

Neue GOÄ: Was sich bei der Rechnungsstellung ändern soll

Grundlage: Gemeinsamer GOÄ-Entwurf von Bundesärztekammer und PKV-Verband mit Stand vom 15. Juli 2026.

Bei der neuen GOÄ geht es nicht nur um neue Gebührennummern und Bewertungen. Auch die Rechnungsstellung soll sich verändern: Ein maschinenlesbares Rechnungsformular, sechs Präfixe und konkretisierte Rechnungsangaben gehören zu den vorgesehenen Anforderungen. Besonders wichtig ist dabei die Verbindung zwischen dem Rechnungsformular und der Fälligkeit der Vergütung.

Was bedeutet das für Arztpraxen, MVZ und Labore? In diesem Beitrag erfahren Sie, welche Änderungen der Entwurf vorsieht und worauf es bei einer späteren Umstellung der Rechnungsstellung ankommen würde.

Wichtig: Die neue GOÄ ist noch nicht in Kraft. Die beschriebenen Regelungen gehören zum Entwurf. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Verordnung wird weiterhin nach der geltenden GOÄ abgerechnet.

Das Wichtigste in Kürze

- **Rechnungsformular und Fälligkeit:** Der aktualisierte Entwurf nennt die Verwendung des maschinenlesbaren Formulars nach Anlage 2 ausdrücklich als grundsätzliche Voraussetzung für die Fälligkeit.
- **Sechs Präfixe:** V, F, E, W, R und A kennzeichnen bestimmte Rechnungspositionen. E, W und R wurden gegenüber der Entwurfsfassung von 2025 ergänzt.
- **Konkretisierte Rechnungsangaben:** Der Entwurf enthält unter anderem Vorgaben zu Diagnosen, operativen Leistungen, Zeitangaben und Auslagen.
- **Nicht jedes Formularfeld ist Pflicht:** LANR, BSNR und Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit sind im Formular beispielsweise als freiwillige Angaben vorgesehen.
- **Sechs-Monats-Regel:** Der Entwurf sieht vor, dass die Rechnung innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden soll.

Einen umfassenden Überblick über die geplante Reform finden Sie auf unserer [Übersichtsseite zur neuen GOÄ](#).

Neue GOÄ: Warum das Rechnungsformular für die Fälligkeit wichtig ist

Nach § 12 Absatz 2 des GOÄ-Entwurfs soll die Verwendung des maschinenlesbaren Rechnungsformulars nach Anlage 2 grundsätzlich Voraussetzung für die Fälligkeit sein. Maßgeblich sind dabei die in § 12 Absatz 2 Satz 1 sowie in den Absätzen 4 und 5 genannten Angaben und Kennzeichnungen.

Zusätzlich enthält der Entwurf eine zeitliche Vorgabe für die Rechnungsstellung: Nach § 12 Absatz 1 Satz 2 soll die Rechnung innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden.

Der Zusammenhang zwischen einer ordnungsgemäßen Rechnung und der Fälligkeit ist allerdings nicht neu. Bereits die geltende GOÄ bestimmt, dass die Vergütung erst fällig wird, wenn der zahlungspflichtigen Person eine der Verordnung entsprechende Rechnung erteilt wurde.

Neu gegenüber der geltenden GOÄ ist die ausdrückliche Vorgabe des maschinenlesbaren Rechnungsformulars. Dieses war bereits im Entwurf von 2025 vorgesehen. In der aktualisierten Fassung von 2026 wurde die Formulierung zur Fälligkeit nochmals ausdrücklich klargestellt.

Für die Praxis bedeutet das: Nicht nur die Auswahl der Leistungen und die Berechnung der Beträge müssen stimmen. Auch die maßgeblichen Anforderungen an die Rechnung sind zu erfüllen.

Dabei geht es um die **Fälligkeit der Vergütung**, nicht um die pauschale Aussage, dass bei einem Formmangel überhaupt kein Honoraranspruch entstanden sei. Auch rein optische Abweichungen sind davon zu unterscheiden: Die Ausfüllhinweise erklären Abweichungen in der Formatierung ausdrücklich für unerheblich.

Daneben sieht der Entwurf eine gesonderte Vereinbarung zur Rechnungserstellung über die Telematikinfrastruktur vor. Eine dieser Vereinbarung entsprechende Rechnung soll ebenfalls die Fälligkeit auslösen können.

Auch eine direkte Übermittlung an den Kostenträger ist vorgesehen: Mit schriftlichem Einverständnis der Patient:innen und dem Einverständnis des Kostenträgers kann die Rechnung direkt an den Kostenträger übermittelt werden. Die zahlungspflichtige Person erhält ein gekennzeichnetes Duplikat der Rechnung. Die Übermittlung kann jeweils elektronisch erfolgen.

Welche sechs Präfixe sieht der GOÄ-Entwurf vor?

Der GOÄ-Entwurf sieht in § 12 Absatz 4 sechs Präfixe vor: **V, F, E, W, R und A**. Sie kennzeichnen bestimmte Leistungen, Auslagen und Entschädigungen auf der Rechnung.

Ein Präfix ist in diesem Zusammenhang ein Buchstabe, der einer Rechnungsposition vorangestellt wird. Das Prinzip ist aus der bisherigen GOÄ-Abrechnung bereits bekannt, beispielsweise durch das „A“ bei Analogabrechnungen.

Präfix	Bedeutung	Vergleich zum Entwurf von 2025
V	Auf Verlangen erbrachte Leistung	Bereits vorgesehen
F	Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen	Bereits vorgesehen
E	Ersatz von Auslagen	2026 ergänzt
W	Wegegeld	2026 ergänzt
R	Reiseentschädigung	2026 ergänzt
A	Analogleistung nach § 6 Absatz 2	Bereits vorgesehen

Drei Präfixe sind somit gegenüber der vorherigen Entwurfsfassung neu: E, W und R. Das bedeutet nicht, dass Auslagen, Wegegeld oder Reiseentschädigungen erstmals berechnet werden könnten. Neu ist hier die vorgesehene Kennzeichnung im Vergleich zum Entwurf von 2025.

Quelle zum Vergleich: [BÄK und PKV-Verband: Änderungen gegenüber der Entwurfsfassung von 2025, PDF-Seite 17](#)

Worauf kommt es bei der Zuordnung an?

F steht nicht für jede Vorsorgeleistung. Der Entwurf bezieht das Präfix ausdrücklich auf die Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Bei W und R ist die Entfernung entscheidend: Das Formular ordnet Wegegeld bis einschließlich 25 Kilometer dem Präfix W zu. Reiseentschädigung bei mehr als 25 Kilometern wird mit R gekennzeichnet. Betrag, Art und Berechnung der Entschädigung müssen zusätzlich angegeben werden.

Bei Analogleistungen reicht der Buchstabe A allein nicht aus. Die tatsächlich erbrachte, entsprechend bewertete Leistung muss verständlich angegeben werden. Hinzu kommen Nummer und Bezeichnung der als gleichwertig herangezogenen Leistung.

Welche Angaben sieht das neue GOÄ-Rechnungsformular vor?

Anlage 2 des GOÄ-Entwurfs zeigt, welche Angaben zu den beteiligten Personen, Diagnosen und abgerechneten Leistungen vorgesehen sind. Dabei wird zwischen **verpflichtenden, fallabhängig erforderlichen und freiwilligen Angaben** unterschieden. Die folgende Übersicht fasst die wesentlichen Felder zusammen.

Rechnungskopf

Im oberen Bereich stehen die Angaben zu den beteiligten Personen und zur Rechnung:

- **Rechnungssteller:innen:** Vor- und Nachname beziehungsweise Einrichtung sowie Anschrift.
- **Patient:innen:** Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum.
- **Verantwortliche Ärzt:innen:** Vor- und Nachname, gegebenenfalls ergänzt um eine laufende Nummer zur Zuordnung der Leistungen.
- **Rechnungsdaten:** Rechnungsdatum, Rechnungsnummer und Gesamtrechnungsbetrag.
- **Bei Einschaltung einer Abrechnungsstelle:** Das Formular sieht unter anderem Angaben zu Firma, Anschrift, USt-ID, Kontoinhaber:in und IBAN vor; weitere Kontaktdaten und Bankangaben sind teilweise freiwillig.

BSNR, LANR und Angaben zur einsendenden Praxis bei Laborleistungen sind freiwillig. Rechnet eine juristische Person Leistungen mehrerer Ärzt:innen ab, müssen die verantwortlichen Ärzt:innen zusätzlich nummeriert und den jeweiligen Leistungen zugeordnet werden. Diese Nummerierung innerhalb der Rechnung ist nicht mit der LANR zu verwechseln.

Diagnosen und operative Leistungen

Für die medizinischen Angaben sind zwei Bereiche vorgesehen:

- **Diagnosen:** ausschließlich behandlungsrelevante Diagnosen, wahlweise als **ICD-Code oder im Klartext**.
- **Operative Leistungen:** Datum sowie **OPS-Code oder Beschreibung der operativen Leistung im Klartext**, sofern einschlägig.

Zusatzkennzeichen zur **Diagnosesicherheit und Lokalisierung** können freiwillig ergänzt werden.

Ausnahme: Stehen schutzwürdige Interessen der Patient:innen entgegen, sind die Diagnose- und Operationsangaben nach § 12 des Entwurfs nicht erforderlich.

Leistungsaufstellung und Rechnungsbetrag

Die einzelnen Leistungen werden mit **Leistungsdatum, Anzahl, GOÄ-Ziffer, Leistungsbezeichnung beziehungsweise Kurzbezeichnung und Eurobetrag** aufgeführt. Je nach Rechnungsposition kommen weitere Angaben hinzu:

- **Präfix:** eine der zuvor erläuterten Kennzeichnungen V, F, E, W, R oder A, sofern erforderlich.
- **Dauer und Begründung:** eine in den Allgemeinen Bestimmungen oder Leistungslegenden genannte Dauer sowie erforderliche Begründungen, beispielsweise Organbezeichnung, medizinische Begründung oder Uhrzeit.
- **Faktor und Faktorgrund:** bei einer Abweichung vom Gebührensatz. Vorgesehen sind HV (Honorarvereinbarung), BT (Basistarif), ST (Standardtarif), NT (Notlagentarif) und AB (Allgemeine Bestimmung beziehungsweise Abrechnungsbestimmung).
- **Auslagen:** Betrag und genaue Bezeichnung. Bei Arzneimitteln sind der Wirkstoffname oder die Pharmazentralnummer (PZN) sowie die konkret verbrauchte Menge anzugeben. Übersteigt der Betrag einer einzelnen Auslage 100 €, ist der Beleg über die entstandenen Kosten beizufügen.

Im Rechnungsabschluss werden die Beträge zusammengeführt. Je nach Abrechnungsfall werden dort auch eine **Minderung nach § 6a**, gegebenenfalls anfallende Umsatzsteuer sowie berechnete Auslagen, Wegegeld und Reiseentschädigungen berücksichtigt. Den Abschluss bildet der **Gesamtrechnungsbetrag**.

Grundlage und vollständige Ausfüllhinweise:

- [GOÄ-Entwurf von Bundesärztekammer und PKV-Verband, Anlage 2 auf den PDF-Seiten 19 bis 21](#)
- [Ergänzend § 12 auf den PDF-Seiten 14 und 15](#)

Fazit: Änderungen kennen, Rechnungsstellung noch nicht umstellen

Arztpraxen, MVZ und Labore müssen ihre Rechnungsstellung derzeit nicht auf die neue GOÄ umstellen. Die beschriebenen Anforderungen gehören zum gemeinsamen Entwurf von Bundesärztekammer und PKV-Verband. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Verordnung gilt weiterhin die bestehende GOÄ. Unsere Empfehlung: Behalten Sie das weitere Verfahren im Blick. Sobald die endgültigen Vorgaben feststehen, sollten notwendige Anpassungen rechtzeitig mit Ihrem Softwareanbieter und Ihrer Abrechnungsstelle abgestimmt werden. Der Entwurf bietet dafür eine erste Orientierung, ist aber noch keine verbindliche Grundlage für die laufende Abrechnung.

Den aktuellen Stand und den möglichen Zeitplan erläutern wir in unserem Beitrag [Neue GOÄ 2026: Was sich im aktualisierten Entwurf ändert](#).

Wir kümmern uns um Ihre Abrechnung – damit Sie sich um Ihre 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:0221%2F94%2086%2049-0)

 E-Mail: info@kad-koeln.de

FAQ: Häufige Fragen zur Rechnungsstellung nach der neuen GOÄ

Muss das neue GOÄ-Rechnungsformular bereits verwendet werden?

Nein. Die neue GOÄ ist noch nicht in Kraft. Das Rechnungsformular nach Anlage 2 gehört zum gemeinsamen Entwurf von Bundesärztekammer und PKV-Verband. Bis zum Inkrafttreten einer neuen Verordnung gilt weiterhin die bestehende GOÄ. Eine sofortige Umstellung ist nicht erforderlich.

Warum ist das maschinenlesbare Rechnungsformular für die Fälligkeit wichtig?

Nach § 12 Absatz 2 des Entwurfs soll die Verwendung des Formulars grundsätzlich Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung sein. Zusätzlich müssen die für den jeweiligen Abrechnungsfall vorgeschriebenen Angaben und Kennzeichnungen enthalten sein. **Die Verwendung des Formulars allein genügt daher nicht.**

Muss jede Rechnungsposition ein Präfix erhalten?

Nein. Die sechs Präfixe **V, F, E, W, R und A** sind nur für die in § 12 Absatz 4 genannten Leistungen, Auslagen und Entschädigungen vorgesehen. Eine reguläre ärztliche Leistung benötigt nicht automatisch ein Präfix.

Werden LANR und BSNR zu Pflichtangaben auf jeder Privatrechnung?

Nach dem vorliegenden Entwurf nicht. **LANR und BSNR sind im Rechnungsformular freiwillige Angaben.** Gleiches gilt für die Angaben zur einsendenden Praxis bei Laborleistungen.

Müssen Diagnosen und operative Leistungen zwingend mit ICD- und OPS-Codes angegeben werden?

Nein. Diagnosen können als **ICD-Code oder im Volltext** angegeben werden. Bei operativen Leistungen ist entsprechend der **OPS-Code oder eine Beschreibung im**

Klartext vorgesehen. Stehen schutzwürdige Interessen der Patient:innen entgegen, sind diese Diagnose- und Operationsangaben nicht erforderlich.

Muss die Rechnung optisch genau dem Musterformular entsprechen?

Nein. Die Ausfüllhinweise erklären **Abweichungen in der Formatierung für unerheblich**. Entscheidend bleiben die Anforderungen des § 12. Eine andere Gestaltung ist daher nicht mit fehlenden erforderlichen Rechnungsangaben gleichzusetzen.