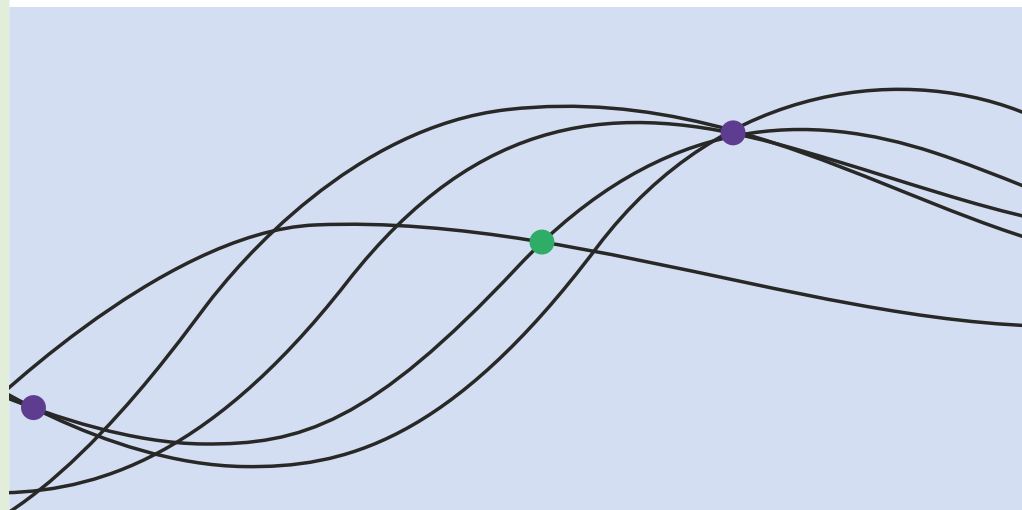


# Gesundheitswesen aktuell 2026

## Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



**Andreas Eurich, David Adamczyk**

Die GOÄ-Novellierung im Spannungsfeld von Innovation und wirtschaftlicher Tragfähigkeit  
Seite 82–97

doi: 10.30433/GWA2026-82

Andreas Eurich, David Adamczyk

## Die GOÄ-Novellierung im Spannungsfeld von Innovation und wirtschaftlicher Tragfähigkeit

In dem Beitrag wird anhand praktischer Beispiele dargestellt, warum eine Reform in der privatärztlichen Vergütung dringend erforderlich ist und welche strukturellen Verbesserungen die neue GOÄ bietet. Hierzu werden die Herausforderungen wie Finanzierungsrisiken beziehungsweise die operative Umsetzung für Versicherungsunternehmen geschildert. Ziel des Beitrags ist es, die GOÄ-Reform nicht als isoliertes administratives Projekt, sondern als strategische Herausforderung zu verstehen, die Wettbewerbsfähigkeit, Beitragsstabilität und Versorgungsqualität gleichermaßen berücksichtigt.

### Einleitung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die rechtliche Grundlage für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen in Deutschland. Sie regelt, welche Gebühren Ärztinnen und Ärzte für ihre Leistungen gegenüber Privatversicherten, Beihilfeberechtigten und Selbstzahlern in Rechnung stellen dürfen. Sie bildet damit die zentrale Abrechnungsgrundlage für die ambulante Versorgung im Privaten Krankenversicherungssystem. Mit etwa 8,79 Millionen vollversicherten Privatversicherten und zusätzlich 32 Millionen Zusatzversicherungen (2025) steuert die Private Krankenversicherung (PKV) einen erheblichen Anteil zur Gesundheitsversorgung bei. Fast jeder zweite Deutsche ist somit privat versichert (PKV-Verband 2026). In der Bilanz des ersten Halbjahres 2025 lagen die PKV-Ausgaben für ambulante Versorgung allein bei 9,3 Milliarden Euro (so der Verband der Privaten Krankenversicherung 2025). Im Gegensatz dazu erfolgt die Abrechnung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), einem zentralisierten System mit gedeckeltem Honorarvolumen.

Die aktuelle GOÄ stammt in ihrer Grundstruktur aus dem Jahr 1982; die letzte größere Überarbeitung erfolgte im Jahr 1996. Seither hat sich die medizinische Versorgung fundamental verändert. Digitalisierung, minimalinvasive Verfahren, molekulare Diagnostik und Telemedizin sind zur Routine geworden, ohne dass die GOÄ diese Entwicklungen systematisch abbildet. Eine Reform wird seit über 20 Jahren diskutiert, wurde aber durch politische Prioritäten, Koalitionskonstellationen und unterschiedliche Interessen zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern immer wieder aufgeschoben. Bereits im Jahr 2009 wurde die Erneuerung der GOÄ im Koalitionsvertrag der Bundesregierung schriftlich festgehalten.

Vor diesem Hintergrund einigten sich die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) nach jahrelangen Verhandlungen auf einen gemeinsamen Reformentwurf. Im September des Jahres 2024 präsentierten sie erstmals ein konsentiertes Preismodell, das sowohl die ärztlichen Belange als auch die Interessen der PKV abbildet. Nach umfassenden Konsultationen mit mehr als 165 ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden verabschiedete der 129. Deutsche Ärztetag diesen Entwurf am 29. Mai 2025 mit deutlicher Mehrheit. Bei der GOÄ handelt es sich um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird. Der Entwurf wurde daraufhin an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) übergeben. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat einen Regelungsentwurf des Ministeriums für Mitte des Jahres 2026 in Aussicht gestellt.

## **Notwendigkeit der GOÄ-Novellierung**

In der gesundheitsökonomischen Diskussion herrscht Einigkeit darüber, dass die bisherige GOÄ strukturell veraltet ist und zentrale Entwicklungen der letzten Jahrzehnte nicht mehr adäquat abbildet. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren sind in die Routineversorgung eingezogen, ohne dass sie systematisch in der GOÄ erfasst werden. Anhand von zwei Beispielen soll dargestellt werden, welche Implikationen die veraltete Struktur für Versicherungsunternehmen, Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte hat.

### **Transparenz statt komplexer Analogberechnungen**

Der aktuelle Ordnungsrahmen erzeugt in der Versorgungspraxis vielfältige Reibungsverluste, die sich exemplarisch am Beispiel der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fersensporn (oder Plantarfasziitis) illustrieren lassen. Ein Fersensporn ist ein kleiner knöcherner Auswuchs am Fersenbein, der meist am Ansatz der Plantarfaszie an der Unterseite der Ferse entsteht und im Röntgenbild als dorn- oder hakenförmige Struktur sichtbar ist. Entscheidend für das Beschwerdebild ist jedoch selten der Sporn selbst, sondern die anhaltende Reizung oder Entzündung der Plantarfaszie. Daher wird in der klinischen Praxis überwiegend von einer Plantarfasziitis gesprochen. Typisch sind belastungsabhängige Schmerzen am plantaren Fersenpol, besonders nach längerer Ruhe oder zu Beginn einer Belastung.

Die ESWT ist ein physikalisches Verfahren, bei dem hochenergetische Schallwellen über die Haut in das Gewebe eingeleitet werden. Ziel ist es, biologische Reaktionen wie eine verbesserte Gefäßneubildung, eine gesteigerte Zellaktivität und eine günstige Schmerzmodulation anzustoßen. Ursprünglich wurde diese Technik in den 1980er-Jahren zur Zertrümmerung von Nierensteinen entwickelt und später auf orthopädische Indikationen wie die Plantarfasziitis oder eine Kalkschulter (Tendinosis calcarea) übertragen. Seit den frühen 2000er-Jahren belegen randomisierte Studien eine signifikante Schmerzreduktion bei chronischer Plantarfasziitis (Ogden et al. 2001). Der PKV-Verband hat diese Methode in ihrer Funktion als Motor für Innovation und medizinischen Fortschritt frühzeitig erkannt und bereits im Jahr 2002 der Abrechnung zugestimmt. In der GKV wird die Behandlung der Plantarfasziitis erst seit dem Jahr 2019 erstattet.

Zum Zeitpunkt der letzten Novellierung der GOÄ war diese Behandlungsart nicht bekannt, entsprechend fehlt eine Gebührensiffer zur korrekten Abrechnung nach GOÄ. Für solche Fälle sieht die GOÄ die sogenannten Analogbewertungen nach § 6, Absatz 2 vor: „Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.“

Behandelnde Ärztinnen und Ärzte haben dann die Aufgabe, eine im Aufwand vergleichbare Leistung aus dem Gebührenverzeichnis auszuwählen. Wird von dieser Regelung Gebrauch gemacht, spricht man von sogenannten „Analogabrechnungen“. Es wird damit seitens des Ordnungsgebers sichergestellt, dass im Geltungsbereich der GOÄ auch innovative ärztliche Leistungen nach den Regeln dieser Gebührenordnung abrechnungsfähig sind. Die Regelung zur Analogabrechnung ist im Grundsatz sinnvoll und notwendig. Für die Anwendung der ESWT bei Fersensporn ist die GOÄ-Nummer 1800 analog berechnungsfähig. Das bedeutet im Bewertungssystem 1.480 Punkte. Je nach Anwendung des Steigerungsfaktors (von 1,0 bis 3,5) kostet eine Sitzung also zwischen 86,27 und 301,93 Euro. Die Anwendung ist seit längerer Zeit bekannt, und über die Verwendung der GOÄ-Nummer 1800 analog besteht branchenweit Konsens.

In der Vergangenheit war die Anwendung der GOÄ-Nummer 1800 analog allerdings nicht immer eindeutig. Zu Beginn wurde für die ESWT die GOÄ-Nummer 1860 „Stoßwellenlithotripsie von Nierensteinen“ berechnet. Diese Leistung wird mit 6.000 Punkten, also zwischen 349,72 und 1.224,03 Euro, vergütet. Das Zerstören von Nierensteinen stellt jedoch eine Komplexleistung mit deutlich höherem Gesamtaufwand dar, die unter anderem Probeortung, Feinkontrolle und Röntgenkontrolle einschließt und ihrem Umfang nach nicht mit einer orthopädischen Stoßwellenbehandlung eines Fersensorns vergleichbar ist (Deutsches Ärzteblatt 2002).

Aufgrund der Vielzahl neu hinzugekommener medizinischer Leistungen beobachten die Kostenträger, dass Analogabrechnungen häufiger angewendet werden und die Auslegung der gesetzlichen Kriterien „Art, Kosten- und Zeitaufwand“ nicht immer eindeutig ist. Damit verliert die GOÄ zunehmend ihre klare steuernde Funktion, die eigentlich Orientierung geben sowie Patientinnen und Patienten schützen soll. Um an dieser Stelle mehr Transparenz zu schaffen, prüft der PKV-Verband häufig vorkommende Analogabrechnungen daraufhin, ob sie den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, und dokumentiert diese in einer laufend aktualisierten Übersicht („Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen“). Die darin

aufgeführten Hinweise orientieren sich an den Vorgaben des § 6, Absatz 2 GOÄ für den Ansatz von Analogabrechnungen. Der Aufwand, solche Übersichten zu erstellen und aktuell zu halten, ist sowohl für Versicherer als auch für Ärztinnen und Ärzte beträchtlich. Gleichzeitig entstehen in der Rechnungsprüfung deutlich mehr Klärungsfälle, weil zunächst festgestellt werden muss, welche Auslegung als korrekt gilt.

Eine Aktualisierung des möglichen Leistungskatalogs, wie sie in der vorliegenden Novellierung mit einer Erweiterung von etwa 3.000 auf etwa 5.500 Abrechnungsnummern realisiert wurde, kann hier spürbar entlasten. Klare Leistungsbeschreibungen überführen die zunehmende Vielfalt der Analogabrechnungen in ein präzises System, vereinfachen die Abrechnungsprozesse und reduzieren Streitfragen zugunsten einer höheren Effizienz im Gesundheitswesen.

Im Hinblick auf den weiteren zu erwartenden medizinisch-technologischen Fortschritt ist es unerlässlich, dass die neue GOÄ zügig um neue Leistungen ergänzt werden kann. Für neue Leistungen bleibt die bewährte Analogbewertung nach § 6, Absatz 2 GOÄ weiterhin möglich und gewährleistet Flexibilität, wird jedoch durch das deutlich umfassendere Verzeichnis mit 5.500 Positionen seltener benötigt. Dafür sieht die neue GOÄ die paritätisch besetzte Gemeinsame Kommission (GeKo) aus Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe vor. Ihre Aufgabe ist eine systematische Pflege der GOÄ. Zudem spricht sie Empfehlungen für die Aufnahme neuer GOÄ-Nummern aus. Hierdurch ist sichergestellt, dass keine Empfehlung gegen das Votum der einzelnen Parteien ausgesprochen werden kann. Die Umsetzung der gemeinsamen Empfehlungen in geltendes Recht liegt beim Bundesministerium für Gesundheit.

### **Patientenzentrierung statt Technologiebias: Die Aufwertung sprechender Medizin**

Die geltende GOÄ stammt aus einer Ära, in der Medizin primär als technische Intervention verstanden wurde. Seitdem hat sich die Realität grundlegend verändert. Etwa 40 Prozent der deutschen Bevölkerung lebt heute mit mindestens einer chronischen Erkrankung; nicht wenige davon sind multimorbide, also von mehreren gleichzeitigen chronischen Leiden betroffen (WIP 2025).

Die bisherige GOÄ honoriert den Haus- oder Facharzt für technische Maßnahmen wie etwa Blutdruckmessung, EKG, Laborabnahme deutlich besser als für das, was diese Patientinnen und Patienten tatsächlich brauchen: regelmäßige intensive Gespräche über Therapieziele, Verständnis für ihre Lebenssituation, Abstimmung zwischen den Therapien verschiedener Fachrichtungen und gemeinsame Entscheidungsfindung zu Medikamentennebenwirkungen und Lebensqualität. Ein niedergelassener Internist, der mit multimorbiden Patientinnen und Patienten ein zehnmütiges strukturiertes Gespräch über Symptome, einen Medikationsabgleich, Priorisierung und Therapieentscheidung führt, kann dieses derzeit über die GOÄ-Nummer 1 abrechnen, die mit 80 Punkten (bei Anwendung des 2,3-fachen Regelsatzes: 10,72 Euro) bewertet wird. Die Sonografie eines Organs, die technisch standardisiert und weniger zeitintensiv ist, wird mit 200 Punkten (26,81 bis 40,80 Euro) bewertet. Einige Patientinnen und Patienten haben den Eindruck, dass solche Gespräche teilweise kürzer ausfallen, während Untersuchungen stattfinden, deren Notwendigkeit für sie nicht immer klar erkennbar ist.

Die GOÄ-Novellierung behebt dieses Missverhältnis durch mehrere konkrete Maßnahmen.

- Erstens werden Beratungs- und Anamnesegebühren aufgewertet und bisherige Ausschlussregelungen aufgehoben. Darüber hinaus dürfen die Beratungen künftig auch neben weiteren Untersuchungsleistungen abgerechnet werden.
- Zweitens werden zeitgetaktete, mehrfach je Sitzung berechnungsfähige Leistungen neu integriert, die es ermöglichen, längere Behandlungsdauern angemessen abzubilden.
- Drittens existieren neue Gebührensätze für bis dato nicht finanzierte Tätigkeiten, wie beispielsweise ärztliche Koordinations- und Betreuungsleistungen. Eine Ärztin oder ein Arzt kann künftig ein Koordinationsgespräch zwischen Hausarzt, Kardiologe, Nephrologe und Diabetologe für

seine multimorbiden Patientinnen und Patienten als eigenständige Leistung dokumentieren und angemessen abrechnen. Studien zeigen, dass intensive ärztliche Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) ungeplante Notaufnahmebesuche reduzieren können (Geiger 2023). Die multimorbide Patientin oder der multimorbide Patient mit optimierter Koordination kostet das System weniger als eine fragmentiert betreute Patientin oder ein fragmentiert betreuter Patient, der mit Notfallkomplikationen in die Klinik kommt.

Ein direkter Ziffernvergleich zwischen alter und neuer GOÄ ist in den vielen Fällen nicht zielführend, weil die Gebührenordnung systematisch überarbeitet wurde. Leistungen wurden komplexer gefasst, Erschwerniszuschläge neu eingeführt, Abrechnungsausschlüsse aufgehoben und Zeittaktung integriert. Ein vollständiges Bild ergibt sich erst, wenn das gesamte Leistungsspektrum einer Praxis mit den neuen Abrechnungsmöglichkeiten verglichen wird. Einzelne Behandlungsfälle zeigen jedoch, dass die neue GOÄ die Voraussetzungen stärkt, ärztliche Gesprächszeit als wertvolle und angemessen honorierte Kernleistung der Versorgung zu etablieren.

Tabelle 1 zeigt die Honorarstrukturen für einige hausärztliche Kernleistungen vor und nach der GOÄ-Novellierung. Die GOÄ-Nummer 1 (persönliche Beratung bis zehn Minuten) wird aufgewertet von 10,72 auf 14,11 Euro (ein Plus von 31,6 Prozent). Die Telefonberatung bleibt mehrfach täglich abrechenbar (bis zu fünfmal bei Dokumentation von Dauer und Inhalt) und ist nicht mehr an Untersuchungen gebunden. Früher war sie durch Ausschlussfristen eingeschränkt; heute kann sie neben GOÄ 1, Labor oder EKG stehen. Die Aufstellung eines Medikationsplans ist eine neu geschaffene eigenständige Ziffer für eine Tätigkeit, die früher über niedrigere Analogabrechnungen lief. Auch wenn der Vergleich der GOÄ-Nummer nicht „1 zu 1“ verwendet werden kann, ist an diesen Beispielen eine deutliche Aufwertung für hausärztliche Kernleistungen zu sehen.

**Tabelle 1: Vergleich von hausärztlichen Leistungen nach GOÄ**

Leistung	Bewertung aktuelle GOÄ (bei 2,3-fachem Regelsatz)	Bewertung neue GOÄ
persönliche Beratung (bis zehn Minuten)	10,72 Euro	14,11 Euro
Aufstellung eines Medikationsplans	5,36 Euro, unter Verwendung der GOÄ-Nummer 70 analog (kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähig- keitsbescheinigung)	14,23 Euro
hausärztliche Betreuung einer Patientin / eines Patienten (zweimal berechnungsfähig im Halbjahr)	nicht vorhanden	90,00 Euro
Zuschlag Multimorbidität (zweimal berechnungsfähig im Halbjahr)	nicht vorhanden	35,00 Euro

Quelle: eigene Darstellung nach Zimmermann 2024

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die GOÄ-Novellierung an mehreren zentralen Stellschrauben ansetzt, über die ihre Verbesserungen wirksam werden. Kernbestandteil ist ein deutlich erweitertes und neu strukturiertes Leistungsverzeichnis mit rund 5.500 Gebührennummern, das den aktuellen Stand der Medizin differenzierter abbildet und komplexe Behandlungen teilweise in eigenen Komplexleistungen bündelt. Beratungs- und Gesprächsleistungen werden höher bewertet, zeitlich genauer getaktet und von vielen bisherigen Abrechnungsausschlüssen entkoppelt, sodass längere und kombinierte Arzt-Patienten-Kontakte angemessen honoriert werden.

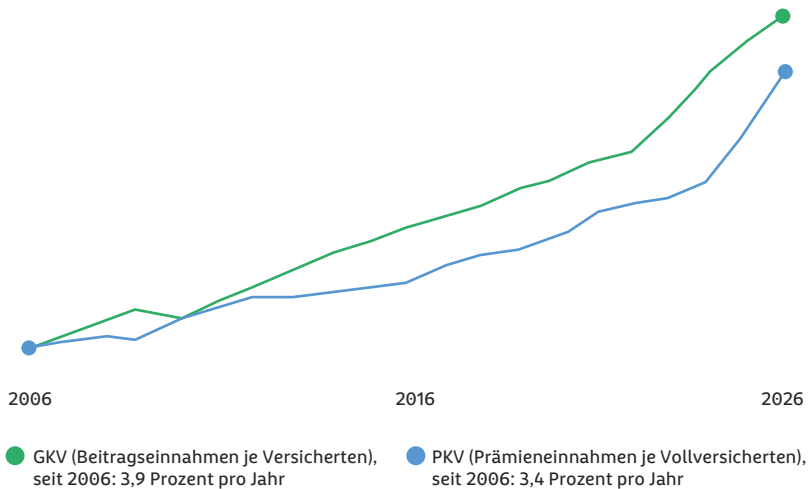
## Herausforderungen

Das deutsche Gesundheitssystem steht vor mehreren gleichzeitig wirkenden Großtrends, die die Ausgangslage für jede Reform prägen. Ausgabenseitig führt eine stark alternde Bevölkerung zu einer steigenden Zahl chronisch kranker Menschen. Während im Jahr 2024 jede fünfte Person älter als 67 Jahre alt war, wird ab Mitte 2030 jede vierte Person dieses Alter erreichen. Gleichzeitig bedeutet dies für die gesetzlichen Systeme, dass die Einnahmeseite schrumpft, weil weniger

Beitragszahlende die Leistungen finanzieren. Im ungünstigsten Fall kommen bis zum Jahr 2070 auf eine Leistungsempfängerin beziehungsweise einen Leistungsempfänger weniger als zwei einzahlende Menschen (Destatis 2025a).

Der medizinische und technische Fortschritt, ein massiver Fachkräftemangel sowie die defizitären Strukturen im Gesundheitswesen treiben die Kosten weiter in die Höhe: Die Gesundheitsausgaben im Jahr 2024 stiegen auf 538 Milliarden Euro an (ein Plus von 7,4 Prozent), das entspricht etwa zwölf Prozent des BIP (Destatis 2025b).

**Abbildung 1: Beitragsentwicklung der GKV und der PKV seit dem Jahr 2006**



Quelle: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Dieser Kostenanstieg erfordert Finanzierungsanpassungen, wobei die private Krankenversicherung angesichts ihres lebenslangen Leistungsanspruchs besondere Verantwortung für die Stabilität trägt. Anders als in der GKV dürfen PKV-Unternehmen einmal gegebene Versprechen nicht kürzen und müssen Mehrleistungen weiterhin finanzieren. Während die GKV-Beiträge einkommensabhängig und ein-

heitlich sind, basieren die PKV-Beiträge auf einem individuellen Versicherungsschutz; langfristig entwickeln sich beide Systeme jedoch ähnlich (GKV: +3,9 Prozent pro Jahr, PKV: +3,4 Prozent pro Jahr seit dem Jahr 2006). Weitere Sozialabgabensteigerungen sind zu vermeiden, da der Arbeitgeberanteil bereits erheblichen Druck auf den deutschen Wettbewerbsstandort ausübt. Vor diesem Hintergrund stellt die GOÄ-Novellierung eine weitere strukturelle Reform dar, die sich in dieses komplexe Spannungsfeld einfügt und eigene Risiken mit sich bringt.

### **Finanzierung und Beitragsstabilität**

Die GOÄ-Novellierung nimmt strukturelle Anpassungen nach vier Jahrzehnten medizinischen Fortschritts vor. Wie bereits oben erwähnt, wird die sprechende Medizin korrekterweise aufgewertet und der Leistungskatalog von 3.000 auf 5.500 Ziffern ausgeweitet. Darüber hinaus werden mit der Novellierung einheitliche Euro-Preise eingeführt. Bisher wurden die Gebührenordnungen mit einem Punktesystem bewertet und über variable Steigerungsfaktoren (1- bis 3,5-fach) an ihre Komplexität angepasst. Die Anwendung dieses Punktesystems ist streitanfällig, da Begründungen für höhere Bewertungen nicht immer eindeutig sind. Mit der Novellierung gibt es für jede Ziffer einen fest kalkulierten Euro-Beitrag. Dieser neue Grundpreis soll die realistischen Praxiskosten wie Personal- oder Energiekosten besser abbilden. Zusätzlich zu den angepassten Preisen werden Zuschläge für besondere Komplexitäten eingeführt. So kann bei Patientinnen und Patienten mit einem Body-Mass-Index (BMI) von über 40 bei bestimmten Leistungen die 1,5-fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Zudem ist mit steigenden Leistungsausgaben zu rechnen, da die neue GOÄ in einigen Bereichen weniger restriktiv gefasst ist. Für die PKV bedeutet die GOÄ-Novellierung keine Leistungsausweitung im Sinne neuer Leistungsversprechen gegenüber den Versicherten, sondern eine Neubewertung und Strukturmodernisierung des bestehenden ambulanten Leistungsspektrums.

Diese Kombination an Aufwertungen ist nachvollziehbar und schafft Anreize für patientenzentrierte Versorgung, birgt allerdings unmittelbar ein Finanzrisiko. Der von BÄK und PKV-Verband kalkulierte Anstieg um 13,2 Prozent über die ersten

drei Jahre ergibt sich aus Modellrechnungen, die das bestehende Leistungsvolumen auf das neue Verzeichnis übertragen. Dieser Wert ist jedoch keine starre Budgetgrenze, sondern lediglich eine Prognose.

Für die private Versicherungswirtschaft bedeutet das planbare, aber relevante Steigerungen der Leistungsausgaben. Relevant sind die Auswirkungen ebenfalls für die Beihilfe. Bund und Länder trugen im Jahr 2024 rund 20,4 Milliarden Euro jährlich für die Gesundheitskosten von 2,3 Millionen Beihilfeberechtigten (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages 2025). Die Steigerung von 13,2 Prozent des ambulant ärztlichen Honorarvolumens setzt die Haushalte des Bundes und der Länder weiter unter Druck. Auch deshalb ist die Beihilfe aktiv in die Novellierung involviert.

Zur Bewältigung dieses kalkulierten Anstiegs kommt die Gemeinsame Kommission zum Einsatz, eine paritätisch besetzte Instanz mit Vertreterinnen und Vertretern der BÄK, des PKV-Verbands und der Beihilfekostenträger. Die zentrale Aufgabe der Kommission ist es, die fortlaufende Ausgaben- und Leistungsentwicklung zu monitorieren und Empfehlungen für Anpassungen abzugeben. Jede dieser Parteien steht ein Vetorecht zu, bei Nichteinigung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit. Die Beihilfe sieht in der Gemeinsamen Kommission ein Instrument, um Haushaltsbelastungen zu begrenzen, fordert jedoch eine effektive Umsetzung, da die Länder im Bundesrat zustimmen müssen. Dieses Instrument ermöglicht frühzeitige Intervention bei Abweichungen von der Prognose, ohne die Flexibilität der GOÄ einzuschränken, und soll die Balance zwischen medizinischem Fortschritt und Kostenentwicklung herstellen.

Die GOÄ-Novellierung ist somit ein kalkulierbares Reformprojekt mit Treibern, messbaren Auswirkungen und einem definierten Stabilisierungsmechanismus. Die Wirksamkeit der Gemeinsamen Kommission wird jedoch maßgeblich davon abhängen, wie gut die Parteien einen Konsens finden und wie schnell der Verordnungsgeber die Empfehlungen umsetzt. Wichtig ist vor allem ein frühzeitiges Monitoring und Investitionen in digitale Prüfprozesse, um Beitragsstabilität inmitten der systemischen Kostendrucke zu sichern.

### **Operative Umsetzung: Strategische Investitionen mit Unsicherheiten**

Die GOÄ-Novellierung ist für private Krankenversicherer ein tiefgreifendes Umsetzungsprojekt, das weit über die reine Anpassung von Beitragssätzen hinausgeht. Ein Schwerpunkt liegt auf der technischen Umsetzung der neuen Gebührensätze. Für Versicherer sowie für Ärztinnen und Ärzte bedeutet das, dass bestehende Systeme zur Rechnungsverarbeitung grundlegend überarbeitet werden müssen. Prüfalgorithmen, die bisher auf die alten Ziffern und Kombinationsregeln ausgelegt waren, müssen auf ein deutlich erweitertes Leistungsverzeichnis und neue Kennzeichnungen vorbereitet werden.

Mit der technischen Ebene eng verknüpft ist der fachliche Implementierungsbedarf. Die neue GOÄ mit rund 5.500 Positionen schafft mehr Klarheit für viele medizinische Leistungen, erhöht aber zugleich die Anforderungen an alle, die Rechnungen prüfen und bewerten. Sachbearbeitende müssen verstehen, wann eine zeitbezogene Gesprächsleistung mehrfach am Tag berechnet werden kann, unter welchen Bedingungen ein Zuschlag zulässig ist und wie sich neue Leistungen zu bisherigen Analogbewertungen verhalten. Unternehmen sind gefordert, die Mitarbeitenden rechtzeitig und in angemessenem Umfang weiterzubilden. In der Einführungsphase ist vermutlich mit einer erhöhten Zahl von Rückfragen, Korrekturen und Einzelfallentscheidungen zu rechnen, die sich zu Beginn nicht vollständig automatisieren lassen.

Besonders spannend ist auch der Übergang zwischen alter und neuer Gebührenordnung. In der Praxis wird es zu Situationen kommen, in denen Behandlungen in der Zeit vor dem Inkrafttreten der neuen GOÄ erbracht, die Rechnungen aber erst danach gestellt werden. Dies zeigt ein Beispiel: Eine konservative orthopädische Behandlung beginnt im Dezember nach alter GOÄ, die Abschlussdiagnostik und Beratung finden im Januar nach neuer GOÄ statt. Wenn die Praxissoftware noch nicht vollständig umgestellt ist, kann es passieren, dass Ziffern des alten Gebührenverzeichnisses für Leistungen verwendet werden, die eigentlich bereits in die neue Logik fallen. Für den Versicherer stellt sich dann die Frage, welche Rechtslage anzuwenden ist und ob die Rechnung so akzeptiert oder eine Neuausstellung verlangt werden muss. Außerdem ist es denkbar, dass einige Versicherte

die Rechnungen gemäß der alten GOÄ erst im neuen Jahr einreichen, wenn die neue GOÄ bereits gültig ist. Sowohl die Prüfsoftware als auch die Mitarbeitenden müssen erkennen, dass es sich hierbei um eine korrekte Abrechnung aus der alten GOÄ handelt.

Auch wenn das BMG für die GOÄ-Novellierung noch keinen offiziellen Starttermin verkündet hat, deutet vieles auf das Inkrafttreten zum 1. Januar 2028 hin. Diese Zeit werden Versicherer, aber auch die Ärztinnen und Ärzte sowie die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen für den Umbau der IT-Systeme, notwendige Schulungen und die konsequente Allokation von Ressourcen benötigen. Der längere Parallelbetrieb von Alt- und Neusystem erhöht zudem Kosten und Komplexität.

Gleichzeitig birgt diese Umstellung auch Chancen. Neue maschinenlesbare Rechnungsformate mit standardisierten Pflichtangaben und der Wegfall von vielen Analogabrechnungen und den damit verbundenen Prüfungen können die Dunkelverarbeitung erhöhen, weil weniger interpretiert werden muss. Zudem liefert die strukturierte Kodierung wertvolle Erkenntnisse und macht Versorgungsqualität besser messbar. Das eröffnet neue Perspektiven für die Bewertung der Wirksamkeit gesundheitsökonomischer Maßnahmen – etwa welche hausärztlichen Betreuungskonzepte die Notfallraten bei Multimorbiden tatsächlich senken oder welche Zuschlagskombinationen besonders häufig auftreten.

## Fazit

Die GOÄ-Novellierung ist notwendig und sinnvoll. Nach über vier Jahrzehnten struktureller Stagnation schafft sie endlich eine moderne Grundlage für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen, die medizinischem Fortschritt, Digitalisierung und patientenzentrierter Versorgung gerecht wird. Die Aufwertung sprechender Medizin und der massive Katalogausbau adressieren echte Defizite.

Für Versicherungsunternehmen stellt die Novellierung ein strategisch großes Projekt dar. Die technischen Umstellungen sowie die operative Herausforderung eines neuen und größeren Ziffernkatalogs erfordern erhebliche Investitionen in IT-Systeme, Schulungen und Prozesse. Der unsichere Starttermin zwingt zu einer modularen Planung mit unvermeidlichen Parallelbetrieben, die die Kosten und die Komplexität erhöhen.

Entscheidend bleibt, dass die Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Hier ist die Gemeinsame Kommission der zentrale Steuerungsmechanismus. Durch fortlaufendes Monitoring von Ausgabenvolumen und Leistungsstruktur sowie paritätische Empfehlungen zu Anpassungen schafft sie die institutionelle Grundlage für eine dynamische Balance zwischen medizinischem Fortschritt und Beitragsstabilität. Das Instrument muss aktiv genutzt werden; frühzeitiges und datengetriebenes Monitoring sind nicht nur Risikomanagement, sondern auch Gestaltungsvorteil in einem sich immer wandelnden Gesundheitssystem. Der Verordnungsgeber ist vor allem in der dreijährigen Monitoringphase im Interesse der Versicherten-gemeinschaft angehalten, die in der Gemeinsamen Kommission zwischen BÄK und PKV-Verband erkannten Über- und Fehlbewertungen und den daraus resultierenden Korrekturbedarf sachgerecht umzusetzen. Zudem wäre ein stringenter Mechanismus zu begrüßen, um die gemeinsamen Empfehlungen konsequent in geltendes Recht zu überführen. Nach Inkrafttreten der für das Jahr 2028 vorgesehenen GOÄ-Novelle müssen notwendige Anpassungen des Leistungsverzeichnisses in kurzen Intervallen vollzogen werden. Ein erneutes „Veralten“ der GOÄ ist unter allen Umständen zu vermeiden.

## Literatur

- Destatis (2025a). Bereits 2035 wird in Deutschland ein Viertel der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein. Online unter [www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/12/PD25\\_446\\_12.html](http://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/12/PD25_446_12.html) (Download am 18. März 2026).
- Destatis (2025b). Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern. Online unter [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html) (Download am 18. März 2026).
- Deutsches Ärzteblatt (2002). Orthopädische Indikationen: „Aus“ für die extrakorporale Stoßwellentherapie? Regina Klakow-Franck. Online unter [www.aerzteblatt.de/archiv/orthopaedische-indikationen-aus-fuer-die-extrakorporale-stoesswellentherapie-c4311ff7-0fdb-4da7-bf74-e91c4f42ea67](http://www.aerzteblatt.de/archiv/orthopaedische-indikationen-aus-fuer-die-extrakorporale-stoesswellentherapie-c4311ff7-0fdb-4da7-bf74-e91c4f42ea67) (Download am 18. März 2026).
- Geiger, F. (2023). Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Online unter [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23\\_MAKING-SDM-A-REALITY\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf) (Download am 18. März 2026).
- Ogden, J. A. et al. (2001). Shock wave therapy for chronic proximal plantar fasciitis. In: Clin Orthop Relat Res, Jun, (387). S. 47–59. DOI: 10.1097/00003086-2001-06000-00007 (Download am 18. März 2026).
- PKV-Verband (2025). PKV-Chef-Mathematiker: „Wir beobachten einen konstanten Anstieg der Leistungsausgaben.“ Interview vom 5. August 2025. Online unter [www.pkv.de/verband/presse/meldungen/pkv-chef-mathematiker-wir-beobachten-einen-konstanten-anstieg-der-leistungsausgaben/](http://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/pkv-chef-mathematiker-wir-beobachten-einen-konstanten-anstieg-der-leistungsausgaben/) (Download am 18. März 2026).
- PKV-Verband (2026). Private Krankenversicherung auch 2025 mit stabilem Wachstum. Pressemitteilung vom 4. Februar 2026. Online unter [www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/pkv-branchenzahlen-private-krankenversicherung-auch-2025-mit-stabilem-wachstum/](http://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/pkv-branchenzahlen-private-krankenversicherung-auch-2025-mit-stabilem-wachstum/) (Download am 18. März 2026).
- WIP (2025). Immer mehr chronische Krankheiten: Die Folgen für die Leistungsausgaben. Meldung vom 18. September 2025. Online unter [www.pkv.de/verband/presse/meldungen/immer-mehr-chronische-krankheiten-die-folgen-fuer-die-leistungsausgaben/](http://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/immer-mehr-chronische-krankheiten-die-folgen-fuer-die-leistungsausgaben/) (Download am 18. März 2026).

- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags (2025). Fachbereich WD 6. Einzelfragen zu Beihilfeausgaben und zur Beihilfegewährung bei freiwillig gesetzlich versicherten Beamten. Deutscher Bundestag. Berlin. Online unter [www.bundestag.de/resource/blob/1106520/WD-6-038-25.pdf](http://www.bundestag.de/resource/blob/1106520/WD-6-038-25.pdf) (Download am 18. März 2026).
- Zimmermann, G. (2024). Was bedeutet die neue GOÄ für die hausärztliche Versorgung? Deutsches Arzt Portal vom 28. November 2024. Köln. Online unter [www.deutschesarztportal.de/abrechnung/detail/was-bedeutet-die-neue-goae-fuer-die-hausaerztliche-versorgung](http://www.deutschesarztportal.de/abrechnung/detail/was-bedeutet-die-neue-goae-fuer-die-hausaerztliche-versorgung) (Download am 18. März 2026).