €		89,55 €	
Brustschmerz, einseitig		GOÄ alt		GOÄ neu	
	1	10,72 €	1	14,11 €	
	7	21,45 €	17	25,44 €	
	418	28,15 €	1216	35,– €	
		60,32 €		74,55 €	
IGeL: Vaginaler US / Mamma-Sono		GOÄ alt		GOÄ neu	
	1	14,11 €	1	14,11 €	
	1227	50,– €	1216 (2x)	70,– €	
	1319	15,12 €	1217	15,– €	
		79,– €		99,– €	

Nach den formalen Grundlagen der Privatabrechnung stellt Dr. Krick einige der wichtigsten GOÄ-Ziffern für die gynäkologische Praxis vor. Dabei geht es ihm weniger darum, ein vollständiges Gebührenverzeichnis zu erläutern, sondern vielmehr darum, ein Gefühl für typische Honorare und die geplanten Veränderungen durch die neue GOÄ zu vermitteln.

Wichtige GOÄ-Leistungen im Praxisalltag

Zu den am häufigsten verwendeten Leistungen gehören die allgemeinen Beratungs- und Untersuchungsziffern.

Die **GOÄ-Nr. 1** für die allgemeine Beratung bildet die Grundlage vieler Privatabrechnungen und wird im Einzelsatz mit 14,11 Euro vergütet.

Die **GOÄ-Nr. 17** steht für die vollständige körperliche Untersuchung und erreicht im Einzelsatz 25,44 Euro.

Für die gynäkologische Versorgung besonders relevant sind außerdem:

- **GOÄ-Nr. 24** für die Schwangerschaftsvorsorge,
- **GOÄ-Nr. 27** für die Krebsfrüherkennungsuntersuchung,
- **GOÄ-Nr. 7** für die vollständige Untersuchung der weiblichen Genitalorgane.

Dabei weist Dr. Krick mehrfach darauf hin, dass die tatsächliche Vergütung maßgeblich vom gewählten Steigerungsfaktor abhängt und die Anwendung des 2,3-fachen Satzes in der Praxis häufig sinnvoller ist als die Orientierung am Einzelsatz.

Neue Ultraschallziffern der geplanten GOÄ

Besonderes Augenmerk richtet Dr. Krick auf die neuen Ultraschallpositionen der geplanten GOÄ.

Hierzu zählen:

GOÄ-Ziffer	Leistung	Vergütung
1216	Sonographie der Mamma	ca. 35 €
1227	Sonographie des Beckens	ca. 50 €
1319	Zuschlag Vaginalsonographie	ca. 15 €

Gerade die Bewertung der Mammasonographie beurteilt er kritisch.

Nach seiner Einschätzung steht die Vergütung von etwa 35 Euro in keinem angemessenen Verhältnis zur fachlichen Verantwortung und zum Untersuchungsaufwand. Während sonographische Untersuchungen im kleinen Becken meist klar beurteilbare Befunde liefern, sieht er bei der Mammasonographie ein deutlich höheres Risiko, relevante Befunde zu übersehen. Entsprechend höher seien Verantwortung und Haftungsrisiko.

Diese Bewertung stellt die persönliche Einschätzung des Referenten dar.

Praxisbeispiel: Patientin mit Bauchschmerzen

Anhand eines typischen Falles vergleicht Dr. Krick die bisherige und die geplante neue GOÄ.

Bei einer Patientin mit Unterbauchbeschwerden wurden bislang folgende Leistungen kombiniert:

- Beratung
- gynäkologische Untersuchung
- Ultraschalldiagnostik

Nach seinen Berechnungen ergab sich in der bisherigen GOÄ ein Honorar von rund 70 Euro.

Mit den neuen Ultraschallziffern würde derselbe Fall künftig bei knapp 90 Euro liegen.

Der Fall verdeutlicht, dass die neue GOÄ in einigen Bereichen durchaus zu höheren Honoraren führen kann.

Praxisbeispiel: Einseitige Brustschmerzen

Auch bei einer Patientin mit Brustbeschwerden zeigt sich ein ähnlicher Effekt.

Die Kombination aus:

- Beratung,
- Untersuchung,
- Mammasonographie

führt in der neuen GOÄ zu einer höheren Vergütung als bislang.

Nach den vorgestellten Berechnungen steigt das Honorar von etwa 60 Euro auf rund 75 Euro.

Auswirkungen auf IGeL-Leistungen

Besonders interessant sind die Auswirkungen auf Selbstzahlerleistungen.

Dr. Krick erläutert dies am Beispiel einer Kombination aus:

- Vaginalsonographie
- Mammasonographie

Während solche Untersuchungen bislang vielerorts zu sehr unterschiedlichen Preisen angeboten werden, würden sich die Preise mit Einführung der neuen GOÄ stärker an den dort festgelegten Gebühren orientieren.

In seinem Beispiel steigt die kalkulatorische Vergütung von etwa 79 Euro auf rund 99 Euro.

Ende der „Dumpingpreise“?

Dr. Krick sieht hierin einen möglichen Vorteil der neuen GOÄ.

Nach seiner Einschätzung werden manche Ultraschallleistungen derzeit zu Preisen angeboten, die wirtschaftlich kaum kostendeckend sind.

Er argumentiert, dass moderne Ultraschallgeräte:

- hohe Anschaffungskosten verursachen,
- regelmäßig gewartet werden müssen,
- Personal- und Dokumentationsaufwand erfordern,
- erhebliche fachliche Verantwortung mit sich bringen.

Vor diesem Hintergrund hält er sehr niedrige Selbstzahlerpreise langfristig für problematisch.

Die neue GOÄ könnte nach seiner Einschätzung dazu beitragen, dass sich die Preise stärker an realistischen Kostenstrukturen orientieren.

Auch diese Bewertung stellt die persönliche Meinung des Referenten dar.

Einordnung der geplanten GOÄ-Reform

Während Dr. Krick einige Aspekte der neuen GOÄ kritisch sieht – insbesondere die Bewertung bestimmter technischer Leistungen –, erkennt er zugleich Chancen.

Seine zentrale Botschaft lautet:

Die neue GOÄ sollte nicht ausschließlich unter dem Blickwinkel möglicher Nachteile betrachtet werden. In einigen Bereichen könnten höhere Bewertungen und klarere Leistungsdefinitionen dazu beitragen, die wirtschaftliche Situation gynäkologischer Praxen zu verbessern.

Fazit

Die vorgestellten Beispiele zeigen, dass die geplante GOÄ nicht nur neue Ziffern einführt, sondern auch die Honorierung vieler alltäglicher gynäkologischer Leistungen verändert. Besonders bei Ultraschallleistungen und IGeL-Angeboten könnten sich spürbare Auswirkungen auf die Preisgestaltung ergeben.

Merksatz

Die neue GOÄ verändert nicht nur einzelne Gebührenziffern, sondern beeinflusst die gesamte Kalkulation privatärztlicher Leistungen. Wer IGeL-Leistungen anbietet, sollte die Auswirkungen auf die zukünftige Preisgestaltung frühzeitig im Blick behalten.

Neue GOÄ-Ziffern – Chancen durch neue Leistungsbereiche

GOÄ – Interessante neue Ziffern

GOÄ ZIFFERN NEU

Diese GOÄ-Ziffern sind neu und werden wohl häufig übersehen:

6	Beratung zu selbstgenerierten Vitalparametern / Werte aus einer App 💡 Z.B. Smartwatch-Daten, Zyklus-Apps	43,41 €
9	Ausführliche Erstanamnese 💡 Bei Neupatientinnen – sehr lukrativ!	128,12 €
20	Sichtung komplexer Vorbefunde (ohne Patientin) 💡 Externe Befunde, CT-Auswertung etc.	41,15 €
3702	Steuerung und Überwachung Onkologie 💡 Bei onkologischer Betreuung	126,08 €
3800	Steuerung und Überwachung Endokrinologie 💡 Hormonstörungen, PCOS etc.	127,77 €

Zum Abschluss seines Überblicks über die geplante neue GOÄ stellt Dr. Krick einige neu eingeführte Gebührenziffern vor, die seiner Einschätzung nach künftig eine wichtige Rolle in gynäkologischen Praxen spielen könnten. Während viele Diskussionen über die GOÄ-Reform die möglichen Nachteile in den Vordergrund stellen, richtet er den Blick bewusst auf neue Abrechnungsmöglichkeiten, die bislang nicht oder nur unzureichend vergütet wurden.

Seine zentrale Botschaft lautet:

Die neue GOÄ schafft neue Leistungsbereiche, die den tatsächlichen Beratungs- und Betreuungsaufwand moderner Medizin besser abbilden könnten.

GOÄ-Nr. 6 – Beratung zu selbst generierten Gesundheitsdaten

Eine besonders zeitgemäße Neuerung sieht Dr. Krick in der neuen GOÄ-Nr. 6.

Sie ermöglicht die Abrechnung einer Beratung zu selbst erhobenen Gesundheitsdaten, beispielsweise aus:

- Smartwatches,
- Fitness-Trackern,
- Oura-Ringen,
- Zyklus-Apps,
- digitalen Gesundheitsanwendungen.

Gerade in der Gynäkologie spielen solche Daten zunehmend eine Rolle. Viele Patientinnen verfolgen ihren Zyklus, dokumentieren Vitalparameter oder bringen Auswertungen aus digitalen Anwendungen in die Sprechstunde mit.

Nach der neuen GOÄ soll die ärztliche Interpretation und Einordnung dieser Daten erstmals eigenständig vergütet werden. Die vorgesehene Vergütung liegt bei rund **43 Euro**.

Dr. Krick sieht hierin eine sinnvolle Anpassung an die Realität moderner Patientinnenversorgung.

GOÄ-Nr. 9 – Ausführliche Erstanamnese

Besonders positiv bewertet er die neue Ziffer für die ausführliche Erstanamnese.

Die Aufnahme einer neuen Patientin kann erheblichen Zeitaufwand verursachen. Oft müssen:

- frühere Erkrankungen,
- Operationen,
- Familienanamnese,
- Medikamenteneinnahmen,
- gynäkologische Vorgeschichte,
- Kinderwunsch- oder Zyklusprobleme

ausführlich besprochen werden.

Mit einer vorgesehenen Vergütung von rund **128 Euro** sieht Dr. Krick erstmals eine Honorierung, die dem tatsächlichen Aufwand einer umfassenden Erstvorstellung näherkommt.

Insbesondere für Privatpatientinnen könnte die ausführliche Erstaufnahme dadurch wirtschaftlich deutlich attraktiver werden.

GOÄ-Nr. 20 – Sichtung komplexer Vorbefunde

Eine weitere Neuerung betrifft die Beurteilung umfangreicher Vorbefunde.

Die neue GOÄ-Nr. 20 ermöglicht die Abrechnung für die Sichtung und Bewertung komplexer Befunde auch dann, wenn die Patientin nicht persönlich anwesend ist.

Beispiele sind:

- externe Arztbriefe,
- umfangreiche Laborbefunde,
- CT- oder MRT-Befunde,
- onkologische Vorbefunde,
- Befunde anderer Fachrichtungen.

Dr. Krick weist darauf hin, dass diese Tätigkeit bislang häufig unvergütet erfolgte, obwohl sie im Praxisalltag regelmäßig Zeit beansprucht.

Die vorgesehene Vergütung beträgt rund **41 Euro**.

GOÄ-Nr. 3702 – Steuerung und Überwachung onkologischer Erkrankungen

Für die gynäkologische Onkologie sieht die neue GOÄ eine eigene Komplexziffer vor.

Sie betrifft die Koordination und Überwachung onkologischer Behandlungen und ist mit rund **126 Euro** bewertet.

Gerade bei Patientinnen mit Mammakarzinom oder anderen gynäkologischen Tumorerkrankungen entsteht häufig ein erheblicher organisatorischer und beratender Aufwand:

- Befundbesprechungen,
- Therapiekoordination,
- Nachsorgeplanung,
- Abstimmung mit anderen Fachrichtungen,
- psychosoziale Begleitung.

Diese Leistungen sollen durch die neue Komplexziffer besser abgebildet werden.

GOÄ-Nr. 3800 – Steuerung und Überwachung endokrinologischer Erkrankungen

Von besonderem Interesse für die gynäkologische Praxis dürfte die neue GOÄ-Nr. 3800 sein.

Sie betrifft die Betreuung hormoneller Erkrankungen und ist mit rund **128 Euro** bewertet.

Mögliche Anwendungsbereiche sind beispielsweise:

- PCOS,
- Zyklusstörungen,
- Amenorrhoe,
- Oligomenorrhoe,
- hormonelle Dysbalancen,
- komplexe endokrinologische Fragestellungen.

Dr. Krick sieht hier insbesondere für Praxen mit Schwerpunkt auf PCOS, Kinderwunsch oder hormonellen Störungen ein relevantes Potenzial.

Einordnung durch den Referenten

Dr. Krick betrachtet diese neuen Ziffern vor allem unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Er argumentiert, dass steigende Personal-, Miet-, Energie- und Sachkosten dazu führen, dass Praxen ihre Einnahmen kontinuierlich anpassen müssen, um ihre wirtschaftliche Stabilität zu erhalten. Vor diesem Hintergrund bewertet er neue GOÄ-Leistungen nicht als „zusätzliche Einnahmen“, sondern als Möglichkeit, bislang unzureichend vergütete ärztliche Tätigkeiten angemessener abzubilden.

Insbesondere Beratungsleistungen, die Sichtung komplexer Befunde sowie die Betreuung chronischer oder komplexer Erkrankungen könnten nach seiner Einschätzung künftig deutlich stärker honoriert werden als bisher.

Fazit

Die vorgestellten neuen GOÄ-Ziffern spiegeln einen Wandel wider: Weg von einer rein technischen Leistungsbewertung, hin zu einer stärkeren Honorierung von Beratung, Koordination und medizinischer Steuerung.

Für gynäkologische Praxen könnten insbesondere die neuen Leistungen zur Erstanamnese, Befundbewertung sowie zur Betreuung von Patientinnen mit endokrinologischen oder onkologischen Erkrankungen künftig an Bedeutung gewinnen.

Merksatz

Viele der neuen GOÄ-Ziffern vergüten Tätigkeiten, die in der modernen Medizin längst zum Alltag gehören – ausführliche Beratung, Befundanalyse und koordinierende Betreuung. Damit rücken ärztliche Denk- und Betreuungsleistungen stärker in den Mittelpunkt der Vergütung.

Privatpatientinnen versus Kassenpatientinnen

Wirtschaftliche Unterschiede in der Praxis

EBM vs. GOÄ – Direktvergleich Gynäkologie			VERGLEICH
Leistung	EBM (GKV)	GOÄ 2,3x (PKV)	Faktor
Vorsorgebesuch Standard (08211)	18,73 €	ca. 80–120 € (eher deutlich mehr...)	>4x
Schwangerschaftsvorsorge 01770	149,32 € pro Quartal	ca. 70–105 € pro Besuch!	~2-5x
Krebsfrüherkennung 01760/01761	20–27 €	ca. 60–200 €	3–7x
Vaginalsonografie 33044 (kurativ)	16,57 €	ca. 40–65 €	~3x
Weiterf. Sono SSW (01772/01774)	46–95 €	ca. 40–199€	2-5x
CTG (01786)	17,45 €	ca. 20,98 €*	~1x
Wochenbettbesuch (01815)	35,04 €	ca. 60 – 200 (300)€	3-7x
Scheinschnitt gesamt/Quartal	52–90 €**	individuell	–

Zum Abschluss seines Vortrags erläutert Dr. Krick, warum Privatpatientinnen aus betriebswirtschaftlicher Sicht für viele Praxen deutlich attraktiver sind als gesetzlich versicherte Patientinnen.

Seine zentrale Aussage lautet:

Der medizinische Standard sollte für alle Patientinnen gleich sein, die wirtschaftlichen Unterschiede zwischen EBM und GOÄ sind jedoch erheblich.

Deutlich höhere Honorierung in der GOÄ

Anhand typischer gynäkologischer Leistungen zeigt er die Größenordnung der Unterschiede auf:

- Eine normale Vorsorgeuntersuchung bringt bei einer Kassenpatientin etwa 18–20 Euro, bei einer Privatpatientin häufig ein Vielfaches davon.
- Schwangerschaftsvorsorgen werden im GOÄ-System pro Besuch deutlich höher vergütet als im EBM.
- Krebsfrüherkennungen erzielen bei Privatpatientinnen häufig das Drei- bis Siebenfache der Vergütung.
- Vaginal- und weiterführende Ultraschalluntersuchungen werden ebenfalls deutlich besser honoriert.

- Wochenbettbetreuung, Beratungen und operative Leistungen weisen teilweise erhebliche Honorardifferenzen auf.

Aus Sicht des Referenten entsteht dadurch ein deutlicher wirtschaftlicher Vorteil für Praxen mit einem höheren Anteil privat versicherter Patientinnen.

Medizinische Versorgung versus Service

Dr. Krick betont gleichzeitig, dass die medizinische Qualität nicht von der Versicherungsart abhängen dürfe:

- Kassenpatientinnen sollen die gleiche medizinische Versorgung erhalten wie Privatpatientinnen.
- Diagnostik und Therapie müssen sich an medizinischen Erfordernissen orientieren.

Er unterscheidet jedoch zwischen medizinischer Versorgung und Serviceleistungen.

Nach seiner Auffassung können sich Unterschiede insbesondere zeigen bei:

- Terminvergabe,
- Wartezeiten,
- Erreichbarkeit,
- organisatorischem Service,
- zusätzlichen Betreuungsangeboten.

Sichtweise des Referenten

Dr. Krick argumentiert, dass Praxen wirtschaftlich arbeiten müssen und höhere Honorare typischerweise auch zu einem höheren Serviceangebot führen. Er vergleicht dies mit Serviceunterschieden in anderen Bereichen, beispielsweise zwischen verschiedenen Komfort- oder Leistungsklassen im Reiseverkehr.

Diese Einschätzung stellt die persönliche Bewertung des Referenten dar und beschreibt seine betriebswirtschaftliche Sicht auf die Unterschiede zwischen EBM- und GOÄ-Vergütungssystem.

Kernaussage

Für gynäkologische Praxen bestehen zwischen EBM und GOÄ erhebliche Honorardifferenzen. Während die medizinische Versorgung aller Patientinnen gleichwertig erfolgen sollte, sehen viele Praxen aufgrund der deutlich höheren Vergütung bei Privatpatientinnen größere wirtschaftliche Spielräume für zusätzliche Serviceleistungen und eine intensivere Betreuung.

Typische Abrechnungsfehler – und wie sie vermieden werden

Typische Abrechnungsfehler – und wie man sie vermeidet		FEHLERQUELLEN
EBM	Fehlende ICD-10-Codierung	EBM Falsche GOP-Kombination
✗ Ohne Diagnose keine Leistung – KV kürzt rückwirkend.		✗ Viele GOP haben Ausschlüsse. Z.B. 01770 schließt kurative US-GOP aus.
✓ Immer vollständigen ICD-10 mit Zusatzkennzeichen (G/V/I/A) dokumentieren!		✓ EBM-Ausschlussliste prüfen; seit 2024 neue Regelungen zu 01770–01773.
GOÄ	Komplex statt Einzelleistungen	GOÄ Fehlende Begründung über 2,3-fach
✗ Nr. 27 schließt Nr. 1, 3, 5, 6, 7, 297, 3500, 3511 aus.		✗ Faktor > 2,3 ohne schriftliche Begründung → Beanstandung durch PKV.
✓ Komplex-Ziffern (24, 27) nur wenn ALLE Merkmale erbracht wurden möglichst vermeiden ...		✓ Begründung patientenindividuell und fallbezogen formulieren.
EBM	QZV ohne KV-Genehmigung abrechnen	GOÄ Kein schriftlicher IGeL-Vertrag
✗ Pränataldiagnostik, Kolposkopie u.a. setzen Genehmigung voraus.		✗ IGeL ohne Schriftform ist unzulässig – kann zu Rückforderungen führen.
✓ VOR Erbringung: Genehmigungsstatus im KV-Mitgliederportal prüfen!		✓ IGeL-Vertrag VOR Leistung unterschreiben lassen – nie nachträglich!

Zum Abschluss weist Dr. Krick auf typische Fehlerquellen hin, die sowohl im EBM als auch in der GOÄ regelmäßig zu Honorarverlusten oder Beanstandungen führen.

1. Diagnose muss zur Leistung passen

Der häufigste Fehler im EBM ist eine fehlende oder unvollständige Diagnosekodierung.

Die Grundregel lautet:

Ohne passende Diagnose keine abrechenbare Leistung.

Jede Leistung muss durch eine medizinisch nachvollziehbare Diagnose begründet sein. Dabei genügt nicht irgendein ICD-Code, sondern die Diagnose muss fachlich zur erbrachten Leistung passen. Zusätzlich sollten ICD-Codes vollständig mit den entsprechenden Zusatzkennzeichen (gesichert, Verdacht, Zustand nach, Ausschluss) dokumentiert werden.

2. Ausschlüsse zwischen GOP beachten

Viele EBM-Ziffern dürfen nicht gleichzeitig abgerechnet werden.

Bestimmte GOP schließen andere Leistungen aus oder sind nur unter bestimmten Voraussetzungen kombinierbar. Deshalb sollten regelmäßig die aktuellen Ausschlussregelungen geprüft werden, da sich diese im EBM immer wieder ändern können.

3. GOÄ-Komplexziffern kritisch prüfen

Bei Privatpatientinnen empfiehlt Dr. Krick, Komplexziffern sorgfältig zu prüfen.

Seine Argumentation:

- Komplexziffern bündeln mehrere Leistungen.
- Dadurch schließen sie häufig zusätzliche Einzelziffern aus.
- In vielen Fällen kann die sachgerechte Abrechnung einzelner Leistungen wirtschaftlich günstiger sein als die Verwendung einer Komplexziffer.

Wichtig ist jedoch, dass ausschließlich tatsächlich erbrachte Leistungen abgerechnet werden dürfen und sämtliche GOÄ-Vorgaben eingehalten werden müssen.

4. Faktorsteigerungen über 2,3-fach begründen

Wird eine GOÄ-Leistung oberhalb des Regelhöchstsatzes von 2,3-fach abgerechnet, ist eine individuelle schriftliche Begründung erforderlich.

Die Begründung muss:

- patientenbezogen,
- fallbezogen und
- medizinisch nachvollziehbar

sein.

Pauschale Standardformulierungen reichen häufig nicht aus.

5. Genehmigungspflichtige Leistungen nur mit Zulassung abrechnen

Einige Leistungen im EBM setzen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

Dazu gehören beispielsweise bestimmte Bereiche der:

- Pränataldiagnostik,
- Kolposkopie,
- spezialisierten Ultraschalldiagnostik.

Vor der Leistungserbringung sollte geprüft werden, ob die notwendige KV-Genehmigung vorliegt.

6. IGeL-Leistungen immer schriftlich vereinbaren

Ein besonders wichtiger Punkt betrifft individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).

Vor Durchführung einer IGeL-Leistung muss:

- eine schriftliche Vereinbarung vorliegen,
- die Patientin über Kosten und fehlende Kassenübernahme informiert werden,
- die Unterschrift vor Leistungserbringung erfolgen.

Eine nachträgliche Vereinbarung ist rechtlich problematisch und kann zu Rückforderungen oder Streitigkeiten führen.

Merksätze

- Diagnose und Leistung müssen immer zusammenpassen.
- Ausschlussregeln im EBM regelmäßig überprüfen.
- Genehmigungspflichtige Leistungen nur mit entsprechender Zulassung abrechnen.
- Faktorsteigerungen in der GOÄ immer individuell begründen.
- IGeL-Verträge grundsätzlich vor der Untersuchung unterschreiben lassen.
- Regelmäßige Abrechnungskontrollen verhindern Honorarverluste und spätere Beanstandungen.

Damit fasst Dr. Krick die aus seiner Sicht wichtigsten Fehlerquellen zusammen, die im Praxisalltag vermeidbar sind und oft erhebliche finanzielle Auswirkungen haben können.

Schlusswort

Die Abrechnung in der gynäkologischen Praxis ist weit mehr als das korrekte Setzen von Ziffern. Sie bildet die Grundlage dafür, dass medizinische Leistungen wirtschaftlich erbracht werden können und die Praxis die notwendigen Ressourcen erhält, um Patientinnen auf hohem fachlichem Niveau zu betreuen.

Die in diesem Kapitel dargestellten Hinweise, Empfehlungen und Praxisbeispiele spiegeln die Erfahrungen und Einschätzungen von Dr. Krick zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Manuskripts wider. Sie stellen eine praxisorientierte Orientierungshilfe dar, können jedoch die individuelle Prüfung der jeweils geltenden Regelwerke nicht ersetzen.

Besonders im Bereich der vertragsärztlichen und privatärztlichen Abrechnung unterliegen Rahmenbedingungen einem kontinuierlichen Wandel. Gesetzliche Vorgaben, EBM- und GOÄ-Regelungen, Beschlüsse des Bewertungsausschusses, Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, regionale Besonderheiten sowie die Prüf- und Auslegungspraxis der Kostenträger können sich jederzeit verändern. Darüber hinaus bestehen zwischen einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen teilweise unterschiedliche regionale Auslegungen und Vorgehensweisen.

Alle Angaben in diesem Kapitel beziehen sich daher auf den Wissens- und Regelungsstand vom Juni 2026. Spätere Änderungen von Gesetzen, Richtlinien, Gebührenordnungen oder regionalen Vorgaben können dazu führen, dass einzelne Inhalte, Empfehlungen oder Abrechnungsmöglichkeiten angepasst werden müssen.

Jede Gynäkologin, jeder Gynäkologe und jede Praxis trägt die Verantwortung, die jeweils aktuellen Bestimmungen zu kennen und die eigene Abrechnung auf dieser Grundlage rechtssicher und regelkonform durchzuführen. Die regelmäßige Fortbildung im Bereich der Abrechnung sowie die Prüfung aktueller Veröffentlichungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen und Fachgesellschaften bleiben deshalb unverzichtbar.

Wenn dieses Kapitel dazu beiträgt, Abrechnung besser zu verstehen, Fehler zu vermeiden und Potenziale im Praxisalltag bewusster zu nutzen, hat es seinen Zweck erfüllt.