

Neue GOÄ: Was sich bei Steigerungsfaktoren und Zuschlägen ändern soll

Mit der geplanten neuen GOÄ soll sich grundlegend verändern, wie besonderer Behandlungsaufwand vergütet wird. Der allgemeine Steigerungsrahmen soll entfallen. An seine Stelle sollen feste Eurobeträge, konkrete Zuschläge und zeitabhängige Leistungen treten. Faktoren bleiben jedoch in bestimmten Ausnahmefällen und bei individuellen Honorarvereinbarungen vorgesehen.

Dieser Beitrag erläutert die geplanten Änderungen auf Grundlage des gemeinsamen GOÄ-Entwurfs von Bundesärztekammer und PKV-Verband vom **15. Juli 2026**.

Wichtig: Die neue GOÄ ist noch nicht in Kraft. Bis zu einer verbindlichen Neuregelung wird weiterhin nach der geltenden GOÄ abgerechnet. Der gemeinsame Entwurf ist eine Grundlage für das weitere Verordnungsverfahren, aber noch kein geltendes Abrechnungsrecht.

Das Wichtigste in Kürze

- **Festgelegte Eurobeträge statt allgemeinem Steigerungsrahmen:** Die reguläre Gebührenberechnung soll ohne die bisherige Auswahl eines Steigerungsfaktors innerhalb eines Gebührenrahmens erfolgen.
- **Mehraufwand soll gezielter abgebildet werden:** Dafür sieht der Entwurf insbesondere konkrete Zuschläge und zeitabhängige Leistungen vor.
- **Faktoren verschwinden nicht vollständig:** Ausdrücklich geregelte Ausnahmen und individuelle Honorarvereinbarungen bleiben vorgesehen.

Die Hintergründe und den aktuellen Verfahrensstand finden Sie in unserem [Überblick zur neuen GOÄ](#).

Neue GOÄ: Was soll sich bei den Steigerungsfaktoren ändern?

Für jede Leistung soll im Gebührenverzeichnis unmittelbar ein Eurobetrag festgelegt sein. Die bisherige Bemessung der Gebühr innerhalb eines allgemeinen Steigerungsrahmens wäre damit nicht mehr vorgesehen.

In der geltenden GOÄ ergibt sich der Gebührensatz aus Punktzahl und Punktwert. Über den Steigerungsfaktor werden insbesondere die Schwierigkeit, der Zeitaufwand und die Umstände der Leistungserbringung berücksichtigt. Dabei gelten je nach Leistungsbereich unterschiedliche Gebührenrahmen.

Die geplante Veränderung betrifft somit nicht nur die Höhe einzelner Beträge, sondern auch den Weg, auf dem die Vergütung berechnet wird:

Bereich	Geltende GOÄ	Nach dem GOÄ-Entwurf vorgesehen
Gebührenberechnung	Punktzahl und Punktwert bilden die Grundlage. Die Gebührenhöhe wird grundsätzlich über einen Steigerungsfaktor bemessen.	Der jeweiligen Leistung ist unmittelbar ein Eurobetrag zugeordnet.
Besonderer Aufwand	Schwierigkeit, Zeitaufwand und besondere Umstände können bei der Faktorwahl berücksichtigt werden.	Besonderer Aufwand soll insbesondere über Zuschläge und zeitabhängige Leistungen berücksichtigt werden. In bestimmten, ausdrücklich geregelten Fällen sieht der Entwurf außerdem eine Erhöhung auf die 1,5-fache oder 2-fache Gebühr vor.
Honorarvereinbarung	Eine abweichende Gebührenhöhe kann unter bestimmten Voraussetzungen individuell vereinbart werden.	Individuelle Vereinbarungen über eine höhere Gebühr sollen weiterhin möglich bleiben.

Für einzelne Leistungen und Zuschläge sind zusätzlich bestimmte Voraussetzungen zu beachten. Diese regeln beispielsweise, zu welchen Leistungen ein Zuschlag berechnet werden darf und wie häufig er angesetzt werden kann. Auch der GOÄ-Entwurf enthält solche Vorgaben.

Welche Rolle sollen Zuschläge in der neuen GOÄ übernehmen?

Zuschläge sollen besondere Erschwernisse anhand konkreter Voraussetzungen vergüten. Der Entwurf enthält dafür sowohl übergreifende und abschnittsbezogene Zuschläge als auch Zuschläge zu einzelnen Leistungen. An die Stelle einer höheren Faktorwahl würde in diesen Fällen die passende Zuschlagsregelung treten.

Die Bundesärztekammer verbindet damit das Ziel, besonderen Aufwand nachvollziehbarer abzubilden und Auseinandersetzungen über Steigerungsbegründungen zu verringern. Das ist eine Zielsetzung der Reform, keine Garantie dafür, dass künftig jede Rückfrage von Kostenträgern entfällt.

Nicht jeder zusätzliche Aufwand würde automatisch einen Zuschlag auslösen. Entscheidend wären die Voraussetzungen der jeweiligen Leistung und des dazugehörigen Zuschlags. Eine pauschale Gleichung „aufwendige Behandlung gleich Zuschlag“ wäre deshalb zu einfach.

Daneben sieht der Entwurf Leistungen vor, deren Vergütung an bestimmte Zeitabschnitte anknüpft. So soll beispielsweise eine längere persönliche Beratung über die dafür vorgesehene zeitabhängige Leistung berücksichtigt werden können. Das ist von einem zusätzlichen Zuschlag zu unterscheiden.

Welche Ausnahmen sieht der Entwurf bei Steigerungsfaktoren vor?

Der allgemeine Steigerungsrahmen soll entfallen. Für bestimmte, ausdrücklich geregelte Behandlungssituationen sieht der GOÄ-Entwurf jedoch Ausnahmen vor. In diesen Fällen könnte eine Leistung beispielsweise mit dem Faktor 1,5 oder 2,0 berechnet werden, sofern die Voraussetzungen der jeweiligen Regelung erfüllt sind.

Bei den folgenden Beispielen stehen diese Regeln in den „Allgemeinen Bestimmungen“ zum jeweiligen Kapitel oder Abschnitt. Sie legen fest, für welche Leistungen und unter welchen Voraussetzungen eine erhöhte Gebühr angesetzt werden darf. Maßgeblich ist deshalb nicht nur die einzelne GOÄ-Ziffer, sondern auch die dazugehörige übergeordnete Regelung. Der Faktor richtet sich nach dieser Vorgabe und kann nicht allein wegen eines höheren Behandlungsaufwands frei gewählt werden.

Drei vereinfachte Fallbeispiele veranschaulichen die Regelungen des Entwurfs vom **15. Juli 2026**:

Ultraschall bei starkem Übergewicht

Bei einer erwachsenen Person mit BMI 42 wird der Bauchraum per Ultraschall untersucht. Die BMI-Regelung ab 40 würde für eine sonografische Leistung die 1,5-fache Gebühr ermöglichen.

Röntgen bei starkem Übergewicht

Die Lendenwirbelsäule einer erwachsenen Person mit BMI 42 wird in zwei Ebenen geröntgt. Auch diese Leistung könnte nach der BMI-Regelung für den Abschnitt Radiologie mit der 1,5-fachen Gebühr berechnet werden.

Operation während einer Schwangerschaft

Eine Patientin wird in der 16. Schwangerschaftswoche innerhalb des Bauchraums operiert. Ab der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche sieht der Entwurf für eine solche chirurgische Leistung die 2-fache Gebühr vor.

Die Erhöhung betrifft jeweils eine Leistung, nicht pauschal die gesamte Rechnung. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge werden nicht ebenfalls erhöht. Bei beiden BMI-Beispielen müssten Größe, Gewicht und BMI auf der Rechnung stehen.

Bleiben individuelle Honorarvereinbarungen möglich?

Ja. Die Bundesärztekammer bestätigt, dass abweichende Honorarvereinbarungen auch nach dem GOÄ-Entwurf möglich bleiben sollen. In ihrem [Fragen-Antworten-Katalog \(PDF, Seite 16\)](#) betont sie zugleich, dass Patient:innen auf eine möglicherweise fehlende Kostenerstattung hingewiesen werden müssen.

Nach § 2 des Entwurfs könnten Ärzt:in und zahlungspflichtige Person einen individuellen Faktor vereinbaren. Der Gebührensatz der jeweiligen Leistung würde damit multipliziert. Anders als bei den vorherigen Beispielen wäre der Faktor also Gegenstand einer Vereinbarung.

Welche Voraussetzungen wären zu beachten?

Die Vereinbarung müsste nach persönlicher Information und Aufklärung vor der Leistungserbringung schriftlich geschlossen werden. Sie müsste folgende Angaben enthalten:

- Leistungsziffer und Leistungsbezeichnung
- Vereinbarter Faktor und Betrag sowie der Grund für die Abweichung vom Gebührensatz
- Hinweis, dass ein Kostenträger die Vergütung möglicherweise nicht oder nicht vollständig erstattet

Weitere Erklärungen dürfte die Vereinbarung nicht enthalten. Die zahlungspflichtige Person müsste eine Kopie erhalten.

Warum müsste ein Grund angegeben werden?

Die Bundesärztekammer erklärt in ihrer [Kommentierung zum GOÄ-Entwurf \(PDF, Seite 3\)](#), dass die Angabe eines Grundes der Transparenz für Ärzt:innen und Patient:innen dient. Eine medizinische Begründung könne im Einzelfall außerdem eine teilweise oder vollständige Erstattung unterstützen. Nach ihrer Erläuterung ist mit der Pflicht zur Angabe eines Grundes jedoch keine Bewertung verbunden, ob dieser akzeptabel ist oder nicht. Das ist die Einordnung der Bundesärztekammer, keine Zusage einer Kostenerstattung.

Für welche Leistungen wäre eine Honorarvereinbarung in der neuen GOÄ ausgeschlossen?

Der Entwurf schließt unter anderem Leistungen der **Kapitel E, M, N und O** aus. Dahinter stehen folgende Leistungsbereiche:

Kapitel	Leistungsbereich
E	Physikalisch-medizinische Leistungen
M	Ärztliche Laboratoriumsleistungen
N	Zell- und gewebebasierte Leistungen
O	Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Die Ausschlüsse und weiteren Voraussetzungen für individuelle Honorarvereinbarungen finden Sie in [§ 2 „Abweichende Vereinbarung“ des GOÄ-Entwurfs \(PDF, Seite 8\)](#).

Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürften nicht vom Abschluss einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden. Für die in § 2 genannten wahlärztlichen Leistungen wäre eine Vereinbarung nur bei höchstpersönlicher Leistungserbringung durch die Wahlärzt:in zulässig. Berufsrechtliche Vorgaben blieben ebenfalls bestehen.

Honorarvereinbarungen sind keine Neuerung der Reform

Bereits § 2 der geltenden GOÄ ermöglicht eine abweichende Gebührenhöhe. Die Vereinbarung muss nach persönlicher Absprache im Einzelfall vor der Leistungserbringung schriftlich getroffen werden. Einen Grund für die Abweichung nennt die geltende Vorschrift dagegen nicht als Pflichtangabe.

Weitere Informationen und kostenlose Vorlagen finden Sie in unserem Beitrag [Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung: Muster für Ihre Praxis](#).

Müssen Arztpraxen jetzt schon etwas umstellen?

Nein. Für die laufende Privatabrechnung bleibt die geltende GOÄ maßgeblich. Der gemeinsame Entwurf ist noch keine verbindliche Grundlage für eine Umstellung.

Unsere Empfehlung ist deshalb, sich zunächst mit der geplanten Grundidee vertraut zu machen und das weitere Verfahren zu verfolgen. Einzelne neue Gebührennummern, Beträge oder Kombinationsregeln müssen dafür noch nicht im Mittelpunkt stehen.

Sobald die endgültigen Vorgaben und ein belastbarer Einführungstermin feststehen, sollten die konkreten Vorbereitungen rechtzeitig vor dem Inkrafttreten erfolgen. Dann lassen sich Schulungen, Softwareanpassungen und interne Abrechnungsabläufe gezielt mit dem Softwareanbieter und der Abrechnungsstelle abstimmen.

Welche Änderungen zusätzlich bei der Rechnung vorgesehen sind, erläutert unser Beitrag [Neue GOÄ: Was sich bei der Rechnungsstellung ändern soll](#).

Fazit: Die geplante Veränderung verstehen, noch nicht danach abrechnen

Der GOÄ-Entwurf sieht eine andere Systematik vor: Festgelegte Eurobeträge sollen die Grundlage bilden, besondere Aufwände stärker über definierte Leistungen und Zuschläge berücksichtigt werden. Die Möglichkeit individueller Honorarvereinbarungen soll erhalten bleiben.

Für Arztpraxen steht jetzt die Orientierung im Vordergrund. Es ist sinnvoll, die Richtung der Reform zu kennen. Konkrete Umstellungsschritte sollten sich aber an

den endgültigen Regelungen orientieren, nicht an einzelnen vorläufigen Entwurfsdetails.

Wir kümmern uns um Ihre Abrechnung – damit Sie sich um Ihre Patienten kümmern können!

Dank unserer Unterstützung wird Ihre Privatabrechnung nach GOÄ optimal aufgestellt – einfach, transparent und rechtssicher.

Kontaktieren Sie uns, wir freuen uns auf Ihre Anfrage:

 Telefon: [0221 / 94 86 49-0](tel:02219486490)

 E-Mail: info@kad-koeln.de

FAQ: Häufige Fragen zu Steigerungsfaktoren und Zuschlägen der neuen GOÄ

Was ist der Unterschied zwischen einem Zuschlag und einem Faktor?

Ein Zuschlag ergänzt die Gebühr einer Leistung um einen zusätzlichen Betrag. Ein Faktor verändert dagegen die Gebühr durch Multiplikation. Der Entwurf sieht Zuschläge mit eigenen Eurobeträgen vor, die nur unter den jeweiligen Voraussetzungen berechnet werden können. Bei einer ausdrücklich vorgesehenen Faktor-Ausnahme würde hingegen der Gebührensatz einer erfassten Leistung beispielsweise mit 1,5 multipliziert. Beides sind unterschiedliche Wege, besonderen Aufwand zu berücksichtigen.

Ist für die Faktoren 1,5 oder 2,0 immer eine Honorarvereinbarung erforderlich?

Nein. Bei den ausdrücklich geregelten Ausnahmen ergibt sich die Erhöhungsmöglichkeit unmittelbar aus den jeweiligen Abrechnungsbestimmungen. Das gilt beispielsweise für die im Beitrag erläuterte BMI-Regelung bei sonografischen Leistungen. Eine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 wäre für diese Erhöhung nicht erforderlich. Davon zu unterscheiden ist ein individuell vereinbarter Faktor, für den die eigenen Voraussetzungen und Leistungsausschlüsse des § 2 gelten würden.

Kann eine Leistung bei längerer Behandlungsdauer mehrfach berechnet werden?

Nicht automatisch. Eine Mindestdauer ist nicht dasselbe wie eine Abrechnung je Zeitabschnitt. Nach den übergeordneten Allgemeinen Bestimmungen des Entwurfs

berechtigt auch ein deutliches Überschreiten der Mindestdauer nicht zur mehrfachen Berechnung. Dafür müsste die betreffende Leistungsbeschreibung ausdrücklich eine entsprechende Regelung vorsehen. Entscheidend wäre also nicht allein die tatsächliche Dauer, sondern auch die vorgesehene Abrechnung der jeweiligen Leistung.

Entfallen mit der neuen GOÄ sämtliche Begründungen auf der Rechnung?

Nein. Entfallen soll der bisherige Begründungsaufwand für die Steigerung innerhalb des allgemeinen Gebührenrahmens. Bestimmte Rechnungsangaben wären weiterhin erforderlich, soweit die jeweilige Abrechnungsbestimmung sie verlangt. Dazu können beispielsweise die Leistungsdauer, die Uhrzeit oder eine medizinische Begründung gehören. Bei der beschriebenen BMI-Ausnahme für Ultraschall müssten Größe, Gewicht und BMI auf der Rechnung stehen.

Garantiert eine Honorarvereinbarung die vollständige Erstattung durch die PKV?

Nein. Ein individuell vereinbartes Honorar bedeutet nicht automatisch, dass die private Krankenversicherung den Betrag vollständig erstattet. Nach § 2 des Entwurfs müsste die Vereinbarung ausdrücklich auf eine möglicherweise fehlende oder unvollständige Erstattung hinweisen. Auch die Bundesärztekammer hebt diese Information der Patient:innen in ihrem Fragen-Antworten-Katalog hervor. Die Vereinbarung über das Honorar und dessen Erstattung sind deshalb getrennt zu betrachten.