

Grundlagen der Arztpraxenabrechnung: EBM und GOÄ im Überblick

Ein Leitfaden für fimdeu Vertriebsmitarbeiter und Tippgeber

(Wie funktioniert die Abrechnung in Arztpraxen und warum ist sie so komplex und fehlerbehaftet?)

Auf den Punkt:

Die Abrechnung in einer Arztpraxis basiert auf der Unterscheidung zwischen kassenärztlichen (GKV) und privatärztlichen (PKV) Leistungen und erfolgt hauptsächlich nach zwei Regelwerken: dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für GKV-Patienten und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für PKV-Patienten.

1. Abrechnung von Kassenpatienten (GKV)

Die Abrechnung von Patienten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, erfolgt nicht direkt zwischen Arzt und Patient, sondern über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) des jeweiligen Bundeslandes.

Regelwerk (EBM): Die Grundlage bildet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Jede abrechenbare Leistung, wie eine Beratung oder Untersuchung, ist im EBM mit einer spezifischen Ziffer und einer Punktzahl versehen.

Quartalsabrechnung: Ärzte reichen ihre erbrachten Leistungen quartalsweise gesammelt bei der KV ein.

Vergütung: Die KVen erhalten von den Krankenkassen ein Gesamtbudget, das dann an die Ärzte verteilt wird. Der Wert eines Punktes wird regional ausgehandelt. Bestimmte Leistungen, wie Impfungen oder Früherkennungsuntersuchungen, werden extrabudgetär (voll) vergütet.

Patientenbeteiligung: Patienten zahlen für Kassenleistungen in der Regel nichts direkt in der Praxis (abgesehen von eventuellen Zuzahlungen für Medikamente oder Heilmittel).

2. Abrechnung von Privatpatienten (PKV) und Selbstzahlern

Bei privat versicherten Patienten oder Selbstzahlern stellt der Arzt die Rechnung direkt an den Patienten.

Regelwerk (GOÄ): Hier gilt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ähnlich dem EBM sind Leistungen mit Ziffern und einem Basiswert aufgelistet.

Steigerungsfaktoren: Der Arzt kann den Basiswert der GOÄ-Leistung mit einem Faktor multiplizieren (in der Regel bis zum 2,3-fachen Satz ohne Begründung, bis zum 3,5-fachen Satz mit Begründung), abhängig von Aufwand und Umständen.

Rechnungsstellung und Bezahlung: Der Patient erhält eine detaillierte Rechnung und begleicht diese. Anschließend reicht er die Rechnung bei seiner privaten Krankenversicherung oder Beihilfestelle zur Erstattung ein.

Ablauf in der Praxis:

1. Dokumentation: Jede erbrachte Leistung wird in der Patientenakte dokumentiert.
2. Codierung: Die Leistungen werden den entsprechenden EBM- oder GOÄ-Ziffern zugeordnet.
3. Abrechnung: Die gesammelten Daten werden entweder quartalsweise an die KV übermittelt (GKV) oder dem Patienten direkt in Rechnung gestellt (PKV).
4. Zahlungseingang: Die Praxis überwacht den Zahlungseingang von Kassenärztlicher Vereinigung, privaten Krankenkassen oder Patienten.

Bedeutung der korrekten Abrechnung

[1] Die **rechtskonforme und korrekte Abrechnung** aller erbrachten Leistungen bildet die wirtschaftliche Grundlage jeder Arztpraxis[1]. Fehler bei der Abrechnung kosten bares Geld – falsche Ziffern, fehlende Dokumentation oder ungenutzte Leistungen können direkt zu Honorarverlusten führen[2]. Entsprechend ist die Abrechnung **entscheidend für den Praxiserfolg**: Nur was richtig abgerechnet und eingereicht wird, wird später vergütet. Neben dem medizinischen Können des Arztes zählt daher die richtige Abrechnung zu den wesentlichen Faktoren, um erbrachte Leistungen tatsächlich honoriert zu bekommen[3].

Gleichzeitig ist das Abrechnungssystem **hochkomplex und ständigen Änderungen** unterworfen[1]. Abrechnungsregeln werden regelmäßig angepasst – neue Gebührenordnungen, Punktwertänderungen oder gesetzliche Vorgaben erfordern ständig aktuelles Wissen. Diese Komplexität macht es für Praxisinhaber schwer, den Überblick zu behalten[1]. Oft wird die Abrechnung daher an geschultes Personal (z.B. Medizinische Fachangestellte) delegiert oder in größeren Praxen von Praxismanager:innen übernommen[4]. Wichtig ist, dass die zuständige Abrechnungskraft verlässlich und immer auf dem neuesten Stand der Abrechnungsvorschriften ist[5]. Fehler in diesem Bereich können nicht nur Einnahmeverluste bedeuten, sondern ggf. auch **Rechtsrisiken** (z.B. Regressforderungen der Kassen) nach sich ziehen.

Zwei parallele Abrechnungssysteme: In Deutschland existieren für ambulante Ärzt:innen im Wesentlichen zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme. Welches zur Anwendung kommt, hängt davon ab, wie der Patient versichert ist[6]. Gesetzlich Krankenversicherte (GKV-Patienten, „Kassenpatienten“) werden nach dem *Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)* abgerechnet, während Privatversicherte nach der *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)* abgerechnet werden[7][8]. Diese Trennung durchzieht die gesamte Praxisabrechnung und ist eine erste große Herausforderung: Jede erbrachte Leistung muss je nach

Versicherungsart korrekt dem einen oder dem anderen Regelwerk zugeordnet werden. Im Folgenden werden die Grundlagen dieser beiden Systeme – EBM und GOÄ – und ihre praktischen Abläufe ausführlich erklärt, um zu verdeutlichen, **wie komplex die ärztliche Abrechnung in der Praxis tatsächlich ist.** [9][10]

EBM vs. GOÄ – Zwei Systeme der Vergütung

Deutschland hat **zwei maßgebliche Vergütungssysteme** für ambulante ärztliche Leistungen: den **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** für gesetzlich Versicherte und die **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** für Privatpatienten[7][8]. Beide Systeme dienen dazu, ärztliche Leistungen abzurechnen und die finanzielle Abwicklung zwischen Arzt und Kostenträger zu regeln[7], unterscheiden sich jedoch grundlegend in ihrer Struktur:

- **Geltungsbereich:** Der EBM ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Leistungen, die gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden[11][12]. Jeder niedergelassene *Vertragsarzt* (mit Kassenzulassung) muss alle Behandlungen von GKV-Patienten nach EBM abrechnen. Die GOÄ kommt dagegen bei Privatversicherten zur Anwendung sowie bei Selbstzahlern oder Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) – also Leistungen, die nicht von der GKV bezahlt werden[13]. Auch ein gesetzlich Versicherter kann im Einzelfall Wunschleistungen privat nach GOÄ abrechnen, wenn diese außerhalb des GKV-Leistungskatalogs liegen (typisches Beispiel: Reiseimpfungen oder kosmetische Eingriffe als IGeL)[14][15].
- **Leistungskatalog und Ziffern:** Beide Systeme basieren auf umfangreichen **Gebührenkatalogen**, in denen jede erbrachte Leistung einer bestimmten **Ziffer** (Kodierung) zugeordnet ist[12]. Im EBM spricht man von *GOP* (Gebührenordnungspositionen), die meistens aus fünfstelligen Nummern bestehen. In der GOÄ sind es ein- bis vierstellige Paragraphen- oder Ziffernummern. **Beispiel:** Eine grundlegende ärztliche Beratung ohne Untersuchung entspricht im GOÄ der Ziffer 1 (Beratung, bis 10 Minuten)[16]. Im EBM gibt es keine exakt vergleichbare Einzelleistung, da eine kurze Beratung meist in der Versichertenpauschale aufgeht – man sieht also schon hier einen Unterschied in der Abrechnungslogik. Wichtig: Im EBM dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die auch im EBM-Katalog aufgeführt sind[17]. Leistungen, die dort nicht enthalten sind, **können gegenüber der GKV nicht abgerechnet werden**. In solchen Fällen (oder wenn das Budget erschöpft ist) müsste der Patient entweder selbst zahlen oder auf die Leistung verzichten. In der GOÄ hingegen gibt es für Leistungen, die nicht explizit gelistet sind, die Möglichkeit einer *Analogabrechnung*: Der Arzt wählt eine ähnliche GOÄ-Ziffer und kennzeichnet sie als "analog" berechnet[18]. Das erfordert allerdings, dass die gewählte Analogleistung nach Art, Kosten- und Zeitaufwand der erbrachten Leistung gleichwertig ist[19] – ein weiterer Aspekt, der die GOÄ-Berechnung anspruchsvoll machen kann.

- Honorarberechnung:** Im EBM basiert die Vergütung auf einem **Punktesystem**. Jeder Leistung ist eine bestimmte Punktzahl zugeordnet, welche die relative Wertigkeit der Leistung ausdrückt[20][8]. Die tatsächlich ausgezahlte Vergütung ergibt sich dann aus der **Multiplikation der Punktzahl mit einem Euro-Punktwert**, der von den Kassenärztlichen Vereinigungen (regional) festgelegt wird[20][21]. Dieser Punktwert kann je nach Bundesland leicht variieren und wird regelmäßig angepasst, z.B. betrug der Orientierungspunktwert 2025 etwa **12,39 Cent pro Punkt**[22]. Bei der GOÄ dagegen ist für jede Leistung ein fester **Gebührenbetrag (Gebührensatz)** angegeben, ausgedrückt ebenfalls in Punktwerten oder Eurobeträgen – dieser stellt den **Einfachsatz (Mindestsatz)** der Vergütung dar[23][24]. Den Endpreis kann der Arzt jedoch durch einen **Steigerungsfaktor** anpassen[13][25]: Je nach Aufwand und Schwierigkeit der Behandlung darf der Betrag mit einem Faktor multipliziert werden (üblich ist bis zum **2,3-fachen Satz** ohne Begründung, das gilt als durchschnittliche Schwierigkeit). Höhere Faktoren bis maximal 3,5-fach sind möglich, erfordern aber eine schriftliche Begründung gegenüber dem Patienten bzw. der Versicherung, warum die Behandlung überdurchschnittlich aufwendig war[26][27]. Technische Leistungen haben dabei einen niedrigeren Schwellenwert (i.d.R. 1,8-fach) und Laborleistungen nur 1,15-fach als Regelhöchstwert[25][27]. **Budgetbeschränkungen** gibt es in der GOÄ **nicht** – jeder erbrachten Leistung kann (theoretisch) voll abgerechnet werden[28]. Im EBM hingegen unterliegen viele Leistungen einer **Budgetierung** (siehe nächster Abschnitt), d.h. es gibt Obergrenzen, bis zu denen Leistungen voll bezahlt werden, während darüber hinausgehende Leistungen abgestaffelt oder gar nicht mehr vergütet werden[29][30].
- Abrechnungsprozess:** Der Ablauf der Abrechnung unterscheidet sich erheblich. **Kassenleistungen (EBM)** werden gesammelt **quartalsweise** mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgerechnet[10]. Die KV fungiert als intermediäre Stelle zwischen Arzt und Krankenkassen. Alle Abrechnungsdaten der GKV-Patienten werden nach Quartalsende an die KV übermittelt, dort geprüft und das Honorar berechnet[31]. Der Arzt erhält sein Geld dann nicht sofort komplett, sondern zunächst in Form von **monatlichen Abschlagszahlungen**, die die KV auszahlt[32]. Die endgültige **Honorarabrechnung** erfolgt in der Regel im übernächsten Quartal, wenn alle Leistungen geprüft und das Quartalsbudget verrechnet ist[33]. Bei **Privatleistungen (GOÄ)** rechnet der Arzt **direkt mit dem Patienten** ab[34]. Der Patient erhält nach der Behandlung eine private Rechnung und muss diese (je nach Versicherung) selbst bei seiner privaten Krankenversicherung zur Erstattung einreichen[34]. Die Zahlung erfolgt also vom Patienten an den Arzt – entweder sofort (z.B. per EC-Karte) oder per Überweisung innerhalb der auf der Rechnung genannten Frist. Viele Privatpatienten reichen die Arztrechnung dann bei ihrer PKV ein und bekommen den erstattungsfähigen Teil zurückerstattet[34]. Da die Liquidität bei Privatabrechnung vom Zahlungsverhalten der Patienten abhängt, nutzen manche Praxen **Abrechnungsdienstleister (Factoring)**: Diese kaufen die Forderungen vom Arzt an und zahlen ihm sofort den

Betrag (abzgl. Gebühren), während sie selbst das Risiko übernehmen, das Geld vom Patienten einzuziehen^{[35][36]}. Gerade größere Praxen oder solche mit hohem Privatanteil lagern die Privatabrechnung oft an solche **Privatärztlichen Verrechnungsstellen** aus, um Aufwand und Mahnwesen abzugeben – ein Aspekt, der Vertriebsmitarbeiter kennen sollten, wenn sie Ärzte auf das Thema Abrechnung ansprechen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass **EBM und GOÄ zwei parallel existierende Honorarsysteme** sind, die jeder Arzt in der Praxis beherrschen muss. Die Trennung nach Versicherungsstatus zieht erhebliche organisatorische Konsequenzen nach sich. Im nächsten Schritt betrachten wir die **praktische Umsetzung**: Wie läuft die Abrechnung nach EBM konkret ab? Was muss bei einer Quartalsabrechnung beachtet werden? Und wie funktioniert die Privatliquidation im Detail?

Abrechnung von Kassenpatienten nach EBM

Für alle **gesetzlich versicherten Patienten** muss ein niedergelassener Arzt seine Leistungen nach den Regeln des EBM abrechnen. **Vertragsärzte** (also Ärzte mit Zulassung zur GKV-Versorgung) sind verpflichtet, jeden Patientenkontakt und jede Behandlung in **EBM-Ziffern (GOP)** zu dokumentieren^{[11][12]}. Das geschieht in der Regel mit Hilfe einer **Praxisverwaltungssoftware (PVS)** direkt während oder nach dem Patientenbesuch. Jede erbrachte Leistung – ob Gespräch, Untersuchung, Injektion, Laboranforderung etc. – wird mit der entsprechenden GOP im System erfasst, meist zusammen mit Diagnoseschlüssel (ICD-10) und Leistungsdatum^[9]. Moderne Praxissoftware unterstützt die Ärzte und MFAs dabei, indem sie z.B. Warnhinweise gibt, wenn bestimmte Ziffern nicht kombinierbar sind oder Leistungsobergrenzen erreicht wurden. Dennoch liegt die Verantwortung beim Praxisteam, **alle erbrachten Leistungen vollständig und korrekt zu codieren**, da nur codierte Leistungen abgerechnet und vergütet werden.

Wertung in Punkten: Jede EBM-GOP hat eine definierte **Punktzahl**, die ihren Wert relativ zu anderen Leistungen ausdrückt^[20]. Beispiel: Eine kurze Beratung am Quartalsanfang ist Bestandteil der Versichertenpauschale und hat beispielsweise 80 Punkte, während ein aufwendiger Hausbesuch vielleicht 320 Punkte wert ist – je höher der Punktwert, desto mehr wird die Leistung vergütet. Allerdings bedeutet eine höhere Punktzahl nicht automatisch mehr Geld, denn der **Regionale Punktwert** (Cent-Betrag pro Punkt) wird so angepasst, dass die Gesamtvergütung im Rahmen bleibt^{[21][37]}. Für 2025 lag der bundeseinheitliche Orientierungswert bei etwa **12,39 Cent pro Punkt**^[22]. Dieser Wert kann je nach Kassenärztlicher Vereinigung (KV) leicht abweichen, da Faktoren wie regionale Morbidität und Arztlage berücksichtigt werden^[38]. Am Quartalsende summiert die Praxissoftware alle gesammelten Punkte der Quartalsleistungen. Multipliziert mit dem gültigen Punktwert ergibt das zunächst die **theoretische Vergütungssumme**.

Budgetierung und Begrenzungen: In der GKV-Abrechnung greift jedoch das **Budgetierungssystem**: Die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen ist gedeckelt, um die Kosten im Gesundheitswesen zu kontrollieren^{[39][40]}. Jeder Vertragsarzt hat ein

sogenanntes **Regelleistungsvolumen (RLV)** oder ähnlich benanntes Budget, das vorgibt, bis zu welchem Umfang seine Leistungen voll bezahlt werden[41][29]. Dieses Budget wird von der KV je Quartal im Voraus festgelegt, je nach Fachgebiet, Patientenzahl etc. (z.B. in Form eines Euro-Volumens oder Punktzahlvolumens)[42]. Erbringt der Arzt Leistungen über dieses Volumen hinaus, werden diese **nur noch abgestaffelt vergütet oder gar nicht bezahlt**[29]. Überschreitet eine Praxis also ihr Budget, erhält sie für die „überbudgetierten“ Punkte eventuell nur z.B. 30% des normalen Punktwerts oder null Euro (je nach Regelung). Dadurch kann es passieren, dass zwei Ärzte mit gleicher Arbeit am Quartalsende unterschiedlich bezahlt werden, wenn einer sein Budget überschritten hat. Einige Leistungen sind allerdings **extrabudgetär** und werden immer voll vergütet – dazu zählen oft präventive Leistungen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) oder bestimmte dringliche Leistungen[43]. Die KVen definieren diese Ausnahmen über Sonderbudgets wie das *qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)* für bestimmte Leistungen oder die *Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)* auf Landesebene[44]. Für das Praxisteam bedeutet das: Man muss nicht nur die Ziffern kennen, sondern auch wissen, **welche Leistungsbereiche gedeckelt** sind und wo ggf. noch Honorarspielraum besteht. Eine moderne Software zeigt oft während des Quartals an, wie viel vom Budget schon verbraucht ist[45], aber **Detailanalysen** (z.B. wo Optimierungspotenziale liegen) erfordern meist **Expertise oder spezielle Auswertungs-Tools**[45].

Quartalsabrechnung Schritt für Schritt: Die Abrechnung der Kassenleistungen erfolgt *vierteljährlich*. Die vier Quartale enden am 31. März, 30. Juni, 30. September und 31. Dezember. **Nach Quartalsende** hat die Praxis meist bis zum **15. des Folgemonats** Zeit, ihre Abrechnungsunterlagen an die KV zu übermitteln[46]. In dieser Frist muss das Praxisteam alle Scheine abschließen, die Abrechnung per Datenübertragung oder Datenträger an die KV schicken und ggf. schriftliche Unterlagen (Scheine, Überweisungen) einreichen. Werden Fristen versäumt, drohen **Honorarverluste** – eine verspätete oder unvollständige Abrechnung kann von der KV gekürzt oder abgelehnt werden[47]. Deshalb ist terminliche Disziplin wichtig; im Ausnahmefall (z.B. Krankheit) kann man bei der KV aber eine Fristverlängerung beantragen[48].

Sobald die KV die Quartalsabrechnungen erhalten hat, beginnt sie mit der **Prüfung und Berechnung**. Die KV kontrolliert die Abrechnungen auf **Plausibilität und Fehler**[49]: z.B. ob alle Ziffern berechnungsfähig sind, ob Doppelabrechnungen vorliegen oder Ausschlüsse missachtet wurden. Auch Wirtschaftlichkeitsprüfungen können erfolgen, etwa ob das Leistungsvolumen statistisch auffällig hoch ist. Nach dieser Prüfung erstellt die KV den **Honorarbescheid** für die Praxis. Die Auszahlungen erfolgen gestaffelt: Üblich ist, dass die Ärzte bereits *während des laufenden Quartals* **monatliche Abschläge** auf ihr voraussichtliches Honorar erhalten (damit sie nicht viele Monate ohne Einkommen bleiben)[50]. Diese Abschlagszahlungen basieren meist auf den Vorquartalswerten. Nach Abschluss der Prüfung kommt es dann in vielen Regionen zur **Schlusszahlung circa 6-8 Wochen nach Quartalsende** (manchmal auch später), bei der die Differenz zwischen Abschlag und tatsächlichem Honorar ausgeglichen wird[31]. **Beispiel:** Ist Q1 am 31.3. beendet, erstellt die Praxis bis 15.4. die Abrechnung. Die KV prüft, und um den 15.7. herum erhält die Praxis den Restbetrag für Q1 ausgezahlt[50]. Zuvor wurden im April, Mai, Juni

schon Teilbeträge überwiesen, damit nicht das gesamte Q1-Honorar erst im Juli zufließt[50]. Manche KV verschicken vor der Schlusszahlung einen **Korrekturbescheid**, der auf etwaige Abrechnungsfehler hinweist, die bereinigt wurden[50].

Wichtige Begriffe im EBM: In der Praxis stößt man auf eine Vielzahl von Fachbegriffen. Zum Verständnis hier einige zentrale Konzepte:

- *Arztfall, Behandlungsfall, Krankheitsfall:* Diese Begriffe definieren, wie oft bestimmte Pauschalen berechnet werden dürfen. Beispiel: Ein *Behandlungsfall* im EBM ist in der Regel der **Patient pro Quartal in einer Praxis**. Die Versichertenpauschale beim Hausarzt kann pro Behandlungsfall (Quartal) nur einmal abgerechnet werden. Ein *Arztfall* bezieht sich auf alle Behandlungen eines Patienten bei *einem* Arzt, ein *Krankheitsfall* umfasst alle Behandlungen für dieselbe Diagnose innerhalb von z.B. 4 Quartalen. Solche Definitionen steuern, ob man z.B. nach einem Quartalswechsel erneut Pauschalen abrechnen darf oder nicht. Für den Verkauf ist wichtig zu wissen: Diese Regeln existieren und machen das System komplizierter – ein Arzt kann nicht bei jedem Besuch dieselbe Leistung erneut abrechnen, wenn es durch Fallbegrenzungen limitiert ist.
- *Versichertenpauschale:* Das ist eine **Grundpauschale** pro Patient und Quartal in vielen Fachgruppen (z.B. Allgemeinärzte, Internisten). Sie deckt die Grundversorgung ab, inkl. Beratung und einfacherer Untersuchungen. Darüberhinaus gibt es oft **Zusatzpauschalen** oder Zuschläge, etwa für Chronikerbetreuung (wenn der Patient chronisch krank ist, EBM 03220 als Zuschlag beim Hausarzt[51]) oder für bestimmte Altersgruppen. Diese Pauschalen sollen den **Routineaufwand** einer Praxis pauschal vergüten; der Arzt erhält sie unabhängig davon, ob der Patient einmal oder zehnmal im Quartal kommt (daher keine zusätzliche Vergütung für jeden einzelnen Besuch innerhalb desselben Quartals, sofern nichts spezielles gemacht wird).
- *Einzelleistungen:* Neben den Pauschalen gibt es viele Einzelleistungen, die zusätzlich berechnet werden können – z.B. technische Leistungen (EKG, Ultraschall), Labor, Vorsorgeuntersuchungen etc., meist mit eigenen GOPs. Einige Einzelleistungen schließen jedoch die Pauschale aus (dann wird stattdessen extrabudgetär vergütet). Es gibt auch Leistungen, die **nicht nebeneinander abrechenbar** sind – z.B. wenn zwei Ziffern denselben Inhalt haben, darf man nur eine wählen. Die Abrechnungsbestimmungen im EBM sind hier sehr detailliert.

Beispiel für EBM-Abrechnung: Ein veranschaulichendes Beispiel ist die **Wundversorgung in der Allgemeinarztpraxis**. Je nach Art der Wunde und Behandlung gibt es unterschiedliche EBM-Ziffern:

- *GOP 02300* – Primäre Wundversorgung (ohne Wundverschluss), z.B. einfache Reinigung einer Schürfwunde[52]. Diese Ziffer kann pro **Behandlungstag** nur **einmal** abgerechnet werden und **schließt sich gegenseitig** mit den folgenden aus[52].

- **GOP 02301** – Primäre Wundversorgung mit Naht oder Gewebekleber bei Erwachsenen und Jugendlichen >12 Jahre, z.B. Nähen einer Schnittwunde[52].
- **GOP 02302** – Primäre Wundversorgung mit Naht bei Kindern bis 12 Jahre (für Kinder gibt es Sonderziffern)[53].

Welche Ziffer anwendbar ist, hängt also vom **Vorgehen** (mit/ohne Naht/Gele) und vom **Alter** des Patienten ab[52][53]. Man sieht: Schon für eine scheinbar einfache Leistung wie „Wunde versorgen“ gibt es mehrere GOPs mit unterschiedlichen Bedingungen. Die Praxissoftware hilft zwar, indem sie z.B. verhindert, dass 02300 und 02301 am selben Tag für den gleichen Patienten eingetragen werden (da sie sich gegenseitig ausschließen), aber das Personal muss wissen, **welche Ziffer im konkreten Fall richtig ist**. Die Vergütung dieser Leistung ergibt sich dann aus der Punktzahl der jeweiligen GOP multipliziert mit dem Punktwert. Nehmen wir an, GOP 02301 hat z.B. 80 Punkte – bei ~12,4 Cent/Punkt wären das etwa 9,92 Euro brutto Vergütung für diese Wundversorgung. Wird die Wunde bei einem GKV-Patienten genäht, kann der Arzt also keine beliebige Summe aufrufen, sondern bekommt genau die festgelegten Punkte vergütet – es sei denn, er hätte sein Budget erschöpft; dann würde ggf. nur ein Bruchteil dieses Betrags ankommen.

Dokumentation als Basis: Wichtig zu betonen ist, dass **keine Abrechnung ohne Dokumentation** erfolgen darf. Was nicht (schriftlich oder elektronisch) dokumentiert wurde, gilt als nicht erbracht – und umgekehrt darf nichts abgerechnet werden, was nicht dokumentiert ist[54]. Die KV kann stichprobenartig oder bei Prüfverfahren die Patientenakten anfordern, um zu kontrollieren, ob für die abgerechneten Ziffern auch die entsprechenden Leistungen dokumentiert wurden. Daher gehört es zur Abrechnungsroutine, dass jede Leistung kurz in der Kartei vermerkt ist (z.B. „Blut abgenommen, Labormaterial verschickt“ passend zur GOP 02335 etc.). Für unsere Vertriebsmitarbeiter bedeutet das: Ärzte haben einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand, um alle Leistungen richtig zu erfassen – entweder sie oder ihre MFAs kümmern sich um diese Codierung in der Praxissoftware. Dieser Aufwand und die potentielle Fehlerquelle (falsche oder vergessene Ziffern) sind mit ein Grund, warum externe Abrechnungsexperten oder Beratungen (wie z.B. ratiomedicus) nachgefragt werden: Sie können Praxen helfen, **keine Leistungen unvergütet zu lassen** und Abrechnungsfehler zu vermeiden.

Abrechnung von Privatpatienten nach GOÄ

Die Abrechnung privater Leistungen erfolgt nach der **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**, einem bundesweit gültigen Regelwerk (als Rechtsverordnung) für privatärztliche Honorare[23]. **Privatpatienten** haben keinen Vermittler wie die KV zwischen Arzt und Versicherung – hier gilt das **Kostenerstattungsprinzip**: der Patient ist der unmittelbare Rechnungsempfänger[34]. Die ärztliche Leistung wird dem Patienten in Rechnung gestellt, und dieser kann dann die Rechnung bei seiner Privaten Krankenversicherung (PKV) einreichen, um gemäß seinem Tarif eine Erstattung zu erhalten[34]. Wichtig: Der **Vertrag** kommt direkt zwischen Arzt und Patient zustande (Behandlungsvertrag). Bei rein privaten Leistungen muss der Patient vorher in die Behandlung einwilligen und sollte über die

voraussichtlichen Kosten informiert werden^{[14][55]} – insbesondere wenn ein gesetzlich Versicherter freiwillig eine IGeL-Leistung in Anspruch nimmt, muss er wissen, dass er selbst zahlen muss.

GOÄ-Leistungskatalog: Die GOÄ listet in verschiedenen Abschnitten alle abrechenbaren ärztlichen Leistungen auf, von Allgemeinen Leistungen (Abschnitt A) über Labor (M) bis technische Leistungen (O) usw.^[25]. Jede Position hat eine Nummer (oft auch als "Ziffer" bezeichnet) und eine **Punktzahl**. Zusätzlich gibt es einen festgelegten **Punktwert** in Euro. Durch Multiplikation von Punktzahl und Punktwert erhält man den **Grundbetrag (Einfachsatz)** für die Leistung^[24]. Anders als im EBM ist dieser Punktwert in der GOÄ *statisch* (er wurde 1996 festgelegt und seitdem kaum verändert). Als Richtwert liegt er bei ca. 5,8287 Cent pro Punkt für ärztliche Leistungen. **Beispiel:** Die GOÄ-Ziffer 1 (eingehende Beratung, bis 10 Minuten) hat 80 Punkte; multipliziert mit ~0,0583 € ergibt das ~4,66 € als Einfachsatz. GOÄ-Ziffer 5 (Symptombezogene Untersuchung eines Organs) hat 80 Punkte – ebenfalls ~4,66 € Einfachsatz. Diese Beträge wirken auf den ersten Blick niedrig, aber hier kommt der **Steigerungsfaktor** ins Spiel.

Steigerungsfaktoren und Gebührenrahmen: Die GOÄ erlaubt es dem Arzt, je nach **Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand** den Gebührensatz zu erhöhen. Es gibt einen vorgegebenen **Gebührenrahmen** mit einem *Regelhöchstsat* (auch Schwellenwert genannt) und einem *Höchstsat*^{[26][27]}. Für die meisten ärztlichen Leistungen (persönlich-ärztliche Leistungen) liegt der **Regelhöchstsat** bei **2,3-fach** und der **Höchstsat** bei **3,5-fach** der Gebühr^{[56][27]}. Bis zum 2,3-fachen darf der Arzt **ohne besondere Begründung** abrechnen, da dies als durchschnittliche Leistung gilt^{[26][27]}. Wenn er einen höheren Faktor ansetzen will (z.B. 3,2-fach), muss er auf der Rechnung eine **schriftliche Begründung** angeben, warum die Behandlung aufwendiger war als normal^{[26][57]}. Die Versicherung des Patienten prüft diese Begründung und entscheidet, ob sie den Betrag erstattet. Für technische Leistungen (Apparateinsatz, Labor) sind die Spannen geringer: z.B. Laborleistungen nur bis 1,3-fach (Höchstsat)^{[56][27]}. In der Praxis nutzen Ärzt:innen diese Faktoren, um z.B. längere Gesprächszeiten, höhere Schwierigkeitsgrade oder Dringlichkeiten abzubilden. **Beispiel:** Ein privater Patient hatte ein sehr langes Gespräch (30 Minuten) und eine komplexe Untersuchung – statt GOÄ 3 (Beratung >10 Min., 150 Punkte) einfach, könnte der Arzt z.B. GOÄ 3 mit 3,0-fachem Satz berechnen. Dadurch würde aus ca. 8,74 € (150 Punkte * 5,83 Cent, einfach) etwa 26,22 € werden. Kombiniert er das mit weiteren Ziffern (z.B. GOÄ 7 für vollständige Untersuchung eines Organsystems, 80 Punkte, evtl. 2,5-fach), summiert sich die Rechnung entsprechend. Die **Flexibilität** der GOÄ erlaubt es also, das Honorar an den tatsächlichen Aufwand anzupassen – jedoch **innerhalb der festgelegten Grenzen**. Werte über 3,5-fach sind offiziell nur in Ausnahmefällen zulässig (mit schriftlicher Zustimmung des Patienten vorab, sogenannter **Honorarvereinbarung**). Allerdings wird kritisiert, dass die GOÄ seit **1996 nicht grundlegend angepasst** wurde^{[58][59]}. Viele moderne Leistungen fehlen oder sind nach heutigen Maßstäben unterbewertet, weshalb Ärzte in bestimmten Fällen kreativ werden müssen (Analogziffern) oder inoffiziell höhere Steigerungen vereinbaren. In Ballungsräumen ist es mittlerweile üblich, faktisch über den 3,5-fachen Sätzen zu

liquidieren, um ein adäquates Honorar zu erzielen^{[59][60]} – dies zeigt den Reformbedarf der GOÄ, macht aber die aktuelle Abrechnungslage nicht einfacher.

Hoher Aufwand in der Privatabrechnung – Während Kassenleistungen quartalsweise mit der KV abgerechnet werden, erfolgt die Privatabrechnung direkt zwischen Arzt und Patient. Ärzte oder ihre Mitarbeiter müssen Rechnungen erstellen, Zahlungsfristen überwachen und ggf. Mahnwesen betreiben. Viele Ärzte nutzen daher externe Abrechnungsservices, um Zeit zu sparen.^{[35][36]}

Direkte Rechnungsstellung und Zahlungsmanagement: Bei GOÄ-Leistungen muss die Praxis eine **Rechnung erstellen**, die bestimmten formalen Anforderungen genügt (Name und Anschrift von Arzt und Patient, Datum, Diagnose, jede Leistung mit GOÄ-Ziffer, Faktor, Betrag, etc.). Diese Rechnung geht an den Patienten. Üblicherweise gewähren Ärzte ein Zahlungsziel (z.B. 2 Wochen). Bleibt die Zahlung aus, muss die Praxis mahnen. Das bringt einen **Verwaltungsaufwand und Ausfallrisiko** mit sich, den es bei Kassenpatienten so nicht gibt (dort zahlt ja die KV garantiert, ggf. verzögert). Daher ist die Privatabrechnung auch in wirtschaftlicher Hinsicht anspruchsvoll: Sie erfordert gutes Forderungsmanagement. Viele Praxen entlasten sich hiervon, indem sie **Privatärztliche Verrechnungsstellen** einschalten, die gegen Gebühr die Rechnungsstellung, Buchhaltung und notfalls Inkasso übernehmen^{[35][36]}. Diese Dienstleister bieten oft auch **Factoring** an – der Arzt bekommt sein Geld sofort ausgezahlt (abzüglich einer Servicegebühr), und die Firma treibt das Geld beim Patienten ein. So hat der Arzt kein Risiko von Zahlungsausfällen und spart sich Zeit. Für einen Vertriebsmitarbeiter ist es gut zu wissen, dass **viele Ärzte ungern selbst hinter ihrem Geld herlaufen** und deshalb solche Dienste nutzen. Angebote wie das von *rationedicus* (Abrechnungssupport, 360° Abrechnung etc.) zielen darauf ab, genau diese Entlastung zu bieten, indem Experten die Abrechnung prüfen, optimieren und abwickeln.

Keine Budgets, aber Regeln: Im Gegensatz zur GKV-Abrechnung muss ein Privatarzt sich **nicht um Quartalsbudgets sorgen** – prinzipiell kann er unbegrenzt viele Leistungen berechnen, und jeder zusätzliche Handschlag bringt zusätzliches Honorar^[28]. Dies verleitet natürlich dazu, privat mehr Leistungen anzubieten. Dennoch heißt „keine Budgetgrenze“ nicht, dass es **keine Regeln** gibt. Die GOÄ selbst enthält diverse **Ausschlüsse und Begrenzungen:** Manche Ziffern schließen einander aus (z.B. GOÄ 1 Beratung und GOÄ 3 Beratung >10 Min. – man kann pro Sitzung nur eine Beratungsleistung abrechnen). Bestimmte Leistungen sind laut GOÄ **nicht nebeneinander berechnungsfähig**, wenn sie im Zusammenhang stehen (z.B. zwei Untersuchungsziffern, die dasselbe Gebiet betreffen, müssen ggf. als eine komplexe Leistung abgerechnet werden). Auch gibt es Vorgaben, dass Leistungen nur einmal am Tag je Patient abgerechnet werden dürfen, ähnliches wie im EBM bei Tagessätzen. Außerdem schreibt die GOÄ vor, dass bei Operationen und aufwändigen Leistungen z.T. Assistenz, Anästhesie usw. separat zu berücksichtigen sind – was ebenfalls komplex ist. Neuartige Verfahren, die nicht in der GOÄ stehen, dürfen nur analog angesetzt werden^[18], was manchmal mit Unsicherheiten verbunden ist (man muss die richtige Analogleistung finden und dokumentieren, warum sie passt). **Fazit:** Zwar wirkt die Privatabrechnung freier, aber ein

fundierte GOÄ-Wissen ist genauso erforderlich, um korrekt und optimal abzurechnen. Fehler oder Versäumnisse hier wirken sich direkt auf den Umsatz der Praxis aus, da jede nicht gestellte Rechnung oder jede zu niedrig bemessene Gebühr verlorenes Geld bedeutet.

Typische Herausforderungen und Beispiele aus der Praxis

Die Kombination aus zwei unterschiedlichen Abrechnungssystemen, ständigen Updates und komplizierten Einzelregeln führt dazu, dass die **ärztliche Abrechnung als sehr anspruchsvoll** gilt^[61]. Hier einige **typische Herausforderungen**, die verdeutlichen, womit Arztpraxen konfrontiert sind:

- **Regeländerungen und Updates:** Der EBM wird kontinuierlich angepasst – quartalsweise gibt es Änderungen, neue Ziffern (z.B. für neue Leistungen wie Telemedizin, COVID-Impfungen etc.), Punktwert erhöhungen oder Abrechnungsausschlüsse. Ein aktuelles Beispiel ist die Reform der hausärztlichen Vergütung ab 2026, wo Pauschalen umgestellt werden^{[62][63]}. Praxen müssen solche Änderungen zeitnah umsetzen, sonst könnten sie falsch abrechnen. Gleichzeitig steht seit Jahren eine **GOÄ-Novelle** im Raum, da die alte GOÄ über 25 Jahre alt ist^[64]. Mit einer neuen GOÄ würden sich zahlreiche Ziffern und Werte ändern – Ärzte und MFA müssten sich schnell umstellen. Dieser stete Wandel erfordert laufende **Fortbildung**. Medizinische Fachangestellte lernen während ihrer Ausbildung die Grundlagen der Abrechnung, aber um wirklich up-to-date zu bleiben, sind regelmäßige Schulungen oder das Hinzuziehen von Experten nötig^[5].
- **Dokumentationspflichten und Prüfungen:** Wie erwähnt, darf nur abgerechnet werden, was dokumentiert wurde. Das klingt selbstverständlich, führt aber in der Hektik des Alltags zu Problemen – z.B. wenn der Arzt vergisst, eine bestimmte Beratung einzutragen, oder wenn die Dokumentation den Anforderungen nicht genügt. Bei **Privatrechnungen** kann die PKV im Zweifelsfall einen **Therapie- oder Operationsbericht** anfordern, um die angesetzten Steigerungsfaktoren nachzuvollziehen. Bei **Kassenabrechnung** prüft die KV auf Plausibilität. Es gibt z.B. automatische Prüfungen auf **Auffälligkeiten**: ein Arzt, der viel mehr Leistungen abrechnet als seine Fachkollegen, gerät in die Statistik. In schwerwiegenden Fällen drohen **Regressprüfungen**, bei denen der Arzt darlegen muss, dass alles gerechtfertigt war – sonst werden Honorare zurückgefordert. Diese Kontrollmechanismen erzeugen Druck, alles **regelkonform** zu machen. Die Abrechnungsrichtlinien sind oft schwer verständlich und ändern sich, weshalb Fehler trotz bestem Bemühen passieren. Hier können Beratungsunternehmen helfen, Schwachstellen aufzudecken und Praxen auf Prüfungen vorzubereiten.
- **Komplexe Abrechnungsfälle:** Ein Alltagsbeispiel: Ein Hausarzt überwacht einen Patienten mit Diabetes. Im selben Quartal behandelt er diesen Patient aber auch wegen Rückenschmerzen und impft ihn gegen Grippe. Abrechnungstechnisch muss die Praxis nun **alle passenden EBM-Ziffern finden**: die Versichertenpauschale,

einen Chroniker-Zuschlag (weil Diabetes eine chronische Erkrankung ist)[51], vielleicht eine Nr. für das lange Arzt-Patienten-Gespräch über Lebensstil (EBM 03230)[65], die Influenza-Impfziffer, etc. Einige dieser Ziffern dürfen zusammen abgerechnet werden, andere vielleicht nicht gleichzeitig – hier den Überblick zu haben, ist nicht trivial. Gleichzeitig kommt der Patient evtl. Anfang des nächsten Quartals wieder, so dass eine neue Pauschale anfällt, aber bestimmte Ziffern wie der Chronikerzuschlag vielleicht nur einmal im Jahr zulässig sind. So entstehen komplizierte Regeln (z.B. „Chronikerziffer nur zweimal im Krankheitsfall pro Jahr“), die man parat haben muss.

- Fehler kosten Geld:** Mehrfach wurde es schon gesagt, aber es ist zentral: **Abrechnungsfehler kosten die Praxis direkt Geld**[2]. Vergisst man eine Leistung abzurechnen, arbeitet man umsonst. Rechnet man etwas falsch ab, kann es gestrichen werden – ebenfalls Umsatzverlust. Im schlimmsten Fall zahlt die KV zunächst, bemerkt den Fehler später und fordert das Honorar zurück. Ein klassischer Fehler ist z.B., im EBM eine Leistung abzurechnen, die laut Richtlinie einen bestimmten Ausschluss hat (etwa Hausbesuch abrechnen, obwohl an demselben Tag schon eine Pauschale abgerechnet wurde, was ggf. ausgeschlossen ist). Die KV streicht dann die Hausbesuchsgebühr und der Arzt geht leer aus, obwohl er den Hausbesuch gemacht hat. Bei Privatrechnungen ist ein häufiger Fehler, **Ziffern falsch zu kombinieren** oder benötigte Begründungen zu vergessen, woraufhin die Versicherung des Patienten die Erstattung kürzt und der Arzt im Zweifelsfall auf dem Restbetrag sitzenbleibt oder Diskussionen mit dem Patienten führen muss. All das zeigt: Perfekte Abrechnung erfordert Sorgfalt und Kenntnis unzähliger Bestimmungen.
- Zeitaufwand und Organisation:** Gerade kleinere Praxen ohne Verwaltungspersonal stehen vor dem Problem, dass die Abrechnung **zusätzlich zur Patientenversorgung** gestemmt werden muss. Oft erledigen MFAs nach Praxisschluss die Abrechnung oder an bestimmten Tagen im Quartal (z.B. kurz nach Quartalsende herrscht Hochbetrieb, um die KV-Abrechnung fertigzustellen). Dieser Aufwand kann pro Quartal viele Stunden in Anspruch nehmen – Zeit, die für andere Aufgaben fehlt. Durch Fachkräftemangel ist es zudem schwierig, Personal mit Abrechnungs-Know-how zu finden[66]. In manchen Praxen stellt sich die Frage: **Wer soll die Abrechnung überhaupt machen?** Der Arzt selbst (und damit Abende am Computer verbringen)? Die ohnehin ausgelastete Helferin? Hier kommen externe Lösungen ins Spiel.

Wer übernimmt die Abrechnung? Viele Praxen setzen auf ihr eigenes Team:

Medizinische Fachangestellte (MFA) mit entsprechender Weiterbildung können in der Regel die Abrechnung vorbereiten und durchführen[4]. Sie kennen die Praxissoftware und haben während ihrer Ausbildung Basiswissen in EBM/GOÄ erworben[67]. Tatsächlich gehört Abrechnung zu den Kernkompetenzen von MFAs – in vielen Stellenausschreibungen wird „Abrechnungserfahrung“ ausdrücklich verlangt. Alternativ stellen größere Praxen einen **Praxismanager** ein, der sich speziell um Abrechnungs- und Verwaltungsfragen

kümmert[5]. Wichtig ist, dass die verantwortliche Person gewissenhaft arbeitet, sich regelmäßig fortbildet und Änderungen im Blick hat[68]. Aufgrund der hohen Arbeitslast in Arztpraxen stoßen interne Lösungen aber an Grenzen. Wie bereits erwähnt, nutzen daher etliche Ärzte **externe Spezialisten für Abrechnung**. Unternehmen wie ratiomedicus bieten beispielsweise *Abrechnungssupport* oder *Tandemabrechnung* an, bei der Experten über die Abrechnungen schauen und helfen, Optimierungen und Korrektheit sicherzustellen[69]. Auch vollständiges Outsourcing ist möglich – dann übernimmt ein Dienstleister alle Abrechnungsprozesse, von der KV-Abrechnung bis zu Privatliquidationen. Das entlastet die Praxis, erfordert aber natürlich Vertrauen und verursacht Kosten. Dennoch kann es sich lohnen, da ein Profi in der Regel dafür sorgt, dass **alle erbrachten Leistungen abgerechnet** werden und **keine Ziffer vergessen** wird (was sonst unbemerkt zu Einnahmeverlusten führen würde). Zudem minimiert es das Risiko von Honorarabrechnungsfehlern und damit verbundenen Konflikten mit KVen oder Patienten.

Fazit

Die Abrechnung in der Arztpraxis ist ein **komplexes, aber elementares Thema**. Einerseits sichert die korrekte Abrechnung die finanzielle **Existenz der Praxis** – sie ist buchstäblich das Rückgrat des Praxisbetriebs[70]. Andererseits fordert sie den Praxen enormes **Spezialwissen und organisatorischen Aufwand** ab. Zwei parallele Systeme (EBM und GOÄ) mit unterschiedlichen Regeln, laufende Reformen, Punktzahlen, Budgets, Steigerungsfaktoren, Ausschlüsse, Fristen – all das macht deutlich, warum sich viele Ärztinnen und Ärzte Unterstützung wünschen. **Vertriebsmitarbeiter** und Tippgeber, die mit Praxen im Gespräch sind, sollten dieses komplexe Umfeld kennen. Es ermöglicht ihnen, die **Schmerzpunkte der Ärzte** besser nachzuvollziehen: Etwa die Sorge, Geld liegen zu lassen, die Frustration über Bürokratie oder die Angst vor Abrechnungsprüfungen. Hier können Lösungen wie eine **Abrechnungsberatung oder -dienstleistung** ansetzen, indem sie Entlastung und Expertise bieten.

Abschließend lässt sich sagen: **Ärztliche Abrechnung ist kein nötiges Übel, sondern ein professioneller Prozess**, der ebenso viel Aufmerksamkeit verlangt wie die medizinische Tätigkeit selbst. Praxen, die diesen Prozess im Griff haben – sei es intern durch geschultes Personal oder extern durch Spezialisten – **stehen wirtschaftlich besser da** und können sich mehr auf ihre Patienten konzentrieren[69]. Die vielen Beispiele und Details in diesem Leitfaden sollten verdeutlichen, dass Abrechnung weit mehr ist als das Tippen einiger Ziffern: Es ist ein eigener Kosmos an Regeln, der Respekt und Know-how erfordert.

Unsere Aufgabe im Vertrieb ist es, Ärzte dabei zu unterstützen, diese Herausforderung zu meistern – indem wir Verständnis zeigen und passgenaue Angebote vermitteln, die den Praxisalltag wirklich erleichtern. **ratiomedicus ist dabei die Lösung!**

Weiterführende Ressourcen:

- Einheitlicher Bewertungsmaßstab im Wortlaut (KBV) – welche Leistungen umfasst der EBM?[21][12]
- Gebührenordnung für Ärzte – aktuelle Fassung und Beispiele für GOÄ-Leistungen[25][26]
- Leitfaden Abrechnung in der Arztpraxis (ratiomedicus-Blog) – umfassender Überblick über EBM/GOÄ[41][50]
- Schulungsangebote Abrechnung (z.B. IHF e.V.) – Fortbildungen für MFA und Ärzte zur Abrechnungsoptimierung[2][71]

[1] [6] [14] [15] [18] [19] [24] [25] [26] [27] [28] [34] [55] [56] [57] Abrechnung in der Arztpraxis nach EBM und GOÄ (inkl. Checkliste)

<https://abrechnungsstelle.com/abrechnung-arztpraxis/>

[2] [3] [70] [71] Abrechnung in der Hausarztpraxis – Weiterbildung zu EBM, GOÄ und HZV - Für Hausärztinnen und Hausärzte - IHF

<https://aerzte.ihf-fortbildung.de/themenwelten/abrechnung/>

[4] [5] [7] [8] [20] [23] [30] [39] [40] [41] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [58] [59] [60] [64] [66] [68] [69] Abrechnung in der Arztpraxis – Ein umfassender Leitfaden für EBM und GOÄ | ratiomedicus

<https://www.ratiomedicus.de/blog/blog-1/abrechnung-in-der-arztpraxis-ein-umfassender-leitfaden-fur-ebm-und-go-a-2>

[9] [10] [11] [12] [13] [17] [21] [22] [31] [32] [33] [37] [38] [52] [53] [67] Einheitlicher Bewertungsmaßstab: Abrechnung nach EBM

<https://www.draco.de/ebm/>

[16] Online GOÄ-Ziffern 2025 (Gebührenordnung für Ärzte)

<https://abrechnungsstelle.com/goae/ziffern/>

[29] [42] [61] Abrechnung erklärt

<https://www.virchowbund.de/praxis-knowhow/abrechnung-finanzen/abrechnung-erklaert>

[35] Factoring in der Arztpraxis: Liquidität sichern und Ausfälle vermeiden

<https://www.dgpar.de/blog/factoring-arztpraxis/>

[36] Factoring: schnelle Liquidität für Zahnarzt- und Arztpraxen

<https://mediservbank.de/praxisratgeber/factoring/>

[51] [65] Hausärztliche Leistungen und ihre Abrechnung nach EBM und GOÄ

<https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/artikel/hausarztliche-leistungen-und-ihre-abrechnung-nach-ebm-und-goae>

[54] GOÄ Ziffern richtig abrechnen: Die 5 häufigsten Fehler bei ... - DGPAR

<https://www.dgpar.de/blog/goae-ziffern-richtig-abrechnen-die-5-haeufigsten-fehler-bei-der-abrechnung-von-privatpatienten/>

[62] [63] Blog | ratiomedicus

<https://www.ratiomedicus.de/blog/blog-1>