

Leistungen

geschickter abrechnen

Bei den Abrechnungen nach EBM und GOÄ steckt der Teufel oft im Detail. Hier könnt ihr euer Wissen professionell auffrischen oder erweitern und mit den Tipps unserer Spezialistin Bianka Edler in eurer Praxis punkten.

Text: **Bianka Edler**

Entbudgetierung bedeutet nicht, dass Dokumentation weniger streng oder wichtig geworden ist – im Gegenteil. Wenn mehr Leistungen ohne Budgetbegrenzung vergütet werden, steigt die Relevanz einer prüfsicheren, plausiblen und vollständigen Dokumentation.

Grundsätze, die ihr im Blick behalten solltet:

- Plausibilität im Verlauf: Aus Karteikarte/Verlauf muss erkennbar sein, was gemacht wurde, wann und warum.
- Diagnosebezug: Diagnosen müssen zum Leistungsbild passen und aktuell geführt sein, sonst wird es bei Pauschalen und Verlaufslogik schnell angreifbar.
- Delegationsklarheit: Wenn ihr als MFA Leistungen durchführt (z. B. EKG, Blutabnahmen, Verbände), hilft eine klare Dokumentationslogik (z. B. Kürzel, ärztliche Anordnung/Standardprozess).

Praxisbeispiel (Hausbesuch/Heim): „Heimbesuch, Zimmer 12 und 13, Patientin X – Dekompensation Herzinsuffizienz; Patient Y – Wundkontrolle Unterschenkel.“ Diese kurze, sachliche Dokumentation macht später nachvollziehbar, warum mehrere Patienten im gleichen Setting versorgt wurden und stützt die Abrechnung.

Quartalsabrechnung – die häufigsten Fehlerquellen

Auch bei der Quartalsabrechnung in 2026 (und besonders vor Abgabe) wiederholen sich erfahrungsgemäß bestimmte Muster. Die meisten Probleme entstehen nicht durch „falsches Abrechnen“, sondern durch unvollständige Erfassung, formale Schein-/Stammdatenfehler oder nicht beachtete Abrechnungsbedingungen.

„Unsichtbare“ Honorarverluste durch fehlende Leistungen

Typisch sind:

- Hausbesuche, die nicht erfasst wurden (spontan, „nur kurz“, nach Feierabend).
- Chroniker-/Zusatzlogiken, die im Alltag nicht konsequent geprüft werden.
- TI-/ePA-Leistungen, die durchgeführt, aber nicht als abrechnungsrelevanter Vorgang dokumentiert wurden.



Bianka Edler

Praxisberaterin, Heidesee
E-Mail: edler@praxisberatung-edler.de
www.praxisberatung-edler.de

Praktischer Tipp: Führt vor Quartalsabgabe einen kurzen Abgleich durch: Hausbesuchs-Liste, Chroniker-Liste, ePA-Vorgänge (sofern im System auswertbar) gegen die Abrechnungsliste. Die 15 Minuten lohnen sich oft mehrfach.

Formale Fehler: Scheinanlage und Versichertendaten

Auch in diesem Jahr bleiben formale Themen ein Klassiker: nicht korrekt angelegte Scheine, unklare Versicherungszuordnung, fehlerhafte Datenübernahmen. Diese Themen erzeugen Rückfragen und binden Zeit, obwohl sie vermeidbar sind.

Eine kurze interne Checkliste zum Quartalsstart hilft:

- Versicherungsstatus prüfen
- Kassenwechsel erfassen
- Sonderfälle (z. B. Selektivverträge/Programme) sauber hinterlegen

Begrenzungen und Plausibilitäten: Warnhinweise ernst nehmen

Entbudgetierung ändert nichts daran, dass einzelne GOP weiterhin an Bedingungen geknüpft sind. Wenn die Praxissoftware Plausibilitätswarnungen ausgibt, sollten diese nicht routinemäßig weggeklickt werden. Gerade im entbudgetierten Umfeld ist eine saubere Plausibilität ein Schlüssel, um Rückfragen zu vermeiden.

Sorgfältiger Rechnungsversand, Rückfragen richtig parieren

In vielen Praxen haben sich MFA oder Praxisberater:innen als letzte Kontrollinstanz vor dem Rechnungsversand etabliert. Diese Rolle gewinnt weiter an Bedeutung. Eine strukturierte Vorprüfung hilft euch, typische Fehler frühzeitig zu erkennen. Dazu gehört die Kontrolle, ob alle erbrachten Leistungen erfasst sind – auch kleinere Ziffern wie GOÄ

1, 2, 5, 7 oder 8. Ebenso wichtig ist der Blick auf die Kombination der Ziffern: Passen die Leistungen zueinander oder liegt ein Verstoß gegen Ausschlüsse vor?

Bei Steigerungen solltet ihr prüfen, ob für jede Position oberhalb des Schwellenwerts eine individuelle, nachvollziehbare Begründung vorliegt – ohne leere Floskeln. Und zur Sicherung der Dokumentationsqualität solltet ihr darauf achten, dass Arztvermerke vollständig sind und relevante Angaben zu Zeitaufwand, Besonderheiten oder Komplexität enthalten. Kurze interne Standards haben sich hier bewährt, etwa die klare Regel: „Ohne Begründungsstichwort kein Faktor über 2,3.“ Solche Vereinbarungen schaffen Sicherheit für alle Beteiligten.

Kommunikation mit Patient:innen und PKV

MFAs sind häufig die ersten Ansprechpartner:innen bei Rückfragen zu Rechnungen. Eine strukturierte Dokumentation versetzt sie in die Lage, ruhig und sachlich zu erklären, warum eine Leistung gesteigert oder analog abgerechnet wurde. Das stärkt das Vertrauen der Patient:innen und entlastet den Arzt/die Ärztin. Ergänzend kann die Nutzung von PKV-Prüftools oder internen Checkmechanismen sinnvoll sein, um Rechnungen vor dem Versand nochmals zu überprüfen – insbesondere bei höherem Rechnungsvolumen oder neuen Leistungsangeboten.

Best Practices aus dem Praxisalltag

Ein Standard-Check-up mit aufwendiger Beratung zeigt, wie wichtig das Zusammenspiel ist: Wird das Gespräch inhaltlich und zeitlich dokumentiert, lassen sich Beratung, Untersuchung und gegebenenfalls eine Steigerung sauber begründen. Bei aufwendigen Wundversorgungen mit mehreren Terminen zahlt sich konsequentes Erfassen aller Einzelschritte aus. So werden weder Leistungen vergessen noch unzulässige Doppelansätze gesetzt. Neue Leistungen, etwa moderne Verfahren ohne eigene GOÄ-Ziffer, erfordern besondere Sorgfalt: Wenn ihr die medizinische Beschreibung und die gewählte Vergleichsziffer nachvollziehbar vorbereitet, kann die PKV die Analogbewertung deutlich leichter prüfen.

Fazit: Abrechnungsgüte ist kein Zufallsprodukt, sondern das Ergebnis klarer Strukturen und guter Teamarbeit. Ihr als MFA haben dabei einen zentralen Hebel in der Hand: durch saubere Dokumentation, strukturierte Vorprüfung, klare Begründungstexte und einheitliche interne Standards. In einem Umfeld mit steigenden PKV-Prüfungen und wachsendem Kostendruck sichern diese Maßnahmen nicht nur die Qualität der Privatabrechnung, sondern auch die Wirtschaftlichkeit der Praxis.

Konkrete Sofortmaßnahmen

Diese drei Dinge könnt ihr sofort umsetzen:

- Mini-Teambriefing (15 Minuten) zur Entbudgetierung und Hausbesuchslogik: Wer erfasst was? Wann wird dokumentiert? Wo werden Leistungen „vergessen“?
- Spickzettel für typische Fälle: Akutpatient:in, Chroniker:in, Heimbewohner:in, ePA-Vorgänge – jeweils mit den internen Dokumentationsmustern (nicht als Ersatz für Regeln, sondern als Alltagshilfe).
- Quartalsend-Check als Routine: Drei Listen ziehen (Besuche, Chroniker:innen, ePA-Vorgänge/sonstige Sonderleistungen) und mit der Abrechnung abgleichen.

GOÄ-Faktorsteigerung strategisch nutzen

Im Praxisalltag stellt die GOÄ-Faktorsteigerung ein zentrales Instrument dar, um den tatsächlichen Aufwand medizinischer Leistungen angemessen abzubilden. Während der Schwellenwert (z.B. bei ärztlichen Leistungen 2,3-fach) eine „durchschnittliche“ Leistung widerspiegelt, zeigt die Realität in vielen Praxen ein deutlich differenzierteres Bild. Genau hier setzt die Möglichkeit der Faktorsteigerung an: Sie erlaubt es uns, individuelle Besonderheiten der Behandlung sachgerecht und wirtschaftlich abzubilden.

Aus unserer Erfahrung in der Praxisberatung wird dieses Potenzial jedoch häufig nicht ausgeschöpft, entweder aus Unsicherheit oder aus Sorge vor Rückfragen. Dabei ist die GOÄ hier eindeutig: Eine Überschreitung des Schwellenwertes ist zulässig, wenn die Leistung überdurchschnittlich schwierig, zeitaufwendig oder durch besondere Umstände geprägt ist. Entscheidend ist eine nachvollziehbare und präzise Begründung.

Typische Anlässe für eine Faktorsteigerung sind vor allem:

- Ein erhöhter Zeitaufwand, bspw. bei komplexen Beratungsgesprächen, multimorbiden Patient:innen oder ausführlicher Aufklärung
- Eine erhöhte Schwierigkeit der Leistung, etwa bei unklaren Krankheitsbildern, erschwerter Diagnostik oder komplexen therapeutischen Entscheidungen
- sprachliche Barrieren oder eingeschränkte Compliance
- Besondere Umstände bei der Durchführung, etwa eine unruhige Untersuchungssituation, eingeschränkte Mobilität der Patient:innen oder organisatorisch aufwendige Abläufe gehören auch dazu.

Wichtig: Die Begründung muss individuell, konkret und patientenbezogen formuliert sein. Zusätze wie „erhöhter Aufwand“ sind nicht ausreichend. Stattdessen empfehlen wir differenzierte Angaben wie „deutlich erhöhter Zeitaufwand aufgrund komplexer Multimorbidität“ oder „erschwerter Durchführung der Untersuchung bei eingeschränkter Mobilität des Patienten“. Ebenfalls wichtig: die Faktorsteigerung nicht als Ausnahme oder „Trick“ verstehen, sondern als legitimer Bestandteil einer korrekten GOÄ-Abrechnung.

Wer strukturiert vorgeht, das Team einbindet und klare Begründungsstandards definiert, kann die Abrechnung nicht nur rechtssicher, sondern auch wirtschaftlich deutlich verbessern. Stellt euch im Team die Frage: Nutzt ihr die GOÄ-Faktorsteigerung bereits strategisch genug?

Mit mehr
Aufmerksamkeit
und Strategie
zum Erfolg



Leistungen

geschickter abrechnen

Bei den Abrechnungen nach EBM und GoÄ steckt der Teufel oft im Detail. Neu seit 1. April 2026 sind acht EBM-Ziffern und eine eigene GOÄ-Abrechnungsempfehlung für die Lungenkrebs-Früherkennung. Unsere Abrechnungsexpertin Bianka Edler erklärt euch, wie ihr damit in eurer Praxis punkten könnt.

Text: Bianka Edler

Wer hat Anspruch?

Rund 57.000 Menschen erkranken jährlich in Deutschland an Lungenkrebs; Rauchen ist der Hauptrisikofaktor. Weil die Erkrankung lange beschwerdefrei bleibt und daher oft erst spät entdeckt wird, hat der G-BA die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie angepasst: **Seit 1. April 2026** haben aktive und ehemalige starke Raucherinnen und Raucher Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung mittels Niedrigdosis-Computertomografie (LDCT), und zwar alle zwölf Monate. Teilnehmen können Versicherte, die ...

- das 50., aber noch nicht das 76. Lebensjahr vollendet haben,
- mindestens 25 Jahre lang geraucht haben – Rauchpausen dürfen zusammen nicht länger als zehn Jahre gewesen sein,
- und mindestens 15 „Packungsjahre“ aufweisen (Anzahl der täglich gerauchten Zigarettenpackungen multipliziert mit der



Bianka Edler

Praxisberaterin, Heidesee

E-Mail: edler@praxisberatung-edler.de

www.praxisberatung-edler.de

Anzahl der Raucherjahre; eine Packung entspricht 20 Zigaretten).

Wer bereits wegen einer Lungenkrebserkrankung in Behandlung ist oder bei konkretem Verdacht typische Symptome zeigt, fällt nicht unter das Screening, sondern erhält die notwendige Versorgung im Rahmen der kurativen Behandlung.

MFA-Praxisnutzen: Viele Patientinnen und Patienten kennen ihre Packungsjahre nicht aus dem Stand – ein kurzer Hinweis schon bei der Terminvereinbarung, die eigene Rauchbiografie (Beginn, Menge, eventuelle Pausen) mitzubringen, erleichtert dem Arzt die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen erheblich.

Der Ablauf: drei Beteiligte, klare Aufgaben

Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin stellt die Indikation, berät die Patientin oder den Patienten und dokumentiert die medizinische Eignung in einem Bericht. Anschließend erfolgt die Überweisung an eine Fachärztin oder einen Facharzt für Radiologie. Dort führt der sogenannte Erstbefunder die Niedrigdosis-CT durch, befundet die Aufnahmen softwaregestützt und informiert die Patientin oder den Patienten über das Ergebnis.

Ist der Befund kontroll- oder abklärungsbedürftig, zieht der Erstbefunder einen Zweitbefunder hinzu, der an einem auf Lungenkrebs spezialisierten Zentrum tätig ist. Kommen beide zu unterschiedlichen Einschätzungen, findet eine Konsensuskonferenz statt – auch als Videokonferenz möglich. Radiologinnen und Radiologen benötigen für ihre Rolle als Erst- oder Zweitbefunder eine spezielle Fortbildung sowie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Hausärztinnen.



Fotos: HNFOTO – stock.adobe.com,
InsideCreativeHouse – stock.adobe.com

Leistungen

geschickter abrechnen

Bei den Abrechnungen nach EBM und GOÄ steckt der Teufel oft im Detail. Hier könnt ihr euer Wissen professionell auffrischen oder erweitern und mit den Tipps unserer Spezialistin Bianka Edler in eurer Praxis punkten.



- Hausbesuche gehören zu den häufigsten Verlustquellen. Gerade „kurze“ Besuche, die spontan stattfinden, werden im Tagesgeschäft am ehesten vergessen – dabei sind sie regelhaft vollständig vergütungsrelevant.
- Nicht alles ist automatisch unkritisch. Auch wenn die Vergütung breiter extrabudgetär erfolgt, bleiben einzelne Leistungslogiken (z. B. Begrenzungen, Abrechnungsbedingungen, Plausibilitäten) bestehen – und werden weiterhin geprüft.

Praxisbeispiel: Ein multimorbider Patient wird morgens in der Praxis behandelt. Am Abend fährt der Arzt wegen Verschlechterung noch einmal zum Patienten nach Hause. Wenn der Hausbesuch (z. B. 01410 ff.) nicht zeitnah erfasst wird, fehlt er in der Abrechnung – und das Honorar ist verloren. Genau solche „unsichtbaren“ Ausfälle werden 2026 spürbarer.

EBM 2026: Entbudgetierung und Dokumentation

Zum Jahresbeginn 2026 wirken mehrere EBM-Änderungen direkt in den Praxisalltag hinein. Für euch stehen dabei drei Themen im Vordergrund: die weitgehende Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen und die weiterhin hohen Anforderungen an eine prüfsichere Dokumentation. Wer hier strukturiert arbeitet, sichert das Honorar der Praxis und reduziert Rückfragen der Kassenärztlichen Vereinigung deutlich.

Vollständigkeit

Mit der Entbudgetierung ist ein großer Teil der hausärztlichen Budgets weggefallen. Seit 1. Oktober 2025 werden in der Hausarztpraxis nahezu alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung in voller Höhe vergütet; das ist für das Abrechnungsjahr 2026 voll wirksam.

Das bedeutet: In vielen Praxen ist es nicht mehr „egal“, ob eine Leistung im Budget ohnehin untergeht. Vielmehr kann sich jede korrekt dokumentierte und angesetzte Leistung unmittelbar auf das Honorar auswirken.

Was das im Alltag verändert:

- Leistungserfassung wird noch wichtiger als früher. Was nicht im System steht, wird nicht bezahlt – und im entbudgetierten Bereich gibt es keinen „Deckel“, der den Verlust relativiert.

MFA-Tipp zur Umsetzung: Vereinbart eine interne Routine: „Kein Hausbesuch ohne Kurzvermerk“. Das kann eine kurze Notiz in der Karteikarte sein (Anlass/Ort) plus eine klare Zuständigkeit, wer den Besuch im System erfasst (z. B. MFA am Empfang nach Rückkehr des Arztes).

Dokumentation: EBM-Regeländerungen

Neben der Entbudgetierung gab es zum 1. Januar 2026 weitere Anpassungen, die vor allem dann relevant werden, wenn eine Praxis operative Leistungen, spezialisierte Versorgung oder TI-/ePA-Prozesse abbildet.

OPS-/EBM-Zuordnung:

Anhang 2 an OPS-Version 2026 angepasst

Der Anhang 2 des EBM (ambulantes und belegärztliches Operieren) wurde an die OPS-Version 2026 angepasst. Das betrifft insbesondere operative Praxen bzw. Praxen mit entsprechenden Leistungsbereichen.

Was ihr hier beachten solltet:

- Prüft, ob die OPS-Auswahl im Praxisverwaltungssystem aktualisiert ist (Update/Quartals- oder Jahreswechselfpaket).
- Achtet darauf, dass bei OP-Planung und Dokumentation gültige OPS-Codes verwendet werden. Ungültige/alte Codes können Ablehnungen oder Nachfragen auslösen.

**Bianka Edler**

Praxisberaterin, Heidesee

E-Mail: edler@praxisberatung-edler.de

www.praxisberatung-edler.de

Besuchsleistungen: Wegfall einer zusätzlichen Kennzeichnungspflicht in speziellen Versorgungsbereichen

Zum 1. Januar 2026 entfällt für bestimmte Besuchsleistungen im Rahmen der Komplexversorgung (z. B. im Kontext komplexer psychiatrischer Versorgung) eine zusätzliche Kennzeichnungspflicht; die Anmerkungen zu verschiedenen Besuchs-GOP wurden dafür angepasst. **MFA-Praxisnutzen:** Wenn eure Praxis an solchen Programmen beteiligt ist, ist das eine kleine administrative Entlastung. Wichtig bleibt: Besuchs-GOP weiterhin korrekt ansetzen – nur die Zusatzkennzeichnung entfällt.

ePA-/TI-Leistungen:

Vergütung und Abrechnungslogik verlängert

Die Regelungen rund um die ePA-Befüllung wurden bis zum 30. Juni 2026 verlängert. Dazu gehören insbesondere die GOP zur Erstbefüllung und weiteren Befüllung; die KBV weist ausdrücklich auf die Fortführung der Regelung hin.

Wichtig für euch:

- ePA-Leistungen sind nur dann sicher abrechenbar, wenn klar dokumentiert ist, was eingestellt wurde, wann und dass die Voraussetzungen erfüllt sind (z. B. „Erstbefüller“-Logik).
- Achtet auf Ausschlüsse und Kombinationsregeln (z. B. nicht beliebig nebeneinander abrechenbar). Genau solche Details sind häufige Ursachen für Rückfragen oder Streichungen.

Abrechnungsgüte in der GOÄ:

Privatabrechnung

aktiv sichern und Rückfragen vermeiden

Die Privatabrechnung nach GOÄ steht Anfang 2026 stärker denn je unter Beobachtung. Praxen berichten von deutlich mehr Rückfragen

Typische Fehlerquellen in der GOÄ-Abrechnung

- **Wiederkehrende Muster:** Besonders häufig sind erbrachte, aber zu knapp dokumentierte Leistungen – etwa zeitintensive Beratungen oder aufwendige Untersuchungen, bei denen der Mehraufwand nicht im Verlauf erkennbar ist.
- **Pauschale Steigerungsbegründungen:** Formulierungen wie „erhöhter Zeitaufwand“ oder „technisch schwierig“, die ohne Bezug zur konkreten Leistung bleiben.
- **Formale Fehler:** Dazu gehören zu Beispiel die Nichtbeachtung von Ausschlussziffern oder Nebeneinander-Verbote, insbesondere bei der Kombination von Beratungs- und Untersuchungsziffern.
- **Unsaubere Analogbewertungen:** Auch sie führen regelmäßig zu Rückfragen, wenn die Vergleichsziffer nicht plausibel gewählt oder unzureichend erläutert ist.

seits der privaten Krankenversicherungen, von Unsicherheiten bei Steigerungsfaktoren und von formalen Fehlern, die eigentlich vermeidbar wären. Gleichzeitig prägen Kostendruck der PKV und die Diskussionen um eine GOÄ-Reform das Umfeld. In dieser Situation wird deutlich: Die Qualität der Rechnung entscheidet. Ihr könnt hier in erheblichem Maße mitsteuern, denn Abrechnungsgüte entsteht vor allem durch gute Vorbereitung, saubere Dokumentation und eine strukturierte Plausibilitätskontrolle im Team.

Warum Abrechnungsgüte wichtiger wird

Immer häufiger landen Rechnungen im PKV-Prüfprogramm oder beim Sachbearbeiter, weil Steigerungen nicht nachvollziehbar begründet sind, Ziffern unzulässig kombiniert wurden oder Analogleistungen Fragen aufwerfen. Für Praxen bedeutet das Zeitaufwand, Verzögerungen beim Zahlungseingang und unnötige Diskussionen mit Patient:innen. Gleichzeitig steigt der Rechtfertigungsdruck: Wer Leistungen höher steigert oder neue Verfahren analog abrechnet, muss klar darlegen können, warum das medizinisch und formal korrekt ist. Eine hohe Abrechnungsgüte ist damit nicht nur ein Qualitätsmerkmal, sondern ein wirtschaftlicher Faktor.

Saubere Steigerungsbegründungen:

Worauf die PKV achtet

Steigerungen oberhalb des Schwellenwerts sind grundsätzlich zulässig, müssen sich aber immer auf die konkrete Leistung beziehen. Maßgeblich sind Schwierigkeit, Zeitaufwand oder besondere Umstände im Einzelfall. Genau hier liegt ein zentraler Ansatzpunkt für MFA. Wenn im Behandlungsverlauf klar dokumentiert ist, was den Aufwand erhöht hat, lässt sich daraus später eine tragfähige Begründung ableiten. Gute Beispiele sind Hinweise wie „lange Anamnese bei komplexem, wechselndem Beschwerdebild“ oder „ausführliche Beratung zu Therapieoptionen bei multimorbidem Patienten“. Bewährt hat sich die Routine, zu jeder geplanten Steigerung bereits in der Karteikarte einen kurzen, konkreten Stichpunkt zu hinterlegen, der später in die Rechnung übernommen werden kann.



Leistungen

geschickter abrechnen

Bei den Abrechnungen nach EBM und GOÄ steckt der Teufel oft im Detail.
Hier könnt ihr euer Wissen professionell auffrischen oder erweitern und mit den Tipps
unserer Spezialistin Bianka Edler in eurer Praxis punkten.

EBM 03360 - Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Beschreibung:

Beurteilung von organbezogenen und übergreifenden motorischen, emotionellen und kognitiven Funktionseinschränkungen

Obligatorer Leistungsinhalt:

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und Mobilität mittels standardisierter Testverfahren

Abrechnungsregeln:

Ab dem vollendeten 70. Lebensjahr und bei Vorliegen geriatritypischer Morbidität, max. zweimal im Krankheitsfall

Wichtig: Sie ist auch **vor dem 70. Lebensjahr** abrechnungsfähig, wenn folgende Diagnosen vorliegen:

- Alzheimer-Erkrankung (ICD-10 G30)
- Demenz (ICD-10 F00 bis F02)
- Parkinsonsyndrom (ICD-10 G20.1 und G20.2)

Wichtig: **Ab dem 70. Lebensjahr** ist die 03360 nur berechnungsfähig wenn der Patient eine der u.g. Diagnosen hat:

- Pflegegrad (ICD-10 Z74.9)
- Mobilitätsstörung mit Fallneigung und Altersschwindel (ICD-10 Z74.0, R26.8, R54)
- Kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Beeinträchtigungen (ICD-10 R41.8, R46.4)
- Frailty-Syndrom (ICD-10 R54)
- Dysphagie (ICD-10 R13.9)
- Inkontinenz (ICD-10 R32 Harn oder R15 Stuhl)
- Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.1)

EBM 03362 - Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Beschreibung:

Diese Leistung erfordert mindestens einen weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nach dem Basisassessment und umfasst die fortlaufende Betreuung und Anpassung der Behandlungspläne.

Ältere
Patient:innen
sind besonders
häufig in der
Praxis



EBM 03370 - Palliativmedizinische Ersterhebung

Beschreibung:

Diese Leistung umfasst die erste palliativmedizinische Erhebung eines Patienten, einschließlich der Beurteilung seiner Bedürfnisse und der Planung der weiteren Betreuung.

Wichtig: Die Diagnose Z51.5G Palliativbehandlung sollte mit codiert und eingetragen werden zu der Krebsdiagnose

EBM 03371 - Zuschlag zur Versichertenpauschale für palliativmedizinische Betreuung

Beschreibung:

Zuschlag für die palliativmedizinische Betreuung eines Patienten in der Arztpraxis, einschließlich Schmerztherapie und Symptomkontrolle

- Obligatorer Leistungsinhalt: Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit einer Dauer von mindestens 15 Minuten
- Fakultativer Leistungsinhalt: Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung

Empfehlung: Bei Palliativpatient:innen immer erst die 03370 + 03371 abrechnen und dann erst die Chronikerpauschalen (Palliativ und Chroni gehen nicht an einem Tag zusammen)

Beispiele für die Anwendung Basisleistungen nach GOÄ-Ziffern

Die präzise Anwendung der GOÄ Ziffern ist von großer Bedeutung für die Abrechnung und den finanziellen Erfolg der Praxis. Achtet darauf, die erbrachten Leistungen entsprechend zu dokumentieren und abzurechnen. Bei Unsicherheiten oder zur Vertiefung eures Fachwissen solltet ihr an Abrechnungsfortbildungen teilnehmen. Das dort vermittelte Wissen wird eure Abrechnungspraktiken verbessern und somit den wirtschaftlichen Erfolg der Praxis sicherstellen.

Hier einige praxisnahe Beispiele für die Anwendung der genannten GOÄ Ziffern in einer Hausarztpraxis. Sie veranschaulichen, wie und wann ihr die jeweiligen Ziffern sinnvoll einsetzen könnt.

GOÄ Ziffer 1 + GOÄ 5 oder auch bei erhöhten Zeitaufwand GOÄ 1 (3,5-facher Satz) + GOÄ 7

Beispiel:

Ein neuer Patient kommt mit mehreren Beschwerden (z.B. Müdigkeit, Gewichtsverlust und Leistungsschwäche) in eure Praxis. Der Arzt führt eine umfassende Anamnese durch, einschließlich der Krankenge-

Relevante Basics der GOÄ in der Hausarztpraxis

Für eine erfolgreiche Abrechnung in der Hausarztpraxis solltet ihr die folgenden Aspekte berücksichtigen:

- **Dokumentation:** Eine präzise Dokumentation eurer Leistungen ist unverzichtbar. Haltet alle durchgeführten Maßnahmen, Beratungen und Untersuchungen fest. Dies schützt euch vor Rückfragen und ermöglicht eine korrekte Abrechnung.
- **Wissensstand halten:** Bildet euch regelmäßig fort, um euer Wissen aufzufrischen und zu vertiefen.
- **Zahlungsmodalitäten transparent gestalten:** Informiert eure Patient:innen über die anfallenden Kosten, gerade wenn ihr Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbietet. Eine transparente Kommunikation fördert das Vertrauen und die Bereitschaft zur Zahlung.



Bianka Edler

Praxisberaterin, Heidesee

E-Mail: edler@praxisberatung-edler.de

www.praxisberatung-edler.de

schichte, bisherigen Behandlungen und familiären Erkrankungen. Diese ausführliche Untersuchung dokumentiert ihr.

GOÄ Ziffer 3 – Beratungsleistungen

Beispiel:

Während eines Termins bespricht ein Patient seine Sorgen bezüglich einer bevorstehenden Operation. Der Arzt führt ein ausführliches Beratungsgespräch über die Risiken und Chancen der Operation. Dieses Gespräch wird unter der Ziffer 3 abgerechnet.

GOÄ Ziffer 7 – Untersuchung Organsystem

Beispiel:

Ein Patient mit Bluthochdruck kommt zur Kontrolle in eure Praxis. Der Arzt führt eine umfassende körperliche Untersuchung durch, inklusive Blutdruckmessung, Herz- und Lungenauscultation sowie abdominaler Untersuchung. Diese Leistungen werden unter Ziffer 7 abgerechnet.

GOÄ Ziffer 75 – Erstellung eines Arztbriefes

Beispiel:

Nach der Behandlung eines Patienten, der zu einem Facharzt überwiesen wurde, erstellen ihr einen detaillierten Arztbrief über den aktuellen Gesundheitszustand und die durchgeführten Behandlungen. Diese Erstellung wird unter Ziffer 75 abgerechnet.

GOÄ Ziffer 602 – Oxymetrische Messung

Beispiel:

Ein Patient kommt zur Infusion und ihr prüft vorab die Vitalparameter mit einer Blutdruckmessung und der Bestimmung des Sauerstoffgehaltes im Blut.

Mit
Freundlichkeit,
Kompetenz und
Kosten-Transparenz
punktet ihr am
meisten



Leistungen

geschickter abrechnen

Bei den Abrechnungen nach EBM und GOÄ steckt der Teufel oft im Detail.
Hier könnt ihr euer Wissen professionell auffrischen oder erweitern und mit den Tipps unserer Spezialistin
Bianka Edler in eurer Praxis punkten.

EBM 03000 –

Versichertenpauschale nur bei kurativer Diagnose

Diese Pauschale deckt die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten ab, einschließlich Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung des häuslichen und familiären Umfelds.

Obligater Leistungsinhalt:

Es muss ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis oder im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden haben.

Fakultativer Leistungsinhalt:

Es müssen diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen koordiniert und präventive und rehabilitative Maßnahmen eingeleitet worden sein.



Bianka Edler

Praxisberaterin, Heidesee
E-Mail: edler@praxisberatung-edler.de
www.praxisberatung-edler.de

Wichtig:

Bedingung für die Abrechnung dieser EBM-Nummer ist immer eine kurative Diagnose!

Zuschläge für Chroniker

1. EBM 03220 –

Zuschlag zur GOP 03000

Diese Leistungsziffer kann man zusätzlich berechnen, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung behandelt oder betreut wurde.

Obligater Leistungsinhalt: ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Fakultativer Leistungsinhalt: eine fortlaufende Beratung zur Erkrankung sowie eine leitliniengestützte Behandlung und Koordination ärztlicher Maßnahmen.

2. EBM 03221 –

Zuschlag zur GOP 03220

Zuschlag für die intensive Behandlung und Betreuung von Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung.

Obligater Leistungsinhalt:

mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte

Fakultativer Leistungsinhalt:

eine fortlaufende Beratung hinsichtlich des Verlaufs und der Behandlung der chronischen Erkrankung(en), eine Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en), die Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en), die Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. die Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung.

Wichtig:

Die Abrechnung der Chronikerpauschalen (z.B. GOP 03220 und 03221) ist nur möglich, wenn die genannten Bedingungen erfüllt sind. Bei einem Hausarztwechsel muss die neue Praxis die vorherigen Kontakte dokumentieren und die Abrechnung mit dem Zusatz „H“ kennzeichnen für drei Quartale in Folge oder ZAPK und eine Verwaltungspauschale sind vorhanden.

Chronisch krank?

Ein Patient gilt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als chronisch krank, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind:

- **Lebensverändernde Erkrankung:** Der Patient muss mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung haben. Der Begriff „lebensverändernd“ wird nicht explizit definiert, sondern muss vom behandelnden Arzt im Einzelfall beurteilt werden. Beispiele: Ein Kind muss Blutdruckmedikamente nehmen. Umgekehrt ist die Einnahme von Blutdruckmedikamenten bei einer älteren Frau, die eine Krebserkrankung erleidet, nicht lebensverändernd.
- **Kontinuierliche ärztliche Behandlung:** Diese liegt vor, wenn in mindestens drei der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. In mindestens zwei Quartalen müssen persönliche Kontakte erfolgt sein.
- **Längere Behandlungsdauer:** Eine Krankheit gilt als schwerwiegend chronisch, wenn sie mindestens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde. Erst dann ist der Chroniker-Leistungsziffer abrechnungsfähig.

GOÄ 250 – Blutentnahme

Hier geht es um die Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene.

Abrechnung:

Die Ziffer ist je Entnahmesitzung abrechenbar und Teil des reduzierten Gebührenrahmens.

Steigerung:

Verbesserte Abrechnungsmöglichkeiten sind bei erschwerten Bedingungen möglich, z.B. bei schlechten Venenverhältnissen, und zwar mit Steigerungsfaktor bis zu 2,5. Ab Faktor 1,8 ist allerdings eine medizinische Begründung erforderlich.

**GOÄ 651 – Elektrokardiographien**

Diese Ziffer kommt bei elektrokardiographischen Untersuchungen in Ruhe und nach Belastung, mit mindestens neun Ableitungen (Extremitäten- und Brustwandableitungen) zum Tragen.

Abrechnung:

Einfachsatz: 14,75 €
Regelhöchstsat: 26,54 €
Höchstsat: 36,87 €

Zusatz:

Eine Zusatzziffer abzurechnen, ist mit der GOÄ 657 (Vektorkardiographie) zulässig, wenn die Untersuchung eine Vektorkardiographie ermöglicht.

GOÄ 657 – Vektorkardiographische Untersuchung**Abrechnung:**

Punktzahl 253
Einfachsatz: 14,75 €
Regelhöchstsat: 26,54 €
Höchstsat: bis zu 2,5-fach absetzbar

GOÄ 605 – Ruhespirographische Untersuchung

Bei dieser Abrechnungsnummer geht es um eine ruhespirographische Untersuchung im geschlossenen oder offenen System mit fortlaufend registrierenden Methoden.

Abrechnung:

Einfachsatz: 14,11 €
Regelhöchstsat: 25,39 €
Höchstsat: 35,26 €

Steigerung: Eine Steigerung ist auch hier bis zum Faktor 2,5 möglich, und zwar bei spezifischen Erkrankungen oder Herausforderungen wie etwa eine schlechte Patienten-Compliance.

GOÄ 605a – Zuschlag zur GOÄ 605

Diese Ziffer kann man bei der Darstellung der Flussvolumenkurve im Rahmen spirographischer Untersuchungen einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation ansetzen.

Wichtig:

Sachkosten für die Spirette sind ebenfalls abrechnungsfähig!